

Année 2016

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : ODENDALL      Prénoms : Marie, Anne**  
**Date et Lieu de naissance : 05/09/1988 ; Paris XIV**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 21 janvier 2016*  
\_\_\_\_\_

**Les obstacles à l'accès aux soins des femmes se prostituant  
dans la rue : étude qualitative en région parisienne en 2015**

Président de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Docteur PICARD Hervé

**DES Médecine Générale**

Année 2016

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : ODENDALL      Prénoms : Marie, Anne**  
**Date et Lieu de naissance : 05/09/1988 ; Paris XIV**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 21 janvier 2016*  
\_\_\_\_\_

**Les obstacles à l'accès aux soins des femmes se prostituant  
dans la rue : étude qualitative en région parisienne en 2015**

Président de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Docteur PICARD Hervé

**DES Médecine Générale**

# ABRÉVIATIONS

ABDF : Association des Amis du Bus des Femmes

ACPE : Agir Contre la Prostitution des Enfants (association)

AdN : Amicale du Nid (association)

AME : Aide Médicale d'État

ANA : Avec Nos Aînées (association)

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIN : Cervical Intra-epithelial Neoplasia

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Médicale Universelle

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – cinquième version (2013)

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

FNARS : Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

GRETA : Groupe d'Experts sur la lutte contre la traite des êtres humains

HPV : Human Papilloma Virus

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RAM : Réunion des Assureurs Maladie

RSI : Régime Social des Indépendants

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

STRASS : Syndicat du TRAvail Sexuel

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique : test de dépistage rapide du VIH

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, un très grand merci à Monsieur le Docteur Hervé Picard, d'avoir accepté de diriger ce travail. J'ai découvert un grand médecin, au très grand cœur. Avec une grande bienveillance, tu t'es toujours soucié de mon équilibre personnel, notamment après des entretiens difficiles. Tu m'as offert une belle amitié, qui j'espère ne s'arrêtera pas à ce travail.

Je remercie vivement Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger d'avoir si rapidement et simplement accepté de présider cette thèse. Merci pour vos sages et nombreux conseils de groupette dès le début de ce travail.

Je remercie bien sûr également Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert, et Monsieur le Professeur Yazdan Yazdanpanah de me faire l'honneur d'être présents à ce jury.

Un merci tout particulier à Celui pour qui je me suis embarquée dans cette grande aventure. Merci d'avoir accueilli mes pleurs, mes joies, mes ras-le-bol, mes angoisses. Sans Ta présence, à mes côtés, tous les jours, ainsi que celle de Ta chère maman, tout cela n'aurait pas été possible. Comme j'ai hâte !

Merci à mes parents, à qui je dois non seulement la vie, mais également la réussite de ces longues et belles études. Votre soutien sans faille au cours des années, quels que soient mes questionnements et choix de vie, m'a permis d'avancer librement et joyeusement. Vous m'avez appris une grande qualité pour un médecin : le don de soi. Un merci tout particulier pour vos relectures et corrections, et à Papa pour le codage de tant d'entretiens. Je vous aime.

Merci à mes frères et sœurs, Charlotte et François, Jean et Julie. Votre accueil, à Boston ou Londres, permettait de belles bouffées d'oxygène. Merci de me faire tant rire. Je n'oublie pas Jojo, ce petit cadeau du ciel, dont le rire ouvre les cœurs ! Merci à mon frère Antoine, OP. Bien que nous nous soyons peu vus ces dernières années, nous nous sommes rapprochés. Merci pour tes prières qui continuent de me porter.

Merci à ceux qui m'ont donné envie d'exercer ce beau métier, par leur exemple de dévouement passionné : Tio Zé, Tante Poupouce, Oncle Adrian, et surtout ma cousine Maud.

Merci au Docteur Katell Mignotte pour la lecture de mes traces interminables et nos belles séances de tutorat. Merci pour ta confiance et ton soutien. Merci à mes anciens maîtres de stage : les Docteurs Mazars, Hiraux, Menguy, Valin, Benet. Quelle joie de découvrir la médecine générale à vos côtés ! Merci à mes co-internes grâce à qui ces années d'internat furent trois très belles années. Notre pays a décidément de merveilleux jeunes médecins !

Merci à mes amis et à ceux qui m'ont particulièrement soutenue au cours de ce travail : Jean-Charles pour m'avoir si souvent remotivée ; le père Etienne pour m'avoir accompagnée ; Ségo, Clara, Perrine, Julia pour votre courageuse relecture ; Thérèse et Suzanne pour ces deux belles années de coloc ; Camille et Véro pour m'avoir supportée toute la journée ces derniers mois ; mes amis parisiens, lyonnais, genevois. Merci pour votre amitié !

Merci aux Missionnaires de la Charité pour votre présence, vos prières, et surtout pour m'avoir montré en actes comment aimer son frère, et comment aimer Jésus.

Merci à Pénélope, Virginie, Jean-Marc, ainsi qu'à tous les bénévoles et salariés du Bus des Femmes, des Captifs, de l'Amicale du Nid, du Mouvement du Nid pour votre aide précieuse et votre disponibilité. Merci au Docteur Trinquart pour m'avoir reçue, encouragée au début de ma réflexion, et pour m'avoir prêté de nombreux livres.

Par dessus tout, merci à celles que j'appelle ici Miruna, Katia, Joëlle, Danielle, Camille, Fanny, Betty, Sonia, Bridget, Kelly, Judy, Juliet, Zohra, Yolande, Noëlle, Naïma, Fatou, Tessy et Elisa, et à toutes celles rencontrées lors des tournées. Sans vous, cette thèse ne serait pas. Je garde chacun de vos visages, chacun de vos sourires gravés dans ma mémoire et dans mes prières. J'espère que cet humble travail pourra vous aider.

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

Amin Maalouf

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>II. PROSTITUTION ET SANTE.....</b>	<b>15</b>
A. LA PROSTITUTION EN FRANCE ET À PARIS .....	15
1. <i>Quelques définitions</i> .....	15
a) Prostitution .....	15
b) Prohibitionnisme.....	16
c) Réglementarisme.....	17
d) Abolitionnisme .....	17
2. <i>Bref rappel historique</i> .....	18
3. <i>Prostitution en France</i> .....	20
a) Chiffres .....	20
b) Différents modes d'exercice .....	22
c) Traite .....	24
4. <i>Associations en Île de France</i> .....	25
a) Les Amis du Bus des Femmes .....	25
b) Aux captifs, la libération.....	26
c) L'Amicale du Nid et le Mouvement du Nid.....	27
B. PROSTITUTION ET SANTÉ .....	28
1. <i>Problématiques de santé des prostituées : une revue de la littérature</i> .....	28
a) Gynécologie – obstétrique .....	28
b) IST .....	30
c) Pathologies psychiatriques.....	32
d) Pathologies somatiques.....	33
e) Violences .....	34
f) Addictions .....	35
2. <i>Rapport au soin et obstacles à l'accès aux soins dans la littérature</i> .....	37
<b>III. METHODOLOGIE .....</b>	<b>44</b>
A. CHOIX DE LA MÉTHODE.....	44

B.	POPULATION D'ÉTUDE .....	44
C.	GUIDE D'ENTRETIEN .....	45
D.	RECRUTEMENT.....	46
E.	RETRANSCRIPTION ET ANALYSE .....	47
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>48</b>
A.	DESCRIPTION DE LA POPULATION .....	48
1.	<i>lieux de rencontre</i> .....	48
2.	<i>caractéristiques</i> .....	49
a)	Âge.....	49
b)	Origine.....	50
c)	Activité.....	50
d)	Assurance maladie.....	51
B.	PARCOURS DE VIE .....	52
1.	<i>Migration</i> .....	52
2.	<i>Famille</i> .....	53
a)	Vie affective .....	53
b)	Enfants .....	54
3.	<i>Histoires menant à la prostitution</i> .....	54
a)	Difficulté financière .....	54
b)	Financement des études.....	55
c)	Précarité - isolement .....	55
4.	<i>Traite des êtres humains</i> .....	56
a)	Moyens de contrôle.....	57
b)	Spécificités de la traite nigériane .....	61
5.	<i>Violences</i> .....	66
a)	Client .....	66
b)	Autres filles .....	68
c)	Violences conjugales.....	68
6.	<i>Précarité</i> .....	69

a) Rue .....	69
b) Hôtel - 115 .....	69
c) Faim .....	70
C. ÉTAT DE SANTÉ .....	71
1. <i>problèmes de santé</i> .....	71
a) Problèmes somatiques .....	71
b) Grossesse et IVG.....	75
c) Problèmes psychiques.....	78
d) Addictions.....	88
2. <i>Perception de leur état de santé</i> .....	89
3. <i>suivi médical</i> .....	91
a) Médecin généraliste.....	91
b) Gynécologue .....	94
c) Autres.....	95
4. <i>Prévention – dépistage</i> .....	95
a) Vaccinations.....	95
b) Dépistages .....	97
c) Contraception.....	99
d) Préservatif.....	101
D. ACCÈS AUX SOINS.....	102
1. <i>Obstacles à l'accès aux soins</i> .....	102
a) Problème d'accès au système.....	102
b) Problème d'accès physique.....	107
c) Problème de connaissance .....	108
d) Isolement .....	117
e) Peurs .....	117
f) Problème dans la relation avec le soignant.....	121
g) Problème des représentations.....	126
h) Personnalité – éducation .....	129
2. <i>Facteurs facilitant l'accès aux soins</i> .....	134
a) Facteurs facilitant l'accès physique .....	134

b)	Facteurs facilitant l'accès au système.....	135
c)	Éducation.....	141
d)	Dans la relation avec les soignants.....	141
e)	Rompre l'isolement.....	143
f)	Personnalité.....	148
<b>V.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>150</b>
A.	MÉTHODOLOGIE.....	150
1.	<i>Forces</i> .....	150
2.	<i>Faiblesses</i> .....	151
a)	Biais de recrutement.....	151
b)	Biais dans l'exploration.....	153
c)	Biais dans l'analyse.....	154
B.	RÉSULTATS.....	155
1.	<i>Problèmes de santé</i> .....	155
a)	Des problèmes multiples.....	155
b)	Des problèmes liés à la prostitution ou à la rue.....	155
c)	Santé gynécologique et IST.....	156
d)	Santé psychologique.....	157
e)	La santé : une priorité ?.....	159
2.	<i>Parcours de vie</i> .....	160
a)	Précarité.....	160
b)	Migration.....	163
c)	Exploitation.....	167
3.	<i>Personnalité</i> .....	172
4.	<i>Décorporalisation</i> .....	174
5.	<i>Lutte contre la stigmatisation</i> .....	176
6.	<i>Rôle du médecin généraliste</i> .....	177
a)	Quant à la non-déclaration de leur activité.....	177
b)	Changer son regard.....	178
c)	Une structure dédiée ?.....	180

<b>VI. CONCLUSION.....</b>	<b>181</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>183</b>
<b>ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>191</b>
<b>ANNEXE 2 - CODAGE.....</b>	<b>192</b>
<b>ANNEXE 3 – REGARD SUR LA PROSTITUTION – LES CAPTIFS .....</b>	<b>199</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>203</b>

## INDEX DES TABLEAUX :

<i>Tableau 1 : Addictions selon la consommation de drogues illicites – OFDT 2004.....</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 2 : Obstacles à l'accès aux soins dans la littérature internationale.....</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 3 : Couverture médicale des prostituées dans l'étude de l'OFDT.....</i>	<i>41</i>
<i>Tableau 4 : Obstacles à l'accès au soin dans la littérature française.....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 5 : Lieux des entretiens .....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 6 : Caractéristiques de la population d'étude.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 7 : Assurance Maladie .....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 8 : Différentes perceptions de l'état de santé.....</i>	<i>89</i>
<i>Tableau 9 : Troubles psychiatriques et traite .....</i>	<i>168</i>

## INDEX DES FIGURES

<i>Figure 1 : Thèmes des entretiens de l'ABDF - issus du rapport d'activité.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 2 : Récapitulatif des obstacles à l'accès aux soins .....</i>	<i>133</i>
<i>Figure 3 : Récapitulatif des facteurs facilitant l'accès aux soins .....</i>	<i>149</i>

## INDEX DES IMAGES

<i>Image 1 : Carte du Nigeria (92).....</i>	<i>61</i>
---	-----------

## I. INTRODUCTION

La prostitution est un phénomène très visible dans l'espace public, notamment à Paris. Qu'on se promène dans les Bois de Vincennes ou de Boulogne, sur les Boulevards Maréchaux Nord, à Belleville, Strasbourg Saint-Denis ou encore Pigalle, il est difficile de ne pas observer celles et ceux qui attendent leur client. Même sur internet il est difficile d'échapper aux pages de publicité. Sans compter celles et ceux qui travaillent plus discrètement encore. Paradoxalement, dans nos cabinets, on ne les croise pas si souvent, ou du moins nous ignorons qui elles sont.

Et pourtant, les personnes prostituées semblent plus à risque sur le plan sanitaire ; plus à risque de violences, d'IST, de problème psychologiques, gynécologiques ou obstétricaux. On décrit souvent la prostitution comme une réalité aux multiples visages : elle concerne tous les sexes, presque tous les âges (de la prostitution de mineures de 10-12 ans, à celle de femmes de plus de 90 ans), choisie ou non, de rue ou d'intérieur, occasionnelle ou régulière, exclusive ou complétant un revenu, de personnes de toutes nationalités, cultures et religions, droguées ou non... Tous ces facteurs viennent influencer sur le risque sanitaire et l'accès aux soins. Ils évoluent à grande vitesse aujourd'hui en France, où les visages de la prostitution ont énormément changé en vingt ans.

Bien que le Législateur s'interroge aujourd'hui en France sur la question de la prostitution, il faut constater la pauvreté des études françaises sur la question. Les dernières études épidémiologiques de qualité remontent aux années 90. Les seuls moyens d'évaluer les évolutions de la prostitution en France sont les rapports d'activité et l'expertise des associations. L'État se repose entièrement sur elles, comme on le voit dans les rapports du Sénat (1) ou le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) (2). Ils s'interrogent sur les moyens pour faciliter l'accès aux soins, mais sans se référer à d'étude française identifiant les obstacles à l'accès aux soins.

Il existe bien quelques études à l'étranger (en Grande-Bretagne (3), en Suisse (4), en Nouvelle-Zélande (5), États-Unis (6)...) étudiant les problématiques d'accès aux soins des prostituées, identifiant entre autres la stigmatisation, l'absence d'assurance maladie, l'obstacle de la langue ou encore des horaires incompatibles avec leur activité.

Mais comme nous le verrons, la législation diffère en fonction des pays. La prostitution est essentiellement « indoor » dans les pays réglementaristes, tandis qu'en France par exemple elle ne peut s'exercer légalement dans des maisons closes ou salons. La diversité des systèmes de santé entre les différents pays et de l'origine des personnes qui s'y prostituent influe sur leur accès aux soins, et ce même en fonction des villes d'un même pays. Nous ne pouvons donc appliquer les résultats des quelques études étrangères en France.

Les problèmes de santé des personnes en situation de prostitution ne peuvent être réduits aux seuls problèmes de santé sexuelle. Ces personnes nécessitent, à la lecture des différents rapports cités précédemment, une prise en charge globale, et sur la durée. Le nom du médecin généraliste ne figure pourtant presque nulle part, alors qu'il devrait en être l'acteur principal.

Il est important de définir ici ce que nous comprenons par « accès aux soins ». Lorsque l'on parle d'accès aux soins, on se limite souvent à son aspect géographique ou financier. On discute donc tiers payants, dépassements d'honoraires, désertification médicale. Néanmoins, circonscrire l'accès aux soins à ses seuls aspects géographique et financier nous paraît réducteur. Selon Penchansky et Thomas (7) l'accès aux soins se définit comme le rapport entre les besoins en soins d'une population et l'utilisation du système de soin. Ils définissent cinq dimensions : disponibilité, accessibilité, flexibilité, abordabilité, acceptabilité. Parmi les obstacles à l'accès aux soins de notre population d'étude, nous avons donc élargi notre point de vue, et considérons non seulement les obstacles financiers ou géographiques,

mais aussi tout ce qui conduit à des difficultés de prise en charge, ou à une prise en charge inadaptée, que ce soit de la part du soignant ou de la patiente.

Selon le rapport du Sénat (1), 85 à 90% des personnes qui se prostituent sont des femmes. Parmi elles, celles qui se prostituent dans la rue semblent être les plus vulnérables (8). Nous avons donc choisi de cibler notre population d'étude aux femmes se prostituant dans la rue.

Nous étudierons dans ce travail les obstacles à l'accès aux soins des femmes qui se prostituent dans la rue, en région parisienne. Nous évaluerons également la place que pourrait avoir le médecin généraliste dans leur prise en charge.

## II. PROSTITUTION ET SANTE

### A. LA PROSTITUTION EN FRANCE ET À PARIS

#### 1. QUELQUES DÉFINITIONS

##### a) Prostitution

Les dictionnaires donnent leurs définitions de la prostitution. Selon Le Robert, la prostitution est :

*« Le fait de livrer son corps aux plaisirs sexuels d'autrui, pour de l'argent et d'en faire métier »*

Le Robert limite la prostitution à une profession. Toutes les personnes se prostituant de façon occasionnelle par exemple ne peuvent être incluses dans cette définition. Selon le Larousse, la prostitution répond à la définition suivante :

*« Acte par lequel une personne consent habituellement à pratiquer des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'autres personnes moyennant rémunération. »*

On voit ici que la prostitution implique un consentement, ce qui est, nous le verrons, loin d'être toujours le cas.

Dans le code pénal nous trouvons une définition juridique du proxénétisme (9), qui est le fait: *« d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; de tirer profit de la prostitution d'autrui, d'en partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire. »*

La prostitution quant à elle n'a pas de définition juridique officielle. On retrouve dans le décret du 5 novembre 1947 (10), relatif à l'institution d'un fichier sanitaire et social de la prostitution, la définition suivante de la prostituée :

*« Toute femme qui consent habituellement à des rapports sexuels, avec un nombre indéterminé d'individus, moyennant rémunération ».*

Il est intéressant de noter que seules des femmes pouvaient être incluses dans cette définition. Ce décret a été abrogé et on ne retrouve depuis pas de définition officielle de la prostitution. C'est un arrêté de la Chambre criminelle du 27 mars 1996 qui en donne une définition (11) :

*« la prostitution consiste à se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui. »*

Cette définition est on le voit plus large que la précédente, car elle ne se limite pas aux femmes, n'implique pas nécessairement le consentement de la personne, et que tout contact physique peut être considéré comme une prostitution, tant qu'il est conditionné par une rémunération et la satisfaction du besoin sexuel d'autrui. Nous retiendrons donc cette dernière définition dans ce travail.

## **b) Prohibitionnisme**

Le prohibitionnisme consiste à l'interdiction totale de la prostitution. Tous les acteurs de la prostitution risquent alors une sanction : personne prostituée, client et éventuel proxénète. La prostitution est mauvaise en soi, dégradante, non conforme à la morale de la communauté. Elle est donc criminalisée pour entériner sa condamnation morale.

Les pays où on retrouve le prohibitionnisme sont la Chine, la plupart des États Américains, ainsi que les pays du Golfe persique. En Europe on le retrouve en Irlande, en Roumanie, ou encore en Ukraine. Il a prévalu en France jusqu'au Moyen-Âge.

### **c) Réglementarisme**

Il est une réglementation administrative de l'exercice de la prostitution. Il est à l'opposé du prohibitionnisme, puisqu'il tend à faire de la prostitution une activité totalement licite, juridiquement reconnue et protégée au nom de la libre disposition du corps et du principe de libre entreprise. Seuls le proxénétisme et l'exploitation sexuelle des mineurs sont combattus.

Les pays réglementaristes sont essentiellement représentés par les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse ou l'Australie. Certains pays d'Asie de l'Est adoptent progressivement une réglementation (Corée du Sud, Philippines, Thaïlande, Indonésie, Malaisie, Singapour). La Belgique, ayant une position abolitionniste, est en pratique partiellement réglementée.

### **d) Abolitionnisme**

L'abolitionnisme ne se définit pas par une abolition de la prostitution, mais par l'abolition de toute forme de réglementation concernant la prostitution, qui imposait, lorsque le mouvement est né, des contrôles médicaux et policiers aux personnes prostituées. Selon le préambule de la *Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui* adoptée par les Nations Unies en décembre 1949 :

*« la prostitution et le mal qui l'accompagne, à savoir la traite des êtres humains en vue de prostitution, sont incompatibles avec la dignité humaine et la valeur de la personne humaine et mettent en danger le bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté. »*

La prostitution n'est alors ni prohibée, ni réglementée. Le proxénétisme et la prostitution des mineurs sont condamnés. Sont aussi condamnés les actes de proxénétisme indirect, tels que la direction, la location ou le financement d'un établissement de prostitution. C'est un système relativement ambigu, où les prostituées sont considérées comme des victimes, sans que les clients ne soient considérés comme criminels. Certains pays comme la Suède ont adopté une position parfois appelée « néo-abolitionniste », visant à pénaliser le

client de la prostitution. Ce projet est toujours en discussion au Parlement en France à l'heure actuelle.

Les pays abolitionnistes sont la France, l'Italie, le Royaume-Uni, la Pologne ou encore la Bulgarie. L'Espagne est abolitionniste mais connaît un flou juridique de par son organisation fédérale. C'est le courant majoritaire en Europe.

## 2. *BREF RAPPEL HISTORIQUE*

Nous ne référons pas ici un rappel exhaustif de l'histoire de la prostitution en France et dans le monde, mais simplement de l'évolution du cadre législatif en France. La prostitution est tantôt prohibée, tantôt tolérée au Moyen-Âge en France. Ainsi en 1254 Saint Louis interdit-il la prostitution, expulsant les personnes qui s'y livrent en dehors de la ville. Il reviendra sur cette interdiction en 1256, les réintégrant à la cité et leur permettant l'accès aux lieux de culte. En 1561 la prostitution est à nouveau considérée comme illicite.

C'est en 1802 que se met en place la réglementation de la prostitution, pour tenter d'endiguer les maladies sexuellement transmissibles en tête desquelles se trouvait la syphilis. La prostitution s'organise donc en maisons closes médicalement contrôlées. Les filles doivent s'inscrire sur un registre de police puis sur le registre de la maison où elles sont pensionnaires, et doivent subir des visites médicales régulières, à leurs frais, dans des dispensaires publics gagnant d'ailleurs beaucoup d'argent sur ces consultations. Ces filles sont « en carte » ou « soumises ». Aucun homme n'a le droit de résider dans ces maisons. Elles sont tenues par des femmes. Il est rare que les filles puissent quitter la maison, et toujours dans une tenue sobre pour éviter le scandale, sans avoir le droit d'adresser la parole à un homme accompagné de sa femme et de ses enfants. N'ayant presque pas le droit de sortir, elles doivent acheter leurs fournitures à la tenancière (draps, maquillage, parfum, visites médicales...) qui leur facture le double ou triple du prix. Les filles sont donc prises dans une spirale de dette, les liant fermement à leur maison (12). Les filles qui se prostituent dans la rue sont appelées les

insoumises et sont traquées par la police des mœurs, inscrites d'office sur le registre de la prostitution quand elles sont arrêtées, et incarcérées dans des hôpitaux-prisons tels que Saint-Lazare. Au fil du siècle le système se précise et s'étoffe. En 1911, de nouvelles formes de prostitution sont légalisées, telles que les brasseries ou maisons de rendez-vous. Sous le régime de Vichy, le bordel devient une entreprise avec fond de commerce cessible, et peut même prendre la forme d'une société par actions. Un impôt est constitué sur leur activité (12).

C'est en 1946 par la loi Marthe Richard qu'est votée la fermeture des maisons closes en France. Les filles ne sont plus encartées. Un « fichier sanitaire et social » permet de contrôler l'état sanitaire des prostitué(e)s et de circonscrire leur activité. Ce fichier sera utilisé pour la lutte contre le proxénétisme. C'est en 1960 que la France ratifie la Convention pour la répression des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, adoptée par l'ONU en 1949. Les fichiers médicaux et fiches de surveillance policière sont supprimés : la France a adopté un régime abolitionniste, impliquant la dépénalisation de la prostitution, la sortie du système réglementariste, et le renforcement de la lutte contre le proxénétisme (13).

En 1975, un grand mouvement de prostituées proteste contre certaines formes de harcèlement policier. Elles occupent plusieurs églises en France. En 1994 sont supprimées la pénalisation pour cohabitation avec personnes prostituées ainsi que la pénalisation du racolage passif. C'est en 2003 que la Loi de Sécurité Intérieure, dite Loi Sarkozy rétablit la pénalisation du racolage passif. L'ensemble des associations, qu'elles se réclament réglementaristes ou prohibitionnistes, combat cette loi qui n'a fait que renforcer la précarisation des personnes prostituées, les exposant à un risque accru de violences et d'agressions, étant obligées de migrer vers les périphéries.

Se discute encore à l'heure d'aujourd'hui le projet de loi sur la prostitution en France, réfléchissant à la fois à supprimer le délit de racolage passif, et établir une pénalisation du client. Le Sénat avait supprimé ces deux amendements, qui ont été réintroduits dès que le

projet de loi est repassé devant le Parlement. Sont discutés également, dans la ligne abolitionniste, comment renforcer la réinsertion des personnes en situation de prostitution, et comment lutter plus efficacement contre la traite. La réglementation de la profession n'est pas encore à l'ordre du jour en France.

### 3. PROSTITUTION EN FRANCE

#### a) Chiffres

La prostitution est difficile à chiffrer en France. Entre les chiffres de l'OCRTEH (Office Central pour la répression de la traite des êtres humains)<sup>1</sup> et ceux des associations, les estimations varient de 1 à 20. Les données quantitatives sont rares et limitées à la seule prostitution visible, et donc essentiellement des personnes se prostituant sur la voie publique. Dans son rapport publié en 2010, l'OCRTEH estimait entre 20 000 et 40 000 personnes se prostituant en France. Le STRASS (Syndicat du travail sexuel), estime quant à lui ce nombre à 400 000. L'Allemagne, pays réglementariste, en comptait à la même période 400 000, l'Espagne entre 300 et 400 000 personnes selon les organisations (absence de chiffre officiel), l'Italie entre 50 000 et 100 000, la Suisse entre 10 et 25 000 selon ce qui est rapporté dans l'ouvrage *Exploitation sexuelle – Prostitution et crime organisé* (14). Il est surprenant d'avoir de tels écarts entre les chiffres officiels français et ceux de nos voisins, quand bien même les régimes vis à vis de la prostitution sont différents. En 1999, l'ORCETH déclarait que 5000 personnes avaient été contrôlées. Dans son rapport en 2001, il dit alors évaluer le nombre de personnes prostituées au double, soit entre 10 et 12 000, auxquelles il conviendrait de rajouter 3000 professionnelles exerçant dans les bars et salons de massages. Les méthodes utilisées pour évaluer le nombre de prostituées en France peuvent donc expliquer ces écarts avec nos

---

<sup>1</sup> Rattaché à la direction centrale de la police judiciaire, l'OCRTEH est exclusivement compétent dans le domaine de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle. Il est chargé de centraliser les informations relatives à la prostitution et au proxénétisme, d'analyser l'évolution des réseaux et de mener et coordonner les opérations de lutte contre la traite.

voisins. Au vu de la généralisation d'internet, de l'expansion des bars et des salons de massage, cette estimation nous semble également erronée. Selon le STRASS, la prostitution de rue pourrait ne représenter que 15% du total.

La population prostituée serait composée à 85-90% de femmes selon le rapport du Sénat de 2013 (1), et de 10 à 15% d'hommes, travestis et transsexuels. Selon le dernier rapport d'activité de l'Amicale du Nid (15), sur les 5054 personnes rencontrées en 2014 (soit une augmentation de 3% par rapport à 2013), 83% étaient des femmes, 2% des hommes et 15% des personnes transsexuelles. Les chiffres du rapport d'activité de l'association Grisélidis de Toulouse en 2012 sont un peu similaires, avec 89% de femmes, 8% de transsexuels et 3% d'hommes.

Selon le rapport de l'ORCTEH, plus de 90% des personnes se prostituant dans la rue seraient d'origine étrangère. Il peut y avoir un biais, dans le sens que les personnes sont plus à risque de contrôle si elles sont d'origine étrangère. Les associations de terrain constatent également une large proportion de personnes d'origine étrangère se prostituant sur la voie publique, entre 60 et 80% selon les associations (2). Le rapport de l'Amicale du Nid retrouvait en 2014 93% des personnes rencontrées de nationalité étrangère (15). Aucune statistique officielle ne permet néanmoins d'affirmer ce chiffre. Les personnes étrangères viendraient essentiellement de Roumanie, Bulgarie, Nigéria et Chine. Selon l'OCRTEH, toujours d'après les données de mise en cause pour racolage, les femmes de l'Europe de l'Est représenteraient la majorité de la prostitution étrangère dans les villes de Province, tandis qu'à Paris les Africaines seraient les plus représentées.

Les âges sont également très variables. Selon l'enquête interne de 2010 de l'Amicale du Nid, 43% des personnes avaient moins de 30ans, 30% de 30 à 39 ans, 17% de 40 à 49 ans, 8% de 50 à 59ans, 1% de 60 à 70 ans. Les chiffres de l'association Grisélidis à Toulouse en 2011 sont proches : 48% de moins de 30 ans, 48% de 30 à 60 ans, 4% de plus de 60 ans.

L'association « Avec nos Aînés » est la seule en France à prendre en charge les prostituées vieillissantes en région parisienne. Selon Gabrielle Partenza sa présidente, environ 200 femmes de plus de 60 ans exercent au bois de Boulogne et à Vincennes, la plus âgée d'entre elles ayant 92 ans (1).

La prostitution des mineurs semble encore plus difficile à évaluer. Ce serait un phénomène marginal pour les autorités de police. Les associations sont elles très préoccupées, car cela toucherait selon elles plusieurs milliers de jeunes par an. Selon l'association ACPE (Agir Contre la Prostitution des Enfants), ils seraient 5000 à 8000 à se prostituer en France (16). Et cela ne concernerait pas seulement des enfants victimes de traite comme on pourrait le penser. De nombreuses conduites prostitutionnelles dans les collèges et les lycées, contre des cadeaux ou de l'argent, alarment les associations comme l'ACPE, qui lance des campagnes de prévention dans les collèges, incitant les enseignants à parler de cette réalité avec leurs élèves.

#### **b) Différents modes d'exercice**

Les modes d'exercice sont multiples. Les lieux d'abord diffèrent. On met souvent en regard la prostitution de rue, « outdoor », et la prostitution « indoor ». La prostitution de rue est la plus visible, et la mieux documentée. Elle est celle qui gêne le plus également. La loi de sécurité intérieure de 2003 ainsi que les arrêtés municipaux de certaines villes ont entraîné un déplacement de cette prostitution vers les périphéries. Cette tendance contribue au développement des formes de prostitution indoor : salons de massage, bars, prostitution en hôtel ou en appartement.

Le développement d'internet a introduit une nouvelle forme de racolage. Ces nouveaux moyens sont moins connus, moins visibles, plus mouvants et par définition la prostitution devient moins atteignable par les associations. Celles-ci, essentiellement au contact de la prostitution de rue, commencent à développer des moyens pour atteindre

également les personnes se prostituant sur internet. C'est le cas de l'association Grisélidis à Toulouse, qui a créé il y a trois ans une ligne d'urgence pour les prostitué(e)s passant par internet. L'association contacte aussi les personnes par mail et téléphone. Ils effectuent des « tournées virtuelles », finalement assez similaires aux tournées effectuées auprès des prostitué(e)s de rue. Selon un rapport de 2011, près de 10 000 annonces d'escorting auraient été identifiées sur internet, dont 4000 provenant de prostitué(e)s indépendant(e)s. Les réseaux de prostitution ont aussi envahi l'espace internet. Ils se développent très rapidement et sont difficilement repérables par le côté plus invisible d'internet. Les filles ne sont plus soumises à des « territoires », et leurs souteneurs peuvent donc les faire changer très souvent de villes.

La prostitution peut être régulière ou occasionnelle. Elle peut constituer l'activité exclusive des personnes qui l'exercent, ou alors compléter un revenu insuffisant ou un temps partiel. Ce type de prostitution semble toucher de plus en plus de mères isolées. La prostitution étudiante est un phénomène difficile à évaluer, mais qui semble se développer. Selon les estimations du Syndicat Sud-étudiant, ils seraient 40 000 à se prostituer en France. Une enquête a été menée dans les universités d'Evry-Val-de-Seine et Paris-Sud-XI en 2013. Sur les 843 questionnaires exploitables, 2,7% des étudiants affirmaient avoir déjà eu des rapports sexuels contre de l'argent ou des biens. Près de 8% indiquaient avoir envisagé de le faire. 91% d'entre eux souffraient de difficultés financières chroniques. En effet les difficultés financières des étudiants semblent en première ligne, le nombre d'étudiants fréquentant les associations caritatives semblant exploser. Les étudiants dits « pauvres » sont difficiles à quantifier, et oscilleraient entre 45 000 et 100 000. Selon le Secours Populaire Français, 107 000 étudiants seraient dans une situation de précarité, et 45 000 dans une situation d'extrême pauvreté (17). Ainsi, nombreux sont les Laura D., qui explique dans son livre *Mes chères études* (18) « avoir été obligée de se prostituer pour payer ses études. »

### c) Traite

Les personnes victimes de proxénétisme sont également difficiles à quantifier. La traite se définit selon le Protocole de Palerme (19) par trois éléments : une action (recrutement, transport, transfert, hébergement, accueil des personnes), un moyen (menace, contrainte, recours à la force), et un but (l'exploitation). Selon le rapport GRETA de 2012 quant à la traite des êtres humains en France (20), la France est essentiellement un pays de destination des victimes de la traite, mais est aussi devenue un important pays de transit. Elle fait état de plusieurs milliers de victimes de la traite par an (tous types de traite confondus). Nous n'avons pas retrouvé de chiffres précis. Selon le rapport du Sénat (1), « *il est possible de considérer qu'une très grande partie des prostituées étrangères sont soumises à des réseaux de proxénétisme de traite des êtres humains.* ». Selon l'OCRTEH, les victimes de réseaux sont à 90% des femmes, la plupart du temps en situation irrégulière sur le territoire. En 2012, l'OCRTEH a démantelé 52 réseaux de prostitution, 751 victimes de la traite ont été identifiées dans le cadre de procédures judiciaires. Les femmes se prostituent soit dans le cadre de réseaux de prostitution familiaux ou mafieux, soit pour rembourser une dette contractée auprès de réseaux de passeurs. On peut observer des aller-retours fréquents dans le pays d'origine, notamment pour les pays d'Europe de l'Est.

Les victimes originaires des pays de l'Europe de l'Est subissent pour la plupart des violences importantes (21). Elles subissent en quelque sorte un conditionnement afin de s'assurer qu'elles ne s'échappent pas : enfermement dans des lieux isolés dans divers pays de transit, violences psychiques, physiques (viols, coups, séquestration). Les menaces envers la famille restée au pays sont fréquentes. Les réseaux sont souvent familiaux, et pour un certain nombre de femmes, les hommes manipulent les filles souvent par le biais d'une relation intime avant de les mettre sur le trottoir.

Nous détaillerons plus loin les caractéristiques de la traite nigériane, qui, si elle n'est pas indemne de violences physiques, psychiques, ni de menaces, est conditionnée par un serment fait auprès du prêtre traditionnel.

Pour les Chinoises, elles arrivent pour la plupart par leurs propres moyens. Elles contractent une dette au pays pour pouvoir venir, puis se prostituent dans les appartements et salons de massage essentiellement afin de pouvoir rembourser cette dette. Le proxénétisme semble se développer sur le sol français.

#### 4. ASSOCIATIONS EN ÎLE DE FRANCE

##### a) Les Amis du Bus des Femmes

L'Association des Amis du Bus des Femmes (ABDF) est une association de santé communautaire fondée en 1994. L'aventure avait déjà commencé en 1988, sous l'impulsion d'une femme de la communauté, réfléchissant à la prévention en pleine épidémie du SIDA. Ce sont les femmes elles-mêmes qui ont choisi le bus comme lieu de rencontre. C'est aujourd'hui un camping-car aménagé pour l'accueil mobile, circulant sur les lieux de prostitution huit fois par semaine, de jour et de nuit, dans les bois et forêts de la région parisienne. L'Abri-Bus, local de l'association, est un lieu d'accueil, d'écoute, de soutien et d'orientation. Y sont organisés des ateliers et différents programmes. C'est une association communautaire, dans la mesure où les personnes concernées sont elles-mêmes parties prenantes du projet, au sein des instances décisionnaires, du personnel et des bénéficiaires.

L'équipe compte 13 salariés. Les actions principales de l'association sont la prévention du VIH, des hépatites et des IST, l'accueil et l'accompagnement, la lutte contre l'exclusion et les discriminations, ainsi que l'accès aux droits fondamentaux. Elle a de nombreux partenaires avec des structures de santé, et c'est probablement l'association la plus active en région parisienne sur le plan sanitaire, notamment grâce à son pôle dédié aux actions

de santé. 254 femmes ont ainsi été suivies par ce pôle en 2014, près du double par rapport à 2012. Elle travaille également activement à la lutte contre la traite des êtres humains. Elle lutte pour l'abrogation des ordonnances de 1960, afin que la personne prostituée ne soit pas considérée comme une « inadaptée sociale », et que lui soient reconnus des droits et un statut à part entière.

### **b) Aux captifs, la libération**

Cette association a été créée en 1981 par un prêtre catholique, ayant pour vocation de rencontrer et d'accompagner des personnes qui vivent dans la rue ou de la rue. Elle comprend une antenne précarité, et une antenne prostitution. Elle est composée à la fois de salariés (avec travailleurs sociaux) et de bénévoles. Ils ont plusieurs antennes à Paris dédiées au programme prostitution : Paris 12, Paris Centre, Paris 16, l'accueil Lazare et Sainte Rita. Le but est avant tout une rencontre et un accueil de l'autre, permettant ensuite les actions ci-dessous.

Ils effectuent des tournées-rue, des programmes de dynamisation consistant en des sorties culturelles, soirées festives, ateliers ou séjours de rupture, un accompagnement individuel (social, juridique, hébergement, emploi, cours de français), et prise en charge de santé (ouverture de droits, médiation). Ils ont également une proposition spirituelle, dans le respect des croyances, avec notamment prières de rue et pèlerinages.

Leur vision est centrée sur la personne dans sa globalité et toutes ses dimensions, avec son épaisseur de vie. Ils ne se reconnaissent dans aucune des trois approches traditionnelles, considérant les statuts de « victime », « travailleur du sexe » ou « délinquant » comme trop réducteurs. Les Captifs proposent des actions de prévention larges, ainsi que vers des publics spécifiques, la facilitation de l'accès au parcours de sortie de prostitution, ainsi que des actions ciblant directement les clients de la prostitution. Nous en avons mis en annexe 3 un document développant le regard qu'ils portent sur la personne prostituée, trouvant ce regard particulièrement intéressant.

### **c) L'Amicale du Nid et le Mouvement du Nid**

Une histoire commune unit ces deux associations. Le « Nid » est fondé en 1937 par une jeune femme et un prêtre catholique, frappés par les conditions des personnes prostituées à Paris. Le Nid s'engage pour la fermeture des maisons aboutissant à la Loi Marthe Richard de 1946. L'association est officiellement créée en 1946. « Le Nid » ouvre alors des centres d'accueil dans plusieurs villes françaises. Elle s'engage dès le début dans la lutte pour l'abolitionnisme. La revue du Nid qui deviendra « Prostitution et Société » se lance en 1951. C'est en 1970 que les salariés de l'association qui animaient les centres d'accueil décident de se séparer, donnant l'Amicale du Nid.

L'Amicale du Nid a une action d' « aller vers » les personnes prostituées sur les lieux de prostitution (tournées en bus, « Intermède », à Paris), avec un accompagnement global pour l'insertion sociale des personnes ayant connu ou en danger de prostitution ; ainsi qu'une action de recherche, prévention et formation sur la question de la prostitution. L'association compte huit établissements en France. 200 salariés accompagnent plus de 3000 personnes chaque année et en hébergent près de 480.

Le Mouvement du Nid est quant à lui une association surtout composée de bénévoles. Elle mène essentiellement une action militante sur le plan politique (c'est surtout cette association qui porte la loi de pénalisation du client) et auprès du grand public, des actions de prévention auprès des jeunes, une formation des acteurs sociaux. L'association se fixe une mission de rencontre et d'accompagnement ; à Paris ses bénévoles réalisent des tournées à pied.

## B. PROSTITUTION ET SANTÉ

### 1. PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ DES PROSTITUÉES : UNE REVUE DE LA

#### LITTÉRATURE

#### a) Gynécologie – obstétrique

##### i. Frottis cervico-vaginal et HPV

Un certain nombre d'études attestent d'un sur-risque d'infection à HPV (Human Papillomavirus) ainsi que de lésions du col de l'utérus chez les femmes qui se prostituent. Le portage d'HPV semble être augmenté chez les femmes se prostituant, avec une incidence de 77,6% vs 27,6% du groupe contrôle selon Mak et al. (22), de 97,5% dans une étude algérienne (23). Le risque d'infection à HPV à haut-risque est lui aussi augmenté, près de cinq fois supérieur à la population générale, et avec un risque doublé qu'il persiste pour Gonzalez et al. en Espagne (24) . Les frottis anormaux sont souvent retrouvés, chez la moitié des femmes pour Ward et al. , 5% chez Núñez et al. (25). Mak et al. (22) retrouve chez 15,6% des femmes une lésion de bas grade et 2,9% une lésion de haut-grade (vs 2,9% et 0,6% dans le groupe contrôle). Le risque de cancer intra-épithélial CIN en lien avec HPV est de 9,8% selon Wong et al. à Honk Hong (26), de 7% selon Ward et al. en Grande-Bretagne (27) , et avec un Odd-Ratio de 3,2 selon Hammouda et al. (23).

Les dépistages par frottis cervico-vaginal sont plus irréguliers que dans la population générale, avec 38% de frottis récent vs 77% pour Jeal et al. (3). Certaines études montrent également des défauts de connaissances tant sur le virus à HPV que sur le cancer du col de l'utérus (28) (29).

#### - En France :

L'étude française la plus récente, l'étude ProSanté, était réalisée entre 2010 et 2011 (30). 24% à 34% des femmes n'avaient pas réalisé de frottis contre 4% dans la population

générale en 2010. 46% des Chinoises de l'enquête du Lotus Bus de 2009 (31) n'avaient pas de suivi gynécologique régulier ou approprié.

*ii. IVG et contraception*

Les femmes qui se prostituent semblent plus à risque de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) que les autres. 52,7% des femmes interrogées Cabrerizo et al. (32) avaient au moins un antécédent d'IVG, 58% dans une étude russe (33) ; 53% dans une étude colombienne (34). Les facteurs associés à un risque augmenté d'IVG étaient l'âge (32) (33) (34), l'origine (32), le fait d'avoir déjà eu un enfant (33) (35), de consommer de la drogue (35), de se prostituer dans la rue (33), depuis peu de temps (35) ou encore le fait d'avoir déjà avorté ou un partenaire régulier (35).

L'utilisation d'une contraception autre que le préservatif était assez faible, 35,5% pour Cabrerizo et al. (32), 12% pour Decker et al. (33), 33,5% pour Martin et al. (36).

- En France :

Une enquête réalisée à Paris entre 1990 et 1992 (37) retrouvait une différence de suivi gynécologique entre les femmes exerçant rue Saint Denis (78%) et celles exerçant en périphérie (45%).

Sur le plan de l'IVG, 61% des femmes de l'étude ProSanté y avaient eu recours dans leur vie (30). 11% des femmes accompagnées par l'Amicale du Nid en 2014 avaient eu recours à un ou des IVG dans l'année (15).

Sur le plan de la contraception, l'étude ProSanté souligne le côté tabou de la contraception et de la sexualité, seules 6% disant en parler librement avec leur médecin (30). La moitié des Chinoises de l'étude du Lotus Bus portaient un stérilet, dont environ 65% depuis plus de 3 ans (31).

## **b) IST**

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont beaucoup étudiées chez les femmes qui se prostituent. On retrouve des taux d'IST parfois élevés autour du monde.

Les prévalences de *Chlamydia trachomatis* variaient entre 4,7% et 10,6% (38) (39) (40) (41) (42). Une étude anglaise retrouve un risque doublé de *Chlamydia*, et une augmentation du risque de récurrence (43). Une revue de littérature chinoise publiée en 2011 retrouvait une médiane de prévalence de *C. trachomatis* à 25,7% (44).

Les prévalences de *Neisseria gonorrhoeae* variaient entre 0,7% et 6,4% (38) (39) (40) (41) (42). L'étude britannique précédemment citée retrouvait un risque d'infection à gonocoque multiplié par quatre (43). La revue de littérature retrouve une médiane de prévalence du gonocoque à 16,4% (44).

Les prévalences de syphilis varient entre 1,3% et 3,8% (40) (41) (42) (45). La revue de littérature chinoise retrouvait une médiane de prévalence de la syphilis de 6,9% (44).

Les prévalences du VIH étaient relativement basses. Une revue de littérature européenne réalisée en 2013 (46) retrouvait une prévalence  $\leq 1\%$  de manière générale. Elle était plus haute en Italie et en Espagne chez les prostitué(e)s de rue. Elle était plus basse dans les pays d'Europe centrale (entre 1 et 2%), et significativement plus haute dans les pays d'Europe de l'Est (4,6% en Moldavie, 7,6% en Estonie, entre 2,5 et 8% en Azerbaïdjan). Dans tous les pays d'Europe, la prévalence était plus élevée chez les utilisatrices de drogue injectable. Les études africaines montrent des chiffres beaucoup plus inquiétants, avec des prévalences du VIH variant entre 26,6% et 56,5% (47) (48) (49).

Les taux de prévalence de l'hépatite B sont également variables entre 1 et 3,5% en Europe (50) (51) (3) ; entre 0,6% et 8% en dehors de l'Europe (52) (45) (53). Les taux de prévalence de l'hépatite C varient entre 0,9% et 6% (52) (51) (45) (3).

Les études montrent une utilisation variable du préservatif. La méta-analyse de Platt et al. (54) retrouvait une utilisation plus fréquente du préservatif dans les pays d'Europe de l'Ouest (utilisation inconstante <17%) que dans ceux de l'Europe de l'Est (utilisation inconstante entre 0 et 78%) et d'Europe Centrale (utilisation inconstante entre 5 et 38%). L'utilisation avec les partenaires non payeurs était globalement moindre qu'avec les clients.

Les femmes se voient régulièrement proposer des relations sexuelles non protégées contre plus d'argent (3). Les femmes avec des honoraires plus faibles sont donc plus à risque d'utilisation inconstante du préservatif selon une étude chinoise (55). Les facteurs de risque associés à une utilisation inconstante du préservatif étaient l'âge jeune, la moindre expérience de la prostitution (56), la moindre maîtrise de la langue (57), des signes de dépression sévère (58), la difficulté à négocier avec le client ainsi que l'achat des préservatifs par les femmes (59). Une étude italienne pointait l'importance de la méconnaissance sur les risques de transmission des IST (56), et une étude espagnole des taux élevés, jusqu'à 30%, de rupture de préservatifs (60).

- En France :

Dans l'étude ProSanté (30), un quart des personnes interrogées déclaraient une IST au cours de leur vie. Dans l'étude du Lotus Bus (31), un tiers des femmes interrogées disaient avoir déjà eu au moins une IST. 44% des femmes n'avaient jamais réalisé le dépistage pour le VIH, les ruptures de préservatif étaient fréquentes et ne conduisaient à aucun test dans 40% des cas. 10% des femmes du rapport de l'OFDT de 2004 ne connaissaient pas leur statut sérologique pour le VIH (61). Dans le rapport d'activité de l'Amicale du Nid sur 2014 (15), 6% des 748 personnes accompagnées tous sexes confondus étaient atteintes du VIH.

Une étude récente conduite en Guyane retrouve une utilisation très inconstante du préservatif (45%) avec le partenaire privé (62), malgré une bonne protection avec le client. L'étude de Vincenzi et al. de 1990 (37) retrouvait également une utilisation très irrégulière

avec le partenaire privé (10,5% au cours des 12 derniers mois). Le rapport de 2004 de l'OFDT (61) retrouvait une utilisation systématique du préservatif chez 100% des femmes pour les relations sexuelles vaginales, 94% pour la fellation.

### **c) Pathologies psychiatriques**

Plusieurs études rapportent des problèmes de santé mentale, chez 40% des femmes selon Ward et al. (27), chez 50,3% selon Rösslet et al. (63), avec essentiellement des troubles dépressifs, anxieux, troubles de l'alimentation, ou troubles psychosomatiques, ainsi que des états de stress post-traumatique (ESPT). Les troubles dépressifs varient entre 61,7% (58), à 87% (64). Dans cette dernière étude, australienne, la quasi totalité rapportaient des traumatismes, souvent dès la petite enfance. L'étude dans 5 pays de Farley et al. retrouvait un taux d'ESPT à 65% en moyenne (65). Elle n'arrivait pas à retrouver de différence entre les prostituées indoor ou outdoor. L'étude ultérieure de Farley et al. retrouve une prévalence d'ESPT à 68% (66). La sévérité de l'ESPT était associée de manière significative à l'expérience de la violence, qu'elle soit ou non dans le cadre prostitutionnel. Une étude australienne (67) quant à elle ne parvenait pas à prouver une morbidité psychiatrique plus élevée parmi les prostituées.

#### **- En France :**

L'étude ProSanté (30) retrouve des grosses proportions de troubles psychiques, avec des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs, troubles anxieux, et sentiments de solitude. Dans le rapport d'activité 2014 de l'Amicale du Nid (15), 43 à 79% des 748 personnes accompagnées montraient des signes de fragilité psychologique et de souffrance. Le docteur Maroufi, dans son étude rétrospective pour sa thèse, ne retrouvait que très peu de personnes souffrant d'ESPT, et s'interrogeait quant à l'écart par rapport à la littérature internationale, retrouvant comme nous l'avons vu des taux d'ESPT parfois très élevés. Elle

soulignait l'utilisation d'outils peu validés, ou parfois la non précision de ces outils, ainsi que l'impact de l'engagement idéologique des auteurs de ces études sur leurs résultats (68).

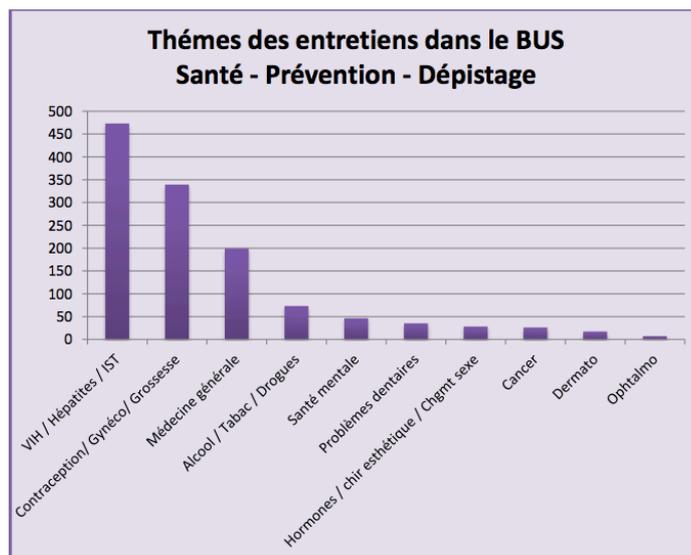
#### **d) Pathologies somatiques**

Les études sont très peu nombreuses quant aux problèmes de santé généraux autres que les IST et les problèmes psychiques. Les problèmes de santé dont souffrent les personnes en situation de prostitution, sont, au même titre que le reste de la population, extrêmement variés, comme le montrent plusieurs études (27) (66) (69). L'étude suisse de Gloor et al. montrait que les femmes avaient consulté la dernière fois essentiellement pour des problèmes de premier recours ou gynécologiques (4). Baker et al. pointait une incidence importante de problèmes respiratoires (70). Les tests de dépistages tels que la mammographie ou le frottis cervico-vaginal étaient connus mais peu pratiqués. Une étude chinoise montrait une perception de la qualité de vie sur le plan psychique et physique nettement diminuée chez les femmes qui se prostituaient (71).

##### **- En France :**

La majorité des femmes de l'étude de l'OFDT se considéraient en bonne santé, seules 7,6% se trouvant plutôt en mauvaise santé ou en mauvaise santé (61). L'étude ProSanté retrouve des chiffres un peu moins bons, avec 33% considérant avoir un état de santé moyen, 22% mauvais ou très mauvais (30). Selon l'étude du docteur Moineau-Quent réalisée à Montpellier pour sa thèse (72), 22,9% des femmes interrogées déclaraient souffrir d'une maladie chronique. Les demandes principales de consultation dans la structure de Médecins du Monde étaient d'ordre gynécologique, mental, ou de dépistage. Dans le rapport d'activité 2014 des Amis du Bus des Femmes (73), nous voyons que les sujets de discussion sur le plan de la santé restent extrêmement variés, même si la majorité des discussions est autour du VIH et des traitements post-exposition, probablement du fait du rôle de prévention du Bus :

**Figure 1 : thèmes des entretiens de l'ABDF - issue du rapport d'activité (73)**



### **e) Violences**

Les études montrent une exposition importante aux violences chez les femmes se prostituant. Ainsi, si on considère l'ensemble de la période d'activité, les taux de violence sexuelle retrouvés peuvent être de 81% selon Roxburgh et al. (64), 62% selon Farley et al. dans son étude multicentrique (65), 68% selon Farley et al. dans son étude à San Francisco (74). Les taux de violence physique au cours de l'activité de prostitution sont de 83% selon l'étude de Farley et al. à San Francisco (74), 81% selon Roxburgh et al. (64) 71% selon l'étude dans 9 pays de Farley et al. (66), 73% selon Jeal et al. (3), toutes violences confondues. Les femmes se prostituant dans la rue semblent plus exposées aux violences que celles se prostituant indoor (75).

Un certain nombre pointent également l'importance des antécédents de violence précédant la prostitution, tels que les abus sexuels, les violences physiques dans l'enfance, viol, inceste... (66) (64) (76). Les auteurs considèrent ces traumatismes comme des facteurs favorisant l'entrée ultérieure dans la prostitution, et discutent la notion de liberté de choix chez ces femmes. Virginie Despentes, dans son livre *King Kong Théorie* (77) établit un lien de causalité direct entre son viol et son entrée dans la prostitution: « Car le viol fabrique les

*meilleures putes. Une fois ouvertes par effraction, elles gardent parfois à fleur de peau une flétrissure que les hommes aiment, quelque chose de désespéré et de séduisant. Le viol est souvent initiatique, il taille dans le vif pour faire la femme offerte, qui ne se referme plus jamais tout à fait. »*

La mortalité est également globalement élevée. Une étude prospective britannique retrouvait une mortalité à 5,93‰ personnes-années, soit 12 fois plus que les taux chez des femmes du même âge (78). Dans une étude au Colorado, le taux de mortalité globale pendant la période prostitutionnelle était à 459 pour 1000, soit un ratio standardisé de mortalité à 5,9 (IC95% : 3,2 – 9), les causes les plus fréquentes étant la violence et la drogue. Le ratio standardisé de mortalité par homicide était de 17,7 (IC95% : 6,2% - 28,3%) (79).

- En France :

Dans l'étude menée en 1995 par Serre et al. (80), 33,5% des femmes interrogées avaient été victimes d'agression les 5 mois précédant l'enquête. Dans son rapport d'activité de 2014 (15), l'Amicale du Nid rapportait que 45 à 79% des 748 personnes accompagnées parlaient des violences subies dans la situation de prostitution. L'ABDF signale de nombreux actes de violences également dans son rapport de 2014, et rapporte notamment des violences policières et institutionnelles (73).

#### **f) Addictions**

Selon une enquête sur les trajectoires de vie des femmes usagères de drogues réalisée entre 2004 et 2007 (81), les femmes ont plus souvent recours à des activités prostitutionnelles pour la drogue ou l'argent, que les hommes (29,2% vs 1% déclarant s'être prostituées au cours des six derniers mois). Le recours aux drogues peut également être utilisé pour aider à supporter une activité de prostitution vécue comme destructrice (82). L'évaluation des consommations est très variable en fonction des études, notamment par des différences de recrutement, certaines études s'étant intéressées presque exclusivement aux utilisatrices de

drogues injectables. Ainsi, on retrouve des consommations de cocaïne ou d'héroïne de 81 et 83% chez les femmes interrogées par Jeal et al. (3), de drogue injectable chez 83% des femmes interrogées par Roxburgh et al. (64), ou 75% chez Farley et al. (74). Ward et al., eux, n'en retrouvent que 19% (27).

La consommation d'alcool était évaluée par une méta-analyse reprenant 70 articles anglophones (83). Les taux élevés de consommation étaient retrouvés surtout pour les femmes travaillant en bar et devant faire boire le client. Certaines études retrouvaient une association forte entre la consommation d'alcool et la non protection des rapports sexuels. L'alcool facilitait la transaction dans certaines études, dans d'autres la prise était forcée par le client.

- En France :

Selon l'enquête de 2004-2007 (81) auprès d'usagers de drogues, si 29,2% reconnaissaient une activité de prostitution, jusqu'à 72,5% reconnaissaient des activités sexuelles contre de l'argent ou de la drogue...

Dans l'étude de l'OFTD de 2004 (61), 13% des femmes avaient une consommation régulière d'opiacés. Le tableau suivant résume les principaux résultats :

***Tableau 1 : Addictions selon la consommation de drogues illicites – OFDT 2004***

consommation		Ensemble des femmes (n=169)	Dépendantes aux opiacés (n=22)	Non dépendantes aux opiacés (n=147)
actuelle	alcool	4%	14%	3%
	tabac	64%	100%	58%
	cannabis	16%	77%	7%
	médicaments	20%	45%	16%
Au cours de la vie	hallucinogènes	2%	9%	1%
	poppers	5%	36%	0
	Cocaïne	18%	91%	7%
	Autres stimulants	3%	9%	2%
	opiacés	14%	100%	1%

Dans l'étude qualitative du docteur Barrelet (84), plusieurs personnes rapportaient des consommations excessives d'alcool, disant boire pour se réchauffer ou pour parvenir à patienter, pouvant entraîner troubles de la conscience et altercations.

## 2. *RAPPORT AU SOIN ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DANS LA LITTÉRATURE*

La majorité des études s'intéressent en premier lieu au VIH et aux IST chez les femmes qui se prostituent, probablement du fait de la vision sanitariste bien ancrée dans nos sociétés : la personne qui se prostitue est vue comme un vecteur de maladie. Il faut la protéger pour protéger ses clients et leurs propres partenaires. Il est donc difficile de trouver des travaux s'intéressant à la santé des personnes en situation de prostitution, pour elles-mêmes, et notamment par rapport à la question de l'accès aux soins. Nous présenterons les quelques études réalisées à l'étranger, ainsi qu'à une plus petite échelle, en France. Les résultats sont résumés dans les tableaux 2 et 3.

L'étude suisse de Gloor et al. à Lausanne en 2010 (4) était une étude quantitative, auprès de 50 femmes prostituées de rue, majoritairement migrantes. La moitié des femmes n'avaient pas déclaré leur activité à leur médecin. L'étude réalisée en Floride par Kurtz et al. s'adressait à des femmes usagères de drogues se prostituant dans la rue (85). L'étude de Mastrocola et al. conduite en 2012 dans le nord de l'Angleterre était une étude qualitative auprès de 16 femmes prostituées de rue, majoritairement britanniques (86). L'étude britannique de Mc Grath-Lone et al., comparant 2704 femmes prostituées aux femmes de la population générale, montrait qu'elles voyageaient plus loin pour leurs soins (43). L'étude de King et al. était une étude quantitative, publiée en 2013, menée auprès de 139 femmes pour la plupart usagères de drogues, à Saint-Pétersbourg (87), quant à leur sentiment de stigmatisation. Baker et al. a publié en 2004 une étude conduite dans le Midwest américain sur la santé globale des prostituées (70). Dans l'étude quantitative de Jeal et al. à Bristol,

auprès de femmes pour la plupart usagères de drogues, 62% n’avaient pas déclaré leur activité à leur médecin traitant (MT). Seulement 11% demandaient une structure uniquement pour les travailleur(se)s du sexe (88). Abel et al. réalisait en Nouvelle-Zélande une un étude en 2006, après décriminalisation de la prostitution, en comparant ses résultats à une étude de 1999. La moitié des participants n’avaient pas déclaré leur activité au MT (5). Lazarus et al. étudiait au Canada, en 2006-2008 la stigmatisation facteur associé aux obstacles au soin, chez des prostituées usagères de drogues (89).

***Tableau 2 : Obstacles à l'accès aux soins dans la littérature internationale***

Études internationales	obstacles
Gloor et al. (4) ; 2010 (Suisse - Lausanne)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-absence de titre de séjour</li> <li>-non maîtrise de la langue française</li> <li>-absence de couverture médicale</li> <li>-absence de connaissance du réseau médico-social</li> <li>-non déclaration de l’activité au médecin traitant</li> </ul>
Kurtz et al. (85) 2001-2003 (Etats-Unis - Floride)	<p><u>Barrières structurelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-absence de papier de résidence ou de papiers d’identité nécessaires à la consultation</li> <li>-stigmatisation du travail sexuel ou des usagères de drogues</li> <li>-absence de compréhension des problèmes spécifiques à cette population.</li> </ul> <p><u>Barrières individuelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-méconnaissance des services</li> <li>-non prioritaire</li> <li>-recherche de la drogue</li> <li>-éléments inhérents à la vie dans la rue</li> <li>-peur des arrestations, peur globale</li> <li>-tolérance diminuée à la frustration</li> <li>-instabilité émotionnelle et psychique</li> </ul>
Mastrocola et al. (86) ; 2012 (Manchester - Grande Bretagne)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-autres priorités</li> <li>-services de prises de rendez-vous compliqués, payants</li> <li>-mobilité, compromettant la continuité des soins</li> <li>-consultations aux urgences</li> <li>-préférence pour un médecin de sexe féminin ou masculin</li> </ul>

	-stigmatisation, sentiment d'être jugé -non déclaration de l'activité au médecin traitant
Mc Grath-Lone et al. (43) ; 2011 (Londres)	-distances parcourues pour les soins
King et al. (87); publiée 2013 (Russie - Saint Pétersbourg)	-stigmatisation -non déclaration de l'activité au médecin traitant
Baker et al. (70); publiée 2004 (Etats-Unis – Midwest)	-manque d'information -absence de couverture médicale -non prioritaire
Jeal et al. (88); publiée 2004 (Grande Bretagne - Bristol)	-difficulté de trouver des créneaux de consultation libres -difficulté à tenir un rendez-vous -stigmatisation par le personnel soignant / salle d'attente -non déclaration de l'activité au médecin traitant
Abel et al. (5); 2006-2007 (Nouvelle-Zélande)	-Stigmatisation -Peur du jugement -médecin connu depuis l'enfance -non déclaration de l'activité au médecin traitant
Lazarus et al. (89) ; 2006-2008 (Canada – Vancouver)	-stigmatisation

- En France :

En France, nous avons vu que les études sont plus rares. Plusieurs thèses ont abordés le sujet de l'accès aux soins.

Le docteur Tardif s'est penché sur l'accès aux soins des prostituées étrangères à Nantes en 2001 (90). La population étudiée était essentiellement nigériane. Les obstacles relevés étaient surtout la précarité, que ce soit dans le logement, l'argent, le niveau d'éducation ou dans l'accès au droit. Les obstacles d'ordre individuel étaient également relevés, avec des situations de vie complexes, d'ordre institutionnel, administratif, ou structurel avec la réticence des professionnels vis à vis des plus démunis. Il s'étend longuement sur l'acculturation, notamment sur l'inexistence du secret médical en Afrique,

étant un franc obstacle au dépistage et à la consultation. Il relève des méconnaissances, notamment sur le SIDA, ainsi que des différences de perceptions de la maladie.

Le docteur Moineau-Quent (72) s'intéresse elle-aussi à l'accès aux soins des personnes en situation de prostitution, tous sexes confondus, à Montpellier et ses environs, par une étude quantitative, plutôt axée sur les obstacles financiers. 14% n'avaient aucune couverture, 80% avaient une couverture complète avec mutuelle, ce qui était similaire à la population générale. Un tiers des personnes interrogées avaient renoncé aux soins pour des raisons financières, ce qui était 2,5 fois plus élevé que dans la population générale, selon les données de l'IRDES 1998. Ce taux montait à 60% si il n'y avait pas de CMUc. Les motifs de renoncement étaient essentiellement buccodentaires ou optiques, puis pour les soins généraux, spécialisés, et pharmaceutiques. Les sujets semblaient se considérer majoritairement en bonne santé malgré un pourcentage élevé de personnes souffrant de maladies chroniques. La précarité financière était importante malgré des revenus pouvant être élevés, ce qui pourrait s'expliquer par le concept d' « argent sale », ou par la nécessité de payer l'hôtel. Les sujets avaient l'impression de vivre une réalité différente de celle des soignants, avec une stigmatisation restant importante. Elle retrouvait une peur des structures hospitalières ; les personnes préféraient payer leurs sérologies plutôt que de consulter au CDAG.

Dans l'étude ProSanté (30), 23% des personnes interrogées n'avaient pas d'assurance maladie. Les autres avaient pour 12% la sécurité sociale, pour 36% la CMU, et pour 27% l'AME. Au cours des douze derniers mois, 81% des personnes avaient consulté un médecin généraliste, pour 71% des cas en cabinet privé et dans 17% des cas dans une structure de soins gratuits. Si 41% avaient consulté de leur propre initiative, 30% avaient été orientés par une association, 16% par un membre de la famille, et 13% par un service social. Les causes de renoncement aux soins évoquées au cours des douze derniers mois étaient principalement financières (23%), la barrière linguistique, la méconnaissance du trajet pour se rendre au lieu,

des questions d'ordre trop personnel, les heures d'ouverture inadaptées, la crainte de l'attitude hostile, et la crainte de devoir présenter des papiers.

Dans l'enquête du Lotus Bus de 2009 (31), les femmes chinoises ont relevé des freins pour l'accès aux soins : la méconnaissance du système français, les difficultés financières, la barrière linguistique, l'absence d'assurance maladie. Une fois les droits ouverts, elles se dirigeaient le plus souvent vers un médecin sinophone, ou vers une structure hospitalière. Dans ce dernier cas, leur non-maîtrise du français nécessitait la venue d'un traducteur, le plus souvent rémunéré, impliquant des coûts importants pour accéder aux soins. 23% des femmes interrogées déclaraient avoir dû renoncer à des soins de santé au cours des douze derniers mois, les deux tiers ayant renoncé à consulter un médecin. En cas de non consultation, 28% ne faisaient rien, 68% avaient recours à l'automédication qu'elle soit chinoise ou occidentale. La durée du temps de séjour en France, de même que la connaissance du Lotus Bus était un facteur favorisant pour l'accès aux soins.

Dans l'étude de l'OFDT de 2002 (61), les prostituées migrantes n'avaient pour la plupart pas d'assurance maladie. Le tableau suivant en résume les différents types :

***Tableau 3 : Assurance maladie des prostituées dans l'étude de l'OFDT***

	Sécurité sociale	S.S. + mutuelle	CMU	AME	Assurance privée	Autres*	aucune
Europe de l'Ouest	17%	24%	45%		2%	1%	11%
Europe de l'Est	-	-	10%	10%	-	2%	78%
Afrique subsaharienne	9%	3%	24%	6%	-	6%	52%
Maghreb	6%	25%	57%	6%	-	-	6%
Amériques	-	-	-	-	-	-	100%

*\*Pour ces femmes, les papiers sont en attente, ou présence d'une protection dans un autre pays d'Europe.*

Dans sa thèse de médecine générale soutenue en 2002 (91), le docteur Trinquart développait à partir des témoignages présents dans la littérature, le concept de la

« décorporalisation », consistant en une forme de dissociation entre la part de « prostituée » et la part de « vie privée » de la personne qui se prostitue. Ce serait un mécanisme de défense contre les violences vécues, et les rapports sexuels non désirés répétés (le docteur Trinquart développe que la prostitution est toujours une violence, et n'est jamais pleinement choisie). Plusieurs rituels viennent aider à la dissociation : le changement de nom, de vêtements, d'apparence, venant renforcer la scission entre les deux mondes. Cela serait responsable notamment de troubles de la sensibilité nociceptive, avec des seuils de tolérance à la douleur nettement supérieurs à la moyenne, une hypoesthésie, ou encore des troubles de la sexualité. Selon le docteur Trinquart, ce processus de décorporalisation serait l'obstacle principal à l'accès aux soins, les symptômes étant moins ressentis, aboutissant parfois à des maladies très évoluées lors de la prise en charge.

Dans l'étude qualitative réalisée par le docteur Barrelet auprès de personnes prostituées au Bois de Boulogne (84), le recours au soin était très variable en fonction des personnes. Plusieurs n'avaient comme seul rapport au soin leur dépistage semestriel en CDAG, les jeunes roumaines avaient une logique de véritable check-up, le plus souvent dans leur pays d'origine, allant jusqu'à la réalisation de scanners de dépistage. Les Français, ou les personnes vivant en France depuis plusieurs années, avaient plus de chance d'avoir un médecin traitant et d'être mieux intégrés au système de soins. Les femmes avaient moins tendance à révéler leur activité, soit par sentiment de honte, soit parce qu'elles n'en voyaient pas l'intérêt.

***Tableau 4 : Obstacles à l'accès au soin dans la littérature française***

Études françaises	Obstacles à l'accès aux soins
Y. Tardif ; 2001 (90) (Nantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-obstacle financier</li> <li>-problème de logement</li> <li>-niveau d'éducation</li> <li>-absence de couverture médicale</li> <li>-situation de vie complexe</li> <li>-réticence des professionnels</li> <li>-méconnaissance des structures et du système</li> <li>-acculturation</li> </ul>
E. Moineau-Quent ; 2008 (72) (Montpellier)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-absence de couverture médicale</li> <li>-motif financier</li> <li>-services non adaptés aux réalités vécues</li> <li>-peur des structures hospitalières</li> <li>-stigmatisation</li> </ul>
Étude ProSanté ; 2010 (30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-obstacle financier</li> <li>-barrière linguistique</li> <li>-méconnaissance du trajet</li> <li>-questions d'ordre trop personnel pour les aborder en consultation</li> <li>-heures d'ouverture non adaptées</li> <li>-crainte d'une attitude hostile du personnel soignant</li> <li>-crainte de devoir présenter des papiers</li> </ul>
Lotus Bus ; 2009 (31) (Chinoises à Paris)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-méconnaissance du système français</li> <li>-difficultés financières</li> <li>-barrière linguistique</li> <li>-absence de couverture médicale</li> </ul>
J. Trinquart ; 2002 (91)	Décorporalisation

### III. METHODOLOGIE

#### A. CHOIX DE LA MÉTHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude de type qualitative pour répondre à notre question de recherche. Les études internationales permettent déjà d'identifier un certain nombre d'obstacles à l'accès aux soins, et nous avons donc initialement été tentés par une étude de type quantitative, en nous basant sur elles pour la réalisation du questionnaire. Mais cette méthodologie n'était ici pas adaptée pour plusieurs raisons :

- la population de femmes prostituées en Angleterre, en Suisse, au Canada ou en Nouvelle-Zélande n'est pas la même que la population française, et plus précisément que la population parisienne ;
- le système de santé diffère en fonction des pays, et par extension l'accès aux soins s'en voit forcément modifié ;
- la législation sur la prostitution varie également entre ces différents pays, en fonction de leur position réglemtariste ou abolitionniste.

C'est donc la méthode qualitative qui s'est imposée, dont les résultats, nous l'espérons, permettront par la suite la réalisation d'études quantitatives. Nous avons réalisé des entretiens individuels, semi-directifs. Une part d'observation participante a été prévue, par la présence de l'investigateur lors de tournées en bus de prévention, lors de permanences d'accueil sur le lieu de l'association, ou lors de participation à des ateliers de prévention.

#### B. POPULATION D'ÉTUDE

Nous avons choisi de cibler la population d'étude sur le sexe. En effet, si les personnes qui se prostituent ont de nombreux points communs, il y a des caractéristiques très particulières en fonction du sexe. Il semblerait que les hommes et les transgenres soient moins

victimes de souteneurs par exemple. Les personnes qui se prostituent en France sont, selon le rapport IGAS, pour 85 à 90% d'entre elles des femmes (2). Nous avons donc choisi de concentrer notre étude sur les femmes qui se prostituent.

Nous avons décidé de recruter ces femmes par les associations de terrain prenant en charge les femmes prostituées, par souci de simplicité autant que de sécurité. Ce sont les femmes se prostituant dans la rue que nous avons été amenés à rencontrer. Il nous paraissait également intéressant d'interroger des femmes particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire et social, afin de répondre à notre question de recherche. Il nous a semblé que les femmes se prostituant dans la rue étaient dans une situation potentiellement plus précaire.

Pour la faisabilité de la recherche, les femmes interrogées devaient parler le français ou l'anglais, langues parlées par l'investigateur.

### C. GUIDE D'ENTRETIEN

La littérature étrangère nous a aidé à la réalisation du guide d'entretien. Nous avons utilisé plusieurs bases de données : Pubmed pour la littérature scientifique, ainsi des bases de données sociologiques telles que le Cairn, la BDSP (Banque de Données en Santé Publique) ou Babylone (catalogue de la Bibliothèque FMSH, Fondation maison des sciences de l'homme). Les mots clés utilisés pour la recherche étaient :

*-en anglais* : « prostitute », « female sex worker », « street-based » ; « healthcare » ; « access to health » ; « barrier to health » ; « general health » ; « general practitioner » ; « family doctor » ; « sexually transmitted infections » ; « HIV » ; « violence » ; « cervical smear » ; « pregnancy » ; « abortion » ; « depression » ; « post-traumatic stress disorder »

*-en français* : « prostituée » ; « travailleuse du sexe » ; « accès aux soins » ; « médecine générale » ; « obstacles à l'accès aux soins » ; « médecin généraliste ».

Le guide d'entretien était organisé autour de cinq grands thèmes : expériences passées de manière générale, antécédents de renoncement au soin, investissement dans la santé,

représentations de leur état de santé, et perspectives pour l'avenir. Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Pour chaque thème étaient donc proposées une ou plusieurs grandes questions d'ouverture pour lancer la discussion. Un certain nombre de questions plus précises étaient posées seulement si non abordées au cours de la discussion. L'ordre des questions et des thèmes abordés était adapté en fonction du déroulement des entretiens. Le guide, qui a été écrit en français et en anglais, se trouve en annexe 1. Il a été adapté au cours de l'étude en fonction des éléments retrouvés lors des premiers entretiens.

Il a été demandé à chacune des femmes l'autorisation d'enregistrer et de retranscrire les entretiens. Si une femme refusait, il lui était alors demandé si il était possible de prendre des notes. Les prénoms ont été changés afin de garantir l'anonymat, hormis ceux des femmes nous ayant demandé expressément de laisser leur nom tel quel. Les noms des villes ont également été cachés pour garantir l'anonymat.

Des prises de notes étaient faites pendant ou après les tournées en bus de prévention, ou permanences d'accueil.

#### D. RECRUTEMENT

Nous avons donc décidé de passer par les associations pour trouver les femmes acceptant les entretiens. Afin de recruter un public le plus varié possible, il a été décidé de demander leur aide à plusieurs types d'associations, à la fois de santé communautaire et de réinsertion sociale.

La première association à avoir accepté rapidement de nous aider était les Amis du Bus des Femmes, puis ont suivi Aux Captifs la Libération, le Mouvement du Nid, et enfin l'Amicale du Nid. Un foyer d'hébergement d'urgence, tenu par les sœurs Missionnaires de la Charité, a également accepté de nous aider.

Deux autres associations, le Lotus Bus s'occupant des Chinoises se prostituant à Paris, et Charonne accompagnant des personnes toxicomanes ont été sollicitées, mais sans réponse.

## E. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE

Les entretiens ont été retranscrits verbatim. Pénélope, chef de projet de l'association des Amis du Bus des Femmes, était présente pendant plusieurs tournées, et a assisté à plusieurs entretiens, d'où l'apparition régulière de son prénom dans les retranscriptions. La personne de l'investigateur est quant à elle notée par la lettre « I ». Pour l'Atelier Santé, les femmes étant particulièrement nombreuses, et étant arrivées pour un certain nombre en cours d'atelier, nous n'avons attribué un prénom qu'à celles s'étant initialement présentées. Nous avons attribué des numéros à celles que nous ne pouvions identifier à la retranscription.

Un codage des données a été réalisé par l'investigateur, en parallèle à la réalisation des entretiens. Cela a permis l'adaptation du guide d'entretien. Un codage a été réalisé en aveugle pour la moitié des entretiens par une personne extérieure à l'étude, permettant de contrôler la liste de codes. La liste de codes a été validée par un deuxième chercheur.

L'ensemble des entretiens se trouve sur le support numérique associé à ce document.

Le codage et l'analyse ont été faits à l'aide du logiciel NVivo 10 for Mac®.

Nous sommes arrivés à saturation des données après le seizième entretien, et avons fait trois entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recrutement.

Dans la rédaction de ce travail, nous alternerons entre l'utilisation du « je », pour la partie de l'enquête où j'étais, comme unique investigateur, seule avec les personnes interrogées ou membres associatifs. Nous continuerons à utiliser le « nous » pour tout le travail de construction de l'étude, d'analyse et d'exploitation des résultats, réalisé en association avec le directeur de thèse.

## IV. RESULTATS

### A. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Nous avons donc réalisé dix-neuf entretiens individuels. Ils ont été réalisés entre fin janvier et fin juillet 2015. Dix-huit entretiens ont été enregistrés. Une femme a refusé l'enregistrement, et une prise de note a été réalisée au cours de l'entretien.

L'observation participante a pris plusieurs formes. Des notes ont été prises lors des tournées avec le Bus des Femmes, ainsi que lors de permanences à l'antenne de Pigalle des Captifs. J'ai aidé à animer un atelier santé au Bus des Femmes, appelé Atelier Santé Liberté, avec une quinzaine de Nigérianes. L'échange a été enregistré. Les thèmes de cet échange étaient essentiellement l'accès aux soins et des questions de gynécologie.

Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés mais n'ont pas été inclus dans l'étude. Une femme, rencontrée via le Mouvement du Nid était transsexuelle, née homme. Une femme rencontrée via l'Amicale du Nid avait été à haut risque de prostitution, mais n'avait jamais eu de conduite prostitutionnelle.

#### 1. LIEUX DE RENCONTRE

Sept femmes (deux Françaises, trois Bulgares, une Roumaine, une Camerounaise) ont été rencontrées lors de tournées en bus avec les Amis du Bus des femmes. Elles se prostituent dans les forêts de Sénart, Fontainebleau, ou pour l'une d'entre elles à Savigny.

Trois femmes nigérianes et une française ont été rencontrées sur le lieu d'accueil de l'association des Amis du Bus des Femmes.

Une femme nigériane a été rencontrée à l'antenne parisienne du Mouvement du Nid.

Par l'association, aux Captifs la Libération : une femme nigériane a été rencontrée sur l'antenne de Pigalle lors d'une permanence, une femme française a été rencontrée sur

l'antenne du 12<sup>ème</sup>, et une femme française a été rencontrée porte Dauphine sur son lieu de prostitution.

Trois femmes ont été rencontrées sur le lieu d'accueil de l'Amicale du Nid 92, à Colombes.

Une femme enfin a été rencontrée au foyer des Sœurs Missionnaires de la Charité, qui ont un centre d'hébergement d'urgence pour femmes seules ou avec enfant(s).

***Tableau 5 : Lieux des entretiens***

Association	femmes rencontrées	Lieux de rencontre
Les Amis du Bus des femmes	6	Forêt de Sénart/Fontainebleau
	1	Savigny
	4	Local de l'association
Aux Captifs, La Libération	1	Antenne de Pigalle
	1	Antenne du 12 <sup>ème</sup>
	1	Porte Dauphine
Le Mouvement du Nid	1	Local de l'association à Paris
Missionnaires de la Charité	1	Foyer des Missionnaires de la Charité à Paris
L'Amicale du Nid	3	Local de l'association à Colombes

## 2. CARACTÉRISTIQUES

### a) Âge

Au moment des entretiens, la plus jeune des femmes interrogées avait 19 ans, la plus âgée 74 ans. Elles étaient réparties de la manière suivante : une femme avait moins de 20 ans, sept avaient entre 20 et 29 ans, quatre avaient entre 30 et 39 ans, deux avaient entre 40 et 49 ans, trois avaient entre 50 et 59 ans, et deux plus de 60 ans.

## **b) Origine**

Les origines des femmes étaient diverses. Nous avons interrogées cinq Françaises (dont une d'une famille gitane), une Roumaine, trois Bulgares, six Nigériennes, une Algérienne, une Camerounaise, une Ivoirienne, une Sénégalaise.

Parmi les femmes étrangères, deux étaient en France depuis plus de 10 ans, quatre entre 5 et 10 ans, trois entre 1 et 5 ans, et deux depuis moins de un an.

## **c) Activité**

La majorité des femmes interrogées avaient au moment de l'entretien toujours une activité de prostitution. Deux d'entre elles l'exerçaient en plus d'une activité à temps partiel. Six avaient arrêté la prostitution. C'était le cas de toutes les femmes rencontrées à l'Amicale du Nid, qui étaient dans une démarche de sortie de prostitution. L'arrêt de la prostitution datait de quelques mois à plusieurs années. Une était soupçonnée de proxénétisme par l'ABDF.

Les lieux de prostitution étaient également variés. Cinq se prostituaient ou se prostituaient dans les forêts de Sénart et Fontainebleau, une dans la zone industrielle de Savigny, trois dans le bois de Vincennes, une Porte Dauphine, une à Pigalle, deux à Château-Rouge, une à Poissy, une dans le premier arrondissement de Paris. Nous ignorons les lieux de prostitution de deux d'entre elles, et deux s'étaient prostituées à l'étranger (en Suisse et en Italie).

Les durées de prostitution étaient assez variables comme en témoigne le tableau 6.

Le lieu de racolage était pour la majorité d'entre elles dans la rue. Parmi les autres situations, une avait eu une activité en bar en Suisse, et l'autre dans un foyer d'hébergement de migrants. Une, qui travaillait depuis une trentaine d'années, avait une activité qui était à présent en studio, avec uniquement des clients réguliers. Celles ne racolant pas dans la rue, étant dans des situations de précarité, il nous a paru judicieux de les inclure dans l'analyse.

**Tableau 6 : Caractéristiques de la population d'étude**

	Âge	origine	Durée prostitution	Lieu prostitution	Activité actuelle	MT <sup>1</sup>
Miruna	25ans	Roumaine	5-10ans	Sénart	prostitution	Oui
Elisa	26ans	Bulgare	NSP	Fontainebleau	prostitution	Non
Noëlle	69ans	Française	>30ans	Vincennes	salariée	Oui
Katia	74ans	Française	>30ans	Fontainebleau	prostitution	Oui
Fanny	59ans	Française	10-30ans	Studio 1 <sup>er</sup>	Temps partiel	Oui
Betty	26ans	Nigériane	7ans	Château Rouge	prostitution	Oui
Kelly	25-35ans	Nigériane	4ans	Vincennes	Arrêt	Non
Bridget	19ans	Nigériane	4ans	Château Rouge	prostitution	Non
Zohra	43ans	Bulgare	>10ans	Fontainebleau	prostitution	Non
Sonia	43ans	Bulgare	inconnu	Fontainebleau	prostitution	Non
Yolande	51ans	Camerounaise	5ans	Savigny	prostitution	Oui
Trace	29ans	Nigériane	5ans	inconnu	activité réduite	Oui
Judy	26ans	Nigériane	8mois	Pigalle	prostitution	Non
Joëlle	54ans	Française	>30ans	Vincennes	prostitution	Oui
Camille	33ans	Française	5-10ans	Porte Dauphine	Temps partiel	Oui
Juliet	25-35ans	Nigériane	>1an	Italie	Arrêt	Non
Naima	28ans	Algérienne	4mois	Poissy	Arrêt	Non
Danielle	37ans	Ivoirienne	6ans	Genève	Arrêt	Oui
Fatou	37ans	Sénégalaise	2-3ans	Paris banlieue	Arrêt	Oui

**d) Assurance maladie**

Toutes les femmes françaises rencontrées avaient une assurance maladie. Trois d'entre elles étaient salariées à temps partiel, et étaient donc couvertes par le régime général de la Sécurité Sociale. Les autres déclaraient une activité de travailleur indépendant à l'URSSAF, et étaient donc couvertes par le RSI (Régime Social des Indépendants).

Parmi les femmes étrangères, une avait toujours eu un permis de séjour, elle avait la CMUc. Trois femmes venaient d'obtenir un permis et séjour, et attendaient la CMUc. Une

---

<sup>1</sup> Médecin traitant

était déclarée comme conjointe d'un de ses clients et était donc couverte par son assurance maladie. Une avait la CMUc dans le cadre d'une demande d'asile en cours d'instruction. Cinq étaient en attente de l'AME, soit en cours de renouvellement, soit après une première demande. Deux avaient leur AME. Et une, en France depuis un mois, n'avait pas de couverture et n'avait fait aucune demande.

***Tableau 7 : Assurance Maladie***

Type de couverture		Femmes
Couverture pérenne	Sécurité sociale ou CMUc	7
	En attente de CMUc	3 (dont 2 avaient l'AME)
Couverture transitoire	CMUc (demande d'asile)	1
	AME	2
Absence de couverture	AME en attente	5
	Jamais fait de demande	1

## B. PARCOURS DE VIE

Les parcours de vie de ces femmes sont très variables. Un résumé de leurs histoires de vie se trouve sur le support numérique joint au document.

### 1. MIGRATION

Comme on peut le voir, la plupart des femmes interrogées sont étrangères. Le motif de migration est peu évoqué au cours des entretiens. Une a fui la guerre en Côte d'Ivoire. Autrement, ce motif est généralement de trouver un avenir meilleur qu'au pays :

*Fatou : "Viens dans ton pays, sors de ton pays pour un autre pays disant bon... soit ta... ta famille, ton père ta mère comme quoi je viens ici pour travailler, je envoie l'argent après tu trouves une autre vie. Tu as vu ?"*

## 2. FAMILLE

### a) Vie affective

Trois des femmes interrogées, françaises, sont mariées. Leurs maris sont au courant de leur activité de prostitution. Une disait ne plus avoir de relations sexuelles avec lui.

Une femme camerounaise est divorcée, et explique ne pas vouloir s'engager dans une vie affective tant que sa situation est ce qu'elle est :

*Yvonne : "parce que ça ne sert à rien de prendre à ça je ne pourrai pas euh... gérer, il faut voir l'homme, moi même je n'ai pas de situation, et puis euh, qu'est ce que ça va passer chercher les problèmes. Donc, je reste comme ça !"*

Une femme nigériane dit avoir un petit ami, ce qui est le cas de plusieurs Nigérianes présentes à l'Atelier Santé. La plupart ont eu des relations affectives tout en continuant la prostitution, confiant ou non à leur conjoint leur activité de prostitution.

*Fanny : "Les personnes [ses compagnons] qui le savaient ça se passait bien."*

Deux femmes nigérianes disent qu'un petit ami est parti dans le contexte d'une grossesse. Juliet était en Italie quand elle est tombée enceinte. Son compagnon l'a faite venir en France où il avait une maison, pour s'occuper du bébé. Il l'a abandonnée dès son arrivée :

*"So I told him, if you are not ready for this baby then you tell me, because I don't want anything that will happen that the one that happen to me like... for Grace. He said No! I d., I should not worry, that he has a house in a... in France. [...] Then on the 11 we leave. We move from Italy... [...] that after 3, after 2 or 3 days, then he say ok I'm coming. I said ok. I waited waited waited I didn't see him. Then in the night, I continue waiting I didn't see him. This is my Italian number I call him. The phone was*

*not going. Then the next day, after two days, somebody came and tell, told me that this place, I cannot stay in this place because this place is on a hotel."*

## **b) Enfants**

Parmi les Françaises, quatre femmes ont entre un et quatre enfants. Yolande, Camerounaise, a également des enfants, et semble prendre en charge les enfants de ses frères :

*"oui ça va ça va la famille. On fait avec. Si y a un, si y a pour un y en a pour dix"*

Trois des femmes nigérianes ont des enfants. Juliet était enceinte de jumeaux au moment de l'entretien. Bridget, 19 ans, a une fille de 3 ans qui est à l'Aide Sociale à l'Enfance. La dernière a une fille restée au Nigeria. Deux des femmes venant de l'Est parlent de leurs enfants, dont une de ses deux petits-enfants également à charge.

## **3. HISTOIRES MENANT À LA PROSTITUTION**

### **a) Difficulté financière**

Plusieurs femmes ont exercé un métier avant la prostitution. La situation financière est devenue difficile pour deux d'entre elles après un divorce. Katia travaillait comme assistante expert-comptable. Quand son mari l'a quittée, elle a commencé la prostitution pour arrondir les fins de mois, avant de l'exercer de manière exclusive. Yolande était commerçante avec son mari. Elle explique avoir commencé la prostitution après le départ de son mari, le temps de trouver autre chose :

*"Yolande : et euh.... et après j'ai des problèmes du coup je suis venue pour me ... faire une vie quoi, propre*

*I : une vie propre*

*Yolande : ouais euh... une stabilité, ouais c'est ça. "*

Cette autonomie financière est d'autant plus importante qu'il y a des enfants à nourrir :

Yolande : *“non je veux dire que la charge est lourde. [...] Avec les enfants de mes frères et tout, [...] les orphelins là et puis les miens. Les miens sont là, et puis. Je m’occupe toujours des autres.”*

Juliet avait arrêté la prostitution pendant un temps. Elle a recommencé quand elle a eu sa fille, le père l’ayant alors quittée :

*“When I was pregnant for Grace the father only were I didn't see him, so that was where, that was where I started prostitution again, to take care of her”*

### **b) Financement des études**

Camille elle explique avoir choisi la prostitution pour payer ses études :

*“Et c’est pour ça que j’avais choisi ça pour faire des é, quand j’ai fait mes études. Parce que j’avais pas besoin de travailler sur un long... un long laps de temps de 8h ou quoi.”*

### **c) Précarité - isolement**

Certaines se trouvaient dans une situation de grande précarité. C’est le cas de Fatou qui n’avait pas de logement, ni de famille en Europe. Elle explique avoir abouti à la prostitution pour ne pas dormir dehors.

*“tu viens sans connaître personne, et la famille elle était toute seule. Aujourd’hui tu es là, demain tu es là, les gens t’hébergent, un jour, deux jours, ou bien une semaine. Après on te met dehors. Tu as vu ? il faisait froid. Qu’est ce que tu vas faire ? Finalement tu es obligée de faire euh... ce que t’as pas envie de faire comme on dit la situation oblige.”*

C'est aussi le cas de Naïma, qui s'est retrouvée à la rue du jour au lendemain. Elle a dormi plusieurs nuits dehors avant d'accepter une proposition, la conduisant à plusieurs mois de prostitution contre hébergement dans un foyer :

*“ Et après 3 jours, j'ai euh... j'ai rencontré avec quelqu'un. [...] voilà. D'origine Côte d'Ivoire. [...] Après comme ça comme ça comme ça j'étais juste à côté la station de bus. Après je lui racontais tout ça pour lui, et il m'a dit c'est, si, si vraiment tu besoin d'un logement je suis là. Après j'ai, j'ai, j'ai accepté. Oui.”*

L'isolement semble être un facteur déterminant :

*Juliet : “Yes because... there was nobody to take care of her, I don't have mother, I don't have father in that place.”*

#### 4. TRAITE DES ÊTRES HUMAINS

Elles sont plusieurs à avoir été victimes de traite. Nous le savons de manière sûre car c'était déclaré par la personne lors de l'entretien, ou car la situation était connue par le travailleur social. C'est le cas de cinq d'entre elles.

Cette situation est considérée comme probable pour quatre autres femmes, du fait du parcours et de la situation actuelle, mais sans certitude, la personne n'en ayant jamais parlé avec les travailleurs sociaux ou pendant l'entretien.

Une femme enfin était victime d'exploitation non sexuelle. On ne peut parler de traite dans la mesure où l'exploitation s'est mise en place une fois arrivée en France.

## a) Moyens de contrôle

### i. Mensonges

Le premier moyen utilisé par les souteneurs pour que leurs victimes les suivent est le mensonge. Rares sont les femmes qui courent toutes seules à l'exploitation sexuelle. Danielle pensait suivre son conjoint qui lui avait promis qu'elle pourrait ouvrir son bar en Suisse.

*“il m’a dit tu seras mieux payée par rapport à Abidjan quand il a vu la situation. Honnêtement il m’a dit, même, que tu vas être gérante d’un bar. Donc moi je sais que j’ai toujours géré les bars”*

Juliet également, explique bien n'avoir pas été au courant de ce qui l'attendait :

*“All they will tell you, we will take you to Italy, you will work, you can... you can get restaurant, you can get this... babysitter you can get cleaning. That’s what they will told you.”*

### ii. Violences :

Les souteneurs jouent habituellement sur la peur pour maintenir leur victime sous leur contrôle. Pour maintenir ce climat de peur, les violences sont utilisées, qui peuvent être de plusieurs types.

Les **menaces** sont un outil couramment utilisé par les auteurs de violence. Ainsi, Danielle explique que les menaces ont commencé dès son arrivée en Suisse :

*“Et... après quand il est venu je lui demande des explications, et tout et donc les menaces ont commencé. Les menaces ont commencé donc...”*

Ces menaces portent souvent sur la famille. Elles sont d'autant plus sérieuses que le souteneur sait où la trouver, comme continue à l'expliquer Danielle :

*“ Il dit il va tuer ma famille, il va faire comme ça. Puisque c’est lui qui avait pris la maison, donc il savait... tout ça donc... du coup j’ai plus les nouvelles de ma mère mes frères et sœurs, j’étais tellement inquiète”*

Les violences envers la famille peuvent rapidement succéder aux menaces :

*Juliet: “First of all I refuse. When I refuse, there was a big problem in my family.[...] So. When I see that there was a big problem in my family, then I have to stay, I continue the job.”*

Le souteneur peut user de **violences physiques**. Naïma ayant été vraisemblablement exploitée sur le plan domestique, décrit des violences physiques :

*“la dame toujours, toujours crie, toujours euh des fois, des fois, euh... elle, elle m’a battue. Deux fois. Euh... fr, franchement elle m’a fait euh... elle m’a fait des choses euh... douloureuses pour moi”*

La **séquestration** est également vécue comme une violence importante :

*Naïma : “par exemple euh... je sors pas toute seule, j’ai pas le droit faire ça, j’ai pas le droit fait ça c’est pour ça. J’ai vécu trois ans là, vraiment c’est cauchemar pour moi.”*

Miruna ne fait aucune mention au cours de l’entretien de la période où elle a été victime de traite. Elle a été prostituée de force dès l’âge de 15 ans, dans un réseau Rom. Elle a été retrouvée par le Bus des Femmes attachée à un radiateur.

Les **violences verbales**, ainsi que **psychologiques** sont également fréquentes.

Ces violences entretiennent un **climat de peur**, qui permet d’amadouer la victime.

*“Danielle : Les menaces ont commencé donc... moi je, je... je suis restée vraiment tranquille dans ma coquille parce que je comprenais plus ce qu’il m’arrivait, je reconnaissais plus la...*

*I : la personne que vous aviez rencontrée.”*

Toutes ces violences ne sont pas spécifiques de l’exploitation sexuelle comme on le voit avec Naïma. Certaines néanmoins ne peuvent être dissociées de la prostitution. C’est ce que Camille décrit lorsqu’elle parle de l’abattage (cela consiste à prendre beaucoup de clients en un court laps de temps, à vil prix) qui se voyait à l’époque des maisons closes en France :

*“Avant tu travaillais dans un bordel, t’étais attachée au bordel, et tu voulais bouffer, tu voulais un toit sur la tête fallait travailler. Parce les prostituées vivaient dans les bordels. Donc euh pour pouvoir vivre dans le bordel fallait qu’elles soient rentables. Donc rentables... ? 30 jours par mois quoi.”*

Ces violences à type d’abattage ne sont pas qu’une affaire du passé, mais bien actuelles pour les femmes victimes de traite, comme l’a expérimenté Danielle:

*“Donc euh voilà chaque jour j’avais je sais pas combien de clients. Tant que le bar n’est pas fermé, les gens ils sont là, N’IMPORTE QUI QUOI. [...] C’est... c’était quotidien, c’était tous les jours, c’était comme ça c’était... voilà !”*

### *iii. Surveillance*

Nous avons remarqué au cours de tournées que certaines femmes étaient toujours en communication téléphonique via une oreillette, même quand elles montaient dans le bus pour prendre un café. Elles nous expliquaient que c’était pour se protéger : les amies étaient immédiatement averties en cas de problème. Mais c’est un moyen également d’une grande efficacité utilisé par les souteneurs pour surveiller leur victime. Elles n’ont alors plus aucune liberté de parole, même chez le médecin ou auprès d’une association.

La surveillance physique est également toujours de mise. Elle peut se faire directement par le souteneur, comme c'est beaucoup le cas dans les réseaux Rom. Ainsi, pendant une de nos tournées dans la forêt de Sénart, une jeune femme visiblement victime de traite était montée pour la première fois dans le bus prendre un café. Au bout de cinq minutes, son téléphone a sonné : elle est immédiatement ressortie.

Cette surveillance se fait également au sein de la communauté, les jeunes arrivées sont surveillées par les plus anciennes. Cela permet au souteneur de ne prendre aucun risque.

*iv. Isolement :*

Comme on le voit dans les violences conjugales (92), l'isolement permet de contrôler sa victime. Le souteneur de Danielle lui a retiré son passeport dès l'arrivée en Suisse.

*"oui. Je suis restée là bas parce que j'avais pas de passeport j'avais rien"*

Sur le plan financier, elle a été maintenue dans une dépendance totale vis à vis de ses souteneurs, le client payant directement au bar :

*"Moi j'ai jamais eu 5 francs en 6 ans ! 5, même 1 centime de... de... de cet argent j'ai jamais eu. Jamais."*

Elle n'avait aucun moyen pour joindre sa famille :

*"J'ai plus de, de carnet quoi. Euh mon, mon carnet d'adresses... (tousse). En fait il m'avait tout pris"*

L'isolement est également social. Même avec les autres filles Danielle ne semblait pas avoir l'occasion de partager, et de savoir si elles étaient dans la même situation qu'elle.

*"mais comme je parlais pas beaucoup avec les filles donc du coup je savais pas quelles, elles étaient dans quelle situation, on était toutes dans la même situation, si c'est elles-mêmes qui sont parties, ou si on les a forcées ou bien, on les a amadouées comme moi.."*

Cet isolement et cette ignorance dans lesquelles elle était maintenue lui donnaient peu d'opportunité de réaction.

## b) Spécificités de la traite nigériane

De très nombreuses femmes se prostituant à Paris, et plus généralement en France aujourd'hui, sont d'origine nigériane. Et plus précisément de la région de Bénin City, Edo State, au Sud du pays, région principalement chrétienne. C'est de cette région que viennent toutes les femmes nigériennes interrogées au cours de cette étude.



*Image 1 : Carte du Nigeria (93)*

Elles ont pour la plupart, si ce n'est toutes, été victimes de traite. Aucune ne m'en a parlé au cours des entretiens, à part l'une d'entre elles. Les mécanismes de la traite nigériane sont aujourd'hui bien décrits, et il paraît important d'en faire ici un résumé.

### *i. Dette*

La plupart des femmes contractent pour venir en Europe une dette auprès d'une personne, appelée « sponsor ». Le sponsor est souvent une femme nigériane, vivant en Europe, et s'étant également prostituée dans le passé. C'est donc pour rembourser cette dette que les femmes se prostituent. Cette dette vient de l'argent dépensé par le sponsor pour

permettre le voyage jusqu'en Europe, mais comme nous le verrons, son montant est très disproportionné par rapport au coût réel du voyage. Ainsi, Juliet avait une dette de 35 000 dollars, soit plus de dix fois le prix du voyage.

*"I know that the woman spent 3000 dollars for me to come to Italy. So she asked me to pay 34000 dollars."*

A ce prix il faut rajouter toutes les charges mensuelles, pour elles et leur financeur : loyer mensuel, nourriture, eau, électricité... rajoutant entre 10 et 20 000 euros à la dette, ce qu'évidemment les femmes ignorent avant de partir.

*Juliet: "I have to pay house rent, pay money for light, pay money for this. Maybe at this end of the month, I can be able to... kind of maybe 1000 euros at the end of the month, you should take after the house rent the light this..."*

Comme le précise Vanessa Simoni dans le chapitre « I swear an oath » du livre *La prostitution nigériane* (94), elles doivent encore payer 1000 euros pour être accompagnées à la préfecture, et reversent la totalité des allocations versées aux demandeurs d'asile, soit 300 euros par mois. Ces prix exorbitants, en augmentation constante, peuvent s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de femmes cherchent à rembourser leur dette en faisant venir d'autres femmes en Europe. La recherche d'un profit provoque inexorablement l'inflation.

#### *ii. Serment d'allégeance et magie noire*

La femme désirant venir en Europe passe donc un accord, ou un contrat avec son sponsor. Ce contrat est inégal du point de vue du montant disproportionné de la dette, nous l'avons vu. Mais on peut noter également une inégalité sur le plan des rapports sociaux. Le sponsor est généralement une femme aisée, d'un certain âge et d'une certaine classe sociale. Les femmes qui acceptent le contrat sont habituellement beaucoup plus jeunes, et dans des situations de vie beaucoup plus difficiles. Juliet explique que c'est la pression économique qui la pousse à la migration.

*“If you have that kind of money in Nigeria you cannot come to Italy.”*

Il y a une relation d'autorité entre les sponsors, qui se font appeler les « Madam », et les jeunes femmes appelées les enfants. Une autorité surajoutée par le fait que la « Madam » est souvent une parente.

Au-delà de la relation d'autorité, mais surtout au-delà d'une simple relation contractuelle, les jeunes femmes sont liées à leur « Madam » par un lien d'allégeance très fort. Les jeunes femmes s'engagent par un serment à rembourser leur dette, et à garder cet accord secret. Ce serment est pris très au sérieux, d'autant plus qu'il est pris à l'occasion d'une cérémonie traditionnelle. Au cours de cette cérémonie, le prêtre traditionnel confectionne des objets appelés « juju », à partir de cheveux, poils, ongles ou sang de la jeune femme ainsi que de sa photo ou d'un sous-vêtement. Des scarifications sont souvent réalisées, pouvant être très nombreuses. Des incantations sont prononcées, un liquide bu par la jeune femme, et elle prête ensuite serment sur les « jujus » de respecter les différents engagements, notamment de garder le silence sur ce contrat, de rembourser la dette et d'obéir à la « Madam ». Le prêtre traditionnel prononce ensuite les conséquences de rupture de cette engagement, habituellement la mort, la folie ou l'infortune (94).

Une bénévole des Captifs que nous avons rencontrée, ayant vécu de nombreuses années de mission en Afrique, appuyait sur le sens du lien aux ancêtres. *« Pour eux, les morts, les ancêtres, ceux qui ont vécu une bonne vie, ils font partie de la réalité. C'est toutes les personnes qui ont vécu une bonne vie, ils font partie de la communauté, donc la communauté est formée par les morts et les vivants. Et ces morts sont présents ; ils sont présents là pour protéger, mais, si on se dévie de la ligne de conduite, ils sont présents aussi là pour punir. (...) Alors ces filles, quand elles ont fait le serment, la famille de la fille offre le sacrifice d'un animal. Et le sang versé tombe sur la terre. Et c'est la terre des ancêtres, donc, ça c'est le serment qu'on fait aux ancêtres. Et tout ce serment que la fille va faire devant le*

*prêtre traditionnel, c'est un serment fait aux ancêtres. Donc le juju c'est en réalité ça, c'est les esprits. Mais unis aussi à ces petits morceaux de terre et de cheveux, d'ongles etc., qu'ils mélangent, qu'ils laissent une partie le fleuve va le prendre chez les ancêtres, et une autre partie qui est donnée à la fille et une partie qui reste là dans le Temple, jusqu'à ce qu'elle paie la dette. »*

Juliet explique qu'elle était obligée de se soumettre à cette cérémonie, bien que ce ne soit pas habituel dans sa famille, car c'est le seul moyen pour elle de partir.

*“So if somebody want to Europe et he take me to that place and do it, I will do it because he want me to... yeah I want, I want to... I want her to bring me to the Europe.”*

Ces cérémonies peuvent avoir lieu dans le cadre des temples Ayelala, secte en pleine expansion dans la région de Benin City, autour de la croyance de la déesse Ayelala. Elle est devenue si puissante que l'État nigérian l'a intégrée au système judiciaire officiel du pays : le Temple Ayelala est une Cour de justice dans l'état d'Edo. En cas de non règlement de la dette, c'est le Temple qui se charge des représailles envers la famille.

### *iii. Migration*

Le voyage vers l'Europe se fait par voie aérienne ou par voie maritime. Le trajet aérien peut être légal, avec l'obtention d'un VISA, ou illégal avec de faux papiers. Dans ce deuxième cas, les femmes viennent habituellement avec un faux récit de vie, et peuvent être amenées à demander l'asile en camp de rétention à l'aéroport après avoir détruit les faux papiers dans l'avion. Le voyage coûte plus cher à la « Madam », mais elle a plus de chance que la jeune femme arrive saine et sauve en Europe.

Le voyage par voie terrestre coûte beaucoup moins cher, mais il est plus dangereux. Il y a donc plus de femmes recrutées, pour en avoir deux ou trois à l'arrivée. Elles partent soit

avec leur sponsor, et bénéficient alors d'une forme de protection, ou partent seules, sous la surveillance d'un guide, et sont alors particulièrement vulnérables. Il faut savoir qu'elles sont souvent obligées de se prostituer sur la route pour payer les passages, ou sont souvent victimes de viol. Les femmes qui tombent enceintes sont obligées d'avorter, dans des conditions on ne peut plus précaires. De nombreuses femmes se font enlever en route, contre une rançon que devra payer la « Madam » en Europe, ou sont revendues. (95)

#### *iv. Moyens de contrôle*

De nombreux moyens de contrôle sont mis en place. Ils ont des points communs avec les autres systèmes de traite, mais ont quelques particularités.

Nous avons parlé du « juju ». La femme est donc liée par un serment de rembourser sa dette, sous peine de mourir ou de devenir folle. C'est un moyen de contrôle très efficace. D'autant plus qu'elles sont nombreuses à développer, du fait de leur situation, des syndromes de stress post-traumatique, avec cauchemars et reviviscences. Elles identifient cela facilement à de la folie, ce qui vient renforcer le contrôle du « juju ». Les représailles en cas de non paiement sont assurées par le Temple Ayelala, qui peut les condamner à mort.

Mais il serait naïf de penser que le seul moyen de contrôle dans la traite nigériane soit en lien avec les pratiques magiques. Il y a un contrôle de leur vie privée, comme le décrit Vanessa Simoni (94). Les « Madam » essaient souvent d'isoler leurs filles sur le plan social, empêchant amitiés, relations affectives, grossesses... Une surveillance se fait entre les filles. Le contrôle de la vie quotidienne est d'autant plus important qu'elles habitent avec leur « Madam ». Les comptes sont tenus chaque jour. Des violences psychologiques sont décrites : fausses rumeurs sur la fille qui n'obéirait pas, la coupant alors du reste du groupe. Ce rejet est particulièrement douloureux pour ces femmes pour qui la communauté est essentielle. Les violences physiques sont régulières, et peuvent être très importantes.

Il a été extrêmement difficile d'aborder le sujet avec les femmes nigérianes, montrant bien que le sujet de la dette est tout à fait tabou. Lorsque la question était abordée, la réponse était toujours négative, à part Juliet qui avait réussi à quitter sa « Madam » et la prostitution.

## 5. VIOLENCES

Presque toutes les femmes décrivent différentes formes de violence. Il y a les formes de violence qu'on peut associer à l'activité de prostitution, notamment dans la rue : violences par le client, par les proxénètes dont nous avons déjà parlé, ou encore par les autres filles. Les violences vécues n'ont parfois pas de lien avec la prostitution : violences conjugales, ou violences dans le cadre d'une exploitation hors prostitution.

### a) Client

Le client ou client potentiel est l'auteur des violences le plus souvent cité au cours des entretiens. Kelly en est un exemple fort, puisqu'elle a été victime de tentative d'homicide. C'est d'ailleurs la première chose qu'elle raconte lors de l'entretien.

*“Kelly : He came as in regularly how he normally come, we go to where we meet in hotel, I don't know that he drug drink. (...) on this injury all over my body with a knife.*

*I : when you, when you... when you woke up you had all these injuries.*

*Kelly : yes. When I, when I had the injury in my neck, I struggled to get up. Beside the process, I struggled I struggled before then eh someone I caller ambulance and call police, the man had run away.”*

Si Kelly est celle qui a été le plus violemment agressée, plusieurs ont été victimes de tentatives d'homicide. C'est aussi le cas de Joëlle :

*“il a essayé de me tirer dessus, il a eu détention plus tentative de meurtre, 30 piges.”*

Plusieurs racontent avoir été battues, comme Juliet, régulièrement agressée dans la rue :

*“ I know how many times I was beating by the... by bad boys, all this things you know.”*

C'est parfois directement les clients qui frappent, comme l'a vécu Danielle :

*“Avec des clients tu es consentante, pas consentante c'est... les clients qui te tapent, des clients qui... y avait, y a... vraiment j'ai vécu des trucs”*

Le motif de l'agression est parfois simplement le vol :

Joëlle : *“Le mec il m'a pris mon argent et voilà, il s'est tiré.”*

Le viol est également décrit, comme ici Fatou :

*“ils te obligent de coucher avec eux. Ils te disent fais moi ça, fais ça fais ça. Tu as vu ? ouais. Ouais. Sinon je te fous dehors ou bien je vais te faire comme ça. ”*

Les menaces sont fréquentes, particulièrement efficaces chez les femmes étrangères sans papiers, comme le relève Judy, qui prend ces menaces comme argent comptant.

*“Some of them say; if you try to make attempt, like calling the police, they would say « where is your paper? You don't have an identity, they don't know you in France » ”*

Plusieurs femmes relèvent des menaces avec arme, que ce soit arme blanche ou arme à feu.

Judy : *“And he say no, I have to take the cocaine, if not, the knife is going to kill me, and no-one is coming, no police, no cases”*

La femme se prostituant dans la rue semble être également une victime de choix pour les pervers. Kelly en a été semble-t-il victime, selon la presse, décrivant son agresseur comme froid, vide d'émotions, dont le seul plaisir résidait dans la fréquentation des prostituées (96). Lors d'une tournée avec le bus des femmes dans la forêt de Fontainebleau, nous avons appelé la police, car un homme surveillait une des filles depuis trois jours. Il l'avait suivie jusque chez elle, et avait tenté de l'agresser. Lors de notre passage il était là, garé à 200 mètres,

depuis le matin. La police est venue l'interpeller, nous confiant par la suite qu'il avait le profil typique du pervers.

La peur liée au fait de ne pas connaître le client revient très souvent :

*“Parce que tu sors avec quelqu'un, tu sais pas... c'est quel genre inconnu. On sort des inconnus mais on ne connaît pas... ils ont quoi. Ils sont capables de nous faire quoi ? Je sais pas. Ouais”*

Les relations sexuelles non protégées forcées sont également retrouvées :

*Judy: “I have to blow-job him, without no condom. And elsewhere, he has to sex me, without no condom.”*

#### **b) Autres filles**

Si la communauté semble être un moyen de protection pour beaucoup, il n'est pas rare de constater des violences. L'objet de ces violences intra-communautaires (et inter-communautaires) est essentiellement une guerre des territoires. Katia, du haut de ses 74 ans, nous racontait hors entretien devoir défendre son petit bout de territoire contre des proxénètes roumains qui essayaient de la déloger plus tôt que prévu le soir pour mettre leurs filles. Yolande s'est également battue physiquement avec d'autres filles de son territoire, lui causant une fracture de doigt.

#### **c) Violences conjugales**

Camille dit avoir été victime de violences conjugales, mais a quitté rapidement son mari. Une femme rencontrée brièvement lors de l'entretien avec Camille, se prostituant également, est quant à elle toujours victime de ces violences de la part de son conjoint.

*“Parce qu'hier, hier putain il m'a étranglée. Et après je sais pas combien de temps je suis restée par terre, et il m'a mis une tarte... il m'a démontée, je sais pas combien de*

*temps je suis restée par terre. Mais tu sais quand on t'étrangle tu perds euh... un moment tu perds euh... tu sais connaissance."*

Elle décrit les cycles d'accalmie et de violence typiques des violences conjugales :

*"Non c'est pas ça ! Pendant deux jours il était gentil !"*

## **6. PRÉCARITÉ**

Un certain nombre de ces femmes connaissent ou ont connu des situations de grande précarité.

### **a) Rue**

Plusieurs femmes sont passées par la rue, voire y sont toujours. Juliet a dormi trois jours dans une gare en arrivant en France :

*"Then I was crying. What do I do now? Because I been in the train station with my baby for two days."*

Naima raconte avoir passé deux nuits avec les Rom avant de rencontrer quelqu'un pour l'héberger, conduisant finalement à une situation prostitutionnelle.

*"Naïma: Et le temps que je suis échappée, j'ai, j'ai dormi là bas.*

*I : où ça là-bas ?*

*Naïma : là-bas avec les romains"*

Pour Fatou, également, à côtoyer les fast-food la nuit, elle trouvait des hommes pour l'héberger pour la nuit, conduisant également souvent à des situations de prostitution :

*"Parfois je reste dehors, deux ou trois jours. Dans les cafés, dans les macdos."*

### **b) Hôtel – 115**

Un certain nombre de femmes n'ont pas de logement particulier. Juliet a été interrogée alors qu'elle logeait dans un foyer d'urgence. Elle a été prise en charge par le 115 immédiatement après son accouchement.

Trois d'entre elles ont parlé de l'hôtel où elles logeaient. Les conditions sont souvent précaires, comme Sonia qui partage sa chambre avec sa fille et ses deux petits-enfants :

*"A laissé petit la chambre, je sais pas qu'est ce qu'il fait. Je m'endors là par terre."*

Une chambre d'hôtel est source de précarité par son caractère instable dans le temps, et occasionne des coûts importants. Sonia disait sa difficulté à régler sa chambre ce mois-ci :

*"Sonia : Et comme ça m'est pas duré payer pour. 17 mois, regarde aujourd'hui quel mois, euh quelle date. Encore j'ai pas payé. Et y en a pas*

*I : depuis le 17, le loyer hein c'est ça ?*

*Sonia : j'ai pas payé, c'est première fois comme ça."*

Les femmes nigérianes n'ont pas parlé de leurs conditions de logement. Elles sont logées habituellement soit en hôtel, soit dans des appartements communs, avec la « Madam » et d'autres filles. Elles doivent régler leur loyer en plus de la dette.

### **c) Faim**

Plusieurs femmes ont parlé de leur difficulté à acheter de quoi manger, ce d'autant plus qu'elles ont des enfants à nourrir. Sonia disait avoir faim, car elle se privait de nourriture afin que sa fille et ses petits-enfants puissent manger :

*"Y en a jour moi pas manger. Pour la des enfants manger, et comme euh... attendez la grande parler : non maman moi pas manger viens et toi. Elle compris et tout."*

Yolande à également de nombreux enfants à charge :

*"Yolande: ils sont là ils sont là. Mais euh, les orphelins je m'occupe aussi.*

*I : C'est pas facile*

*Yolande : C'est pas facile mais je fais avec, si j'ai pas, j'ai pas. Et quand j'ai je fais le petit peu nécessaire."*

## C. ÉTAT DE SANTÉ

### 1. PROBLÈMES DE SANTÉ

#### a) Problèmes somatiques

##### i. Gynécologiques :

Ce sont les problèmes les plus cités par les femmes interrogées. Au cours de l'Atelier Santé, nous avons essentiellement échangé sur les questions gynécologiques. Les problèmes cités sont aussi multiples que peuvent l'être les problèmes gynécologiques.

Une se plaignait d'un kyste ovarien, très symptomatique, et source d'anxiété. Une autre évoquait la présence de nombreux kystes ovariens chez les prostituées françaises au temps des bordels, où les femmes faisaient de l'abattage.

Plusieurs femmes ont également mentionné des fibromes. Danielle semblait penser que ses fibromes étaient secondaires à une prostitution forcée à type d'abattage:

*"Le fibrome était très gros donc paraît-il il m'a enlevé d'autres trucs sur mon utérus, et puis y a eu trop de... d'agressions, donc du coup..."*

Deux d'entre elles ont mentionné des problèmes mammaires : l'une d'elle percevait un douleur et une tumeur mammaire, l'ayant amenée à consulter récemment. Une autre avait été opérée d'urgence d'un abcès du sein.

Une femme avait consulté le gynécologue pour une sécheresse vaginale, dans un contexte de ménopause, occasionnant une gêne lors des rapports sexuels.

Une des femmes interrogées, est quant à elle en pré-ménopause, ce qui semble beaucoup l'angoisser du fait de son jeune âge (33 ans) :

*"Camille : ah ouais ouais ouais ouais ouais. Il me reste deux ovules. Et euh... ma gynéco voudrait les faire prélever."*

*I : c'est à dire il te reste que deux ovules ?*

*Camille : il me reste que deux ovules. Je suis en pré-ménopause, moi je suis en pré-ménopause."*

Des antécédents familiaux lourds de cancer du sein et de l'utérus rendent le traitement compliqué. Elle s'est décidée à faire une recherche génétique pour évaluer son risque.

*"ouais cancer du sein, cancer de l'utérus, les deux cumulés, l'un après l'autre en général, chez nous c'est un package... boum boum boum. Et là je vais enfin franchir le pas de faire le test génétique quand même."*

Une des femmes se plaint à plusieurs reprises d'infertilité. Elle semble ne pas en connaître la raison, mais évoque à deux reprises que son appareil génital serait abimé du fait des agressions sexuelles multiples.

*"le deuxième médecin que j'ai vu quand je lui ai expliqué il m'a dit que... bah... c'est, c'est ça qui fait que peut être que là j'ai des problèmes par rapport à faire un enfant, par rapport aux frottements par rapport à quelque chose qui est dû au truc sur mon utérus des trucs comme ça, il m'a raconté"*

Les douleurs sont également souvent mentionnées, et sont des causes de consultations gynécologiques. Pour Judy, ces douleurs semblent liées au fait qu'elle se prostitue pendant ses règles, et qu'elle mette du coton en intra-vaginal pour que cela passe inaperçu :

*"For the man not to know I'm in my period. Anybody, each time, because it's very very painful. If put it, because I can't bring it out, (rire), because when I try to put my hand, I'm always scared, because it's like... retaiting. I don't... pff... But I like pushing myself, and after it comes out."*

Une des femmes a été traitée pour des lésions dysplasiques du col de l'utérus, par conisation. Une autre a été opérée d'un épaissement de l'endomètre, sans préciser son origine maligne ou bénigne.

*ii. Infections sexuellement transmissibles*

Cinq femmes mentionnent des antécédents d'infections sexuellement transmissibles, à type d'infections à Chlamydiae ou gonocoque, ou encore condylome. Cette question n'était pas posée directement au cours de l'entretien, les autres n'en parlent simplement pas.

Aucune des femmes rencontrées n'est infectée par le virus du SIDA, ni par celui de l'hépatite B. Elles semblent avoir déjà toutes fait des tests de dépistage, hormis Naïma.

*iii. Pathologies générales*

Les pathologies rencontrées de manière courante en médecine générale sont les principaux motifs de consultation cités au cours des entretiens, en réponse à la question : « *la dernière fois que vous avez consulté, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé?* ».

Des symptomatologies peu spécifiques sont fréquemment citées, comme les malaises, des vertiges, des céphalées, des allergies, ou encore des infections virales type grippe. Elles sont cinq à se plaindre d'une fatigue importante.

*"Fatou : (petit rire) c'est fatigant quand même.*

*I : c'est fatigant quand même*

*Fatou : je suis fatiguée hein."*

Plusieurs décrivent aussi des épisodes de malaises, comme une femme lors de l'atelier santé:

*"I felt down, because I didn't have strength to walk anymore."*

Quatre femmes ont également mentionné des problèmes d'anémie, comme ici Naïma qui consultait pour sensations vertigineuses:

*"Naïma : elle m'a dit juste le fer euh..."*

*I : le fer il est bas ?*

*Naiima : mmh”*

*iv. Gastro-entérologie*

Cinq femmes se sont plaintes de troubles digestifs. L'une d'entre elles a eu une résection de polypes. Deux se plaignaient de douleurs abdominales peu spécifiques, dues à une parasitose selon l'une d'entre elles. La deuxième décrit des douleurs qui seraient liées à l'alimentation, déclenchant des douleurs à type de prurit. Elle décrit ces troubles depuis son arrivée en France.

Deux d'entre elles enfin souffrent d'ulcères gastriques très symptomatiques identifiés par fibroscopie gastrique. Cela a été l'occasion de consultations aux urgences pour les deux, l'une suite à un malaise avec perte de connaissance, l'autre dans un contexte d'hématémèses.

*v. Orthopédiques*

Plusieurs femmes ont des antécédents de fracture : fracture du calcaneum traité par une botte plâtrée, fracture d'un os du pied, ou encore fracture d'un doigt, occasionnée au cours d'une bagarre.

Deux femmes ont été opérées en France, pour des problèmes antérieurs à leur arrivée. L'une de séquelles de poliomyélite contractée dans l'enfance, l'autre d'une rétraction d'un doigt, séquelle d'une blessure surinfectée.

Une des femmes a été victime d'un grave traumatisme en Hollande. Elle a été sévèrement blessée au niveau de l'avant-bras par une vitre cassée, avec nécessité de suture des vaisseaux profonds réalisée aux urgences. Elle souffre de douleurs séquellaires importantes.

L'une d'elle enfin, qui avait été poignardée, aimerait se faire opérer d'une cicatrice chéloïde particulièrement disgracieuse au niveau de son visage.

*vi. Rhumatologiques :*

Les douleurs chroniques sont également une plainte fréquente. Ce sont essentiellement les douleurs de dos. L'une d'entre elles, souffrant également de coxalgie, incrimine l'arthrose.

D'autres identifient ces douleurs à leur activité ; soit à une activité antérieure à la prostitution, comme Yolande qui travaillait dans les brocantes, soit à la prostitution en tant que telle, comme Betty, qui explique cacher l'origine de ces douleurs à son médecin :

*"euh... j'ai mal au dos, il dit « ah toujours trouvé mal au dos, je vais changer les médicaments, les crèmes, ah. Toujours, pourquoi ? Tu travailles euh euh... tu travailles où ? » ye dit : je travaille pas c'est le froid parce que..."*

#### *vii. Autres pathologies somatiques*

Deux femmes mentionnent des chirurgies viscérales. L'une d'elles a été opérée de l'appendicite quelques mois après avoir débuté la prostitution. La deuxième a été opérée d'une cholécystectomie.

Des problèmes ophtalmologiques sont également cités. L'une mentionne une chirurgie de la cataracte, bilatérale. La deuxième un chalazion, en cours de traitement.

Deux femmes sont traitées et suivies pour dyslipidémie.

Les problèmes dentaires sont cités seulement par deux femmes. Des états bucco-dentaires franchement altérés ont néanmoins été notés au cours des différents entretiens. Au cours d'une des tournées avec le Bus des Femmes, nous avons également adressé une femme présentant un abcès dentaire évolué aux urgences dentaires de la Pitié-Salpêtrière. Elle n'avait pris aucun antalgique, et était venue travailler malgré l'évolution de l'abcès.

### **b) Grossesse et IVG**

#### *i. Suivi de Grossesse*

La grossesse, bien que nécessitant un environnement médical adapté pour son suivi, n'est pas en soi un problème de santé ; nous l'avons donc classée en dehors des problèmes somatiques. Nous avons assez peu d'information sur le suivi des grossesses. Les femmes françaises semblent avoir suivi leurs grossesses normalement.

Elisa dit avoir vu le gynécologue pour la première fois lorsqu'elle s'est présentée à la maternité pour accoucher. Elle est d'ailleurs sortie contre avis médical de la maternité, prétendant que les médecins voulaient la garder plus de trois jours sans justification.

Juliet était enceinte au moment de l'entretien. Elle dormait alors à la gare depuis quelques jours et avait des contractions importantes quand elle a consulté pour la première fois un mois avant notre entretien, à plus de sept mois de grossesse. Elle avait alors appris qu'elle était enceinte de jumeaux.

## *ii. IVG*

Plusieurs femmes ont recouru à l'IVG. Toutes semblent avoir réalisé leur IVG en milieu hospitalier, parfois à plusieurs reprises. La grossesse est survenue pour certaines avec leur conjoint. C'est le cas de Fanny qui a eu quatre IVG, les grossesses survenant toujours avec son compagnon avec qui elle ne se protégeait pas. Kelly aussi était tombée enceinte avec son compagnon, qui lui a demandé d'avorter. Elle a utilisé à deux reprises du Cytotec® qu'elle avait acheté dans la rue, sans efficacité. Elle avait été redirigée vers une structure adaptée par le Bus des Femmes. Juliet qui était enceinte lors de l'entretien, voulait avorter avant que son compagnon ne l'en dissuade :

*"When I get pregnant I told him. I'm pregnant. He said ok no problem if you're pregnant. I say... I wanted to go to the hospital, and get rid of the baby. Because I know how I suffered for Grace."*

Plusieurs femmes sont tombées enceintes avec des clients. Une a eu des ruptures de préservatifs à l'origine de ses deux grossesses interrompues. Une autre ne se protégeait pas, ignorant l'existence des préservatifs et le risque de grossesse.

Lors de l'atelier Santé, la grande majorité des femmes présentes avaient recouru à l'IVG, ainsi qu'en témoigne ce que l'une d'elles :

*"9: not baby, abortion!*

*Pénélope: elle dit que personne, personne ici n'a d'enfant mais tout le monde a fait des IVG."*

Pénélope, lors de l'Atelier Santé, expliquait également qu'elle connaissait des filles ayant eu recours à de nombreuses IVG:

*"I know girls who make it fifteen hein you know."*

La question du vécu de l'IVG a été peu explorée, car cela s'écartait de la question de recherche. Néanmoins certaines choses sont ressorties au cours des entretiens. L'IVG n'était pas toujours complètement assumée. Ainsi Trace se justifie quand il lui est demandé de préciser le nombre d'IVG :

*"I: two times ? And two times you*

*Trace: it's not my fault, it's because I got pregnant in the street when the roba<sup>1</sup> have burst"*

Fanny confiait avoir failli garder sa dernière grossesse, justifiant que la perspective d'avoir peut être une fille l'avait fait hésiter :

*"Le dernier ça a failli rester parce que je pensais que c'était une fille."*

Au cours de l'Atelier Santé, beaucoup de questions techniques ont été posées à propos de l'IVG: sur sa dangerosité, le nombre d'IVG possibles sur le plan légal, sur le plan médical, la date légale du terme à ne pas dépasser etc. Les représentations variaient essentiellement à propos du terme jusqu'auquel on peut avorter. Alors Pénélope leur parlait de filles qui allaient

---

<sup>1</sup> *Roba est un mot utilisé par les nigérianes pour parler du préservatif. Cela désigne à la fois du matériel élastique, et un récipient en plastique(97).*

avorter en Hollande car elles avaient dépassé le terme en France, certaines disaient qu'après trois mois, il fallait le garder.

*"4 months, I would leave it eh! 4 months"*

D'autres le justifiaient en fonction des conditions: grossesse issue d'un viol, avec un client, ou simplement parce que la femme n'avait pas eu moyen de réaliser avant:

*"Sometimes, ok, if it's somebody who rape you ok"*

*6: aaah it's no good! [...]*

*5: sometimes it can be from the street hein*

*"Pénélope: sometimes it can be from the street, sometime you had your period you didn't know, when you discover you are 3 months and a half and you say ok."*

### **c) Problèmes psychiques**

Les problèmes d'ordre psychique reviennent souvent tout au long des entretiens.

#### *i. Syndrome dépressif*

Un certain nombre de femmes décrivent des symptômes dépressifs, tels que décrits dans le DSM-V (98). Il est important de spécifier que nous ne concluons pas à un syndrome dépressif chez ces femmes là, chez qui un interrogatoire approfondi en ce sens aurait été nécessaire pour poser le diagnostic. Nous relevons simplement des symptômes isolés qui ont pu être notés.

Plusieurs femmes évoquent tout d'abord une humeur dépressive, qu'elles expriment de différentes manières. Fanny décrit une certaine tristesse :

*"Bon là au mois de février j'avais une petite déprime, c'est un peu contagieux (...).*

*C'est fatigant, c'est dur. Moi aussi je ne suis pas contente mais bon."*

Naïma décrit elle une sorte de mal-être :

*"Naïma : mais des fois, malgré je... malgré je suis chez moi voilà, je suis pas à l'aise.*

*I : vous êtes pas à l'aise. Même quand vous êtes tranquille, chez vous, toute seule...*

*Pas bien.*

*Naïma : pas bien. Complètement"*

Fatou, elle, décrit pudiquement une baisse de moral :

*"Fatou : bon... moralement... euh... (tape dans ses mains) ça va un peu*

*I : ça va un peu ?*

*Fatou : ouais*

*I : c'est pas le top ?*

*Fatou : non (petit rire) c'est pas le top ! (rire)"*

Cinq femmes décrivent des troubles du sommeil, plutôt d'endormissement, comme ici Danielle qui décrit des insomnies importantes pendant la période de prostitution :

*"même là bas je dormais pas. Là bas je, je pouvais être... c'est à dire, quand le bar ferme à 4h, que... tout le monde part, les lumières sont éteintes et tout, moi je suis dans ma chambre, je regarde la télé... de 4h du matin, jusqu'à 18h que je des... que je dormais pas. Je fermais pas les yeux"*

L'altération de l'image de soi est exprimée par Naïma, qui utilise des mots assez forts reflétant une auto-dévalorisation profonde :

*"oui, c'est la tête. J'ai pas confiance en moi, des fois je me hais, des fois... c'est trop des fois... l'essentiel, je ne suis pas comme avant"*

Plusieurs femmes décrivent des troubles de la concentration, qui les handicapent dans leur quotidien. Betty, par exemple, raconte se tromper régulièrement de chemin :

*"I think always. It's possible for me maybe when I'm going to. Par exemple je vais prendre le métro. Ligne 2, jusqu'à Barbès. C'est possible je vais prendre l'autre métro."*

L'idéation suicidaire est évoquée par Danielle, qui dit avoir voulu mourir à plusieurs reprises quand elle se prostituait :

*"Mais moi je voulais me suicider (...) sou... souvent j'ai, j'ai envie d'attraper mon cou me tuer souvent je... sou... maintenant je dis non... (court silence)"*

Cette idéation suicidaire, on peut le voir, est critiquée, et n'est plus d'actualité.

Ces symptômes dépressifs semblent avoir pour conséquences des difficultés à avancer, à concrétiser les projets, comme le souligne Naïma :

*"parce que moi j'ai, j'ai, j'ai des projets voilà. Je veux commencer ! Mais à cause de ça je peux pas commencer."*

S'en suit également un trouble dans le rapport à autrui. Naïma a du mal à avoir des rapports simples avec les autres:

*"Des fois je peux pas parler avec les gens là bas, des fois... j'ai, j'ai le problème j'ai euh... j'ai, j'ai le panique, les peurs voilà..."*

Et ce trouble de la relation à l'autre est plus vif avec les hommes:

*"Maintenant ça y est, je déteste les hommes, je déteste la relation, voilà voilà. Ca y est."*

## *ii. Stress – anxiété*

Elles sont douze à avoir confié des états de stress. Les motifs de d'anxiété sont multiples.

L'argent est le motif le plus évoqué comme source d'anxiété. Yolande l'exprime tout au long de l'entretien quand elle est interrogée sur ses problèmes de santé :

*"Ma douleur c'est l'argent, je voudrais faire ce que je voudrais faire."*

Par extension, c'est le loyer qu'il faut payer chaque mois (ou chaque jour), qui est source d'angoisse. Zohra, qui doit payer sa chambre d'hôtel chaque jour, a coupé court à l'entretien brutalement, quittant le bus, en réalisant qu'elle n'avait pas encore gagné sa journée.

*"C'est comme ça c'est rentré, y a pas de travail. C'est trop calme. Putain. Pénélope !"*

Par extension encore, le manque d'argent est d'autant plus source d'angoisse qu'il y a des enfants à nourrir, comme l'exprime Sonia, ne pouvant s'acheter de chaussures car les enfants doivent manger :

*"Qu'est ce que tu veux moi à peine travaille, travaille, travaille, regarde mes cassés (en montrant ses chaussures déchirées), comme un clochard mais j'ai pas, pas possible acheter un chaussure. Toute la froid avec ça, y a pas mis l'autre à côté. J'ai pas possible acheter pour moi. Moi l'a des enfants pour le manger..."*

La peur de contracter des IST est évoquée très fréquemment. Beaucoup l'ont exprimée lorsque pendant l'entretien, nous discutons des risques potentiels de la prostitution. La peur se cristallise autour du préservatif qui craque ou de la relation forcée sans préservatif :

*Miruna : "Ouais. De toute façon t'as peur que ça craque un préservatif, tu sais pas le client même tu le dis il est malade, il est pas malade, il te dit il est pas malade quand même t'es stressé tu vois, t'es énervé hein. Tu restes pas tranquille."*

De manière plus générale, la maladie peut être source d'anxiété. Camille est très préoccupée des lourds antécédents familiaux de cancer du sein :

*"Mais moi ça a protégé ni ma mère ni mes tantes hein. Ca a vraiment protégé aucune des femmes de ma famille hein."*

Kelly est toujours inquiète des potentiels retentissements de son agression il y a trois ans, notamment de la drogue que son agresseur lui a fait prendre :

*" I want to see maybe sometimes I don't know to maybe ... to... I don't know. That is why I have to go and check my brain! Because of the drug. I don't know the kind of the drug"*

Certaines femmes ont confié leur peur de tomber enceinte. Lors de l'entretien avec Judy, c'est elle qui a commencé à poser des questions, sur la contraception. Cette angoisse de la grossesse est revenue à plusieurs reprises.

*"I : okay. So, hum... so getting pregnant is like a big fear no?"*

*Judy : ouais.*

*I : ouais?"*

*Judy : yes! It's a big fear, because I don't want to get euh."*

Lors de l'Atelier Santé, de nombreuses questions étaient posées sur la contraception, et beaucoup de représentations entourent la conception et la grossesse.

*"even me this month my, my menses<sup>1</sup> not flower, so I was scared"*

Lors de cet entretien, on voyait que la peur de la grossesse ne chassait pas la peur de l'infertilité. En effet, elles avaient très peur que la contraception les rende infertiles :

*"Pénélope: no, why do you think that there is risk?"*

*8: because there are some people when they put it [l'implanon], when they take it off, these hum... they don't get pregnant quickly."*

---

<sup>1</sup> « menses » désigne les règles, de même que « flower » (97)

Vivre dans un pays dont on ne maîtrise pas la langue est également source d'anxiété, notamment pour les démarches administratives, ou des prises de rendez-vous comme Judy :

*"When I go there last week. I was there, Hello, and hello can help me? And they don't euh.. prrr, understand. I was look euh... stress. Everybody I have to walk around, walk around and euh"*

Elisa a eu quelques mauvaises expériences à l'hôpital, se mettant très rapidement en colère, parce qu'on ne la comprenait pas. Cette colère semble vouloir masquer une grande anxiété. Elle explique donc ne plus vouloir consulter en France :

*"Pénélope : donc si tu vas pas à l'hôpital en France c'est parce que t'as peur... c'est de pas comprendre ?*

*Elisa : bah oui. Tu dis une chose l'autre, lui il comprend l'autre chose. Y a pas besoin je pas partir ici."*

Si pour certaines l'activité de prostitution est choisie, elle n'en est pas plus assumée vis à vis des enfants. Tenter de cacher cette activité est donc source de stress :

*Sonia : "moi partir la douche pour pas me voir là des enfants. Douche comme ça. Mais dur avec ça. [...] Pleuvait, pleuvait, (mime les pleurs) voulait pas mettre les enfants regarder comment pleuvait. Après sortir moi moi les compris, maman pourquoi tu comme ça. Comme ça peut être le chaud de l'eau. Toi tu pleuvais. Moi parlé non ! il compris. J'osais pas"*

La peur des mères se cristallise souvent autour des enfants. Nous l'avons vu, il faut leur trouver à manger, un toit. Ce peut être aussi la peur qu'ils tombent malades, pour Sonia :

*"jamais pas malade encore. J'ai peur, c'est petit."*

Ou la peur qu'ils tombent également dans la prostitution :

*Sonia : "c'est la deuxième fois, je après à côté moi non... tss tss. Moi peur moi fille très jolie. La fille mi, très jolie, moi aller jusque là boucler boucler, boucler.*

*Et la petite, 12 années, très jolie fille. Elle tout sortir tous arabes garçon. Moi allez, allez, toi moi pas comme ça ! moi pas donner des enfants comme ça non. Pas donner le 15 non. Tss tss tss. Je les veux avec moi. J'ai la fille."*

Enfin des évènements de vie particuliers peuvent être source d'anxiété, comme Zohra qui a perdu en l'espace de six mois sa mère et son frère :

*"Pourquoi le beaucoup le stress, euh... 5 mois c'est moi mourir maman, après 5 mois mourir mon frère. Y en a trois – quatre mois [...] c'est trop dur hein. C'est pas pense bien. Comme de c'est passé, penser penser, ooooh.... tourne me la tête. Je dis laisse tomber. Pas que j'y pense"*

### *iii. État de stress post-traumatique (ESPT)*

Des signes de stress post-traumatique reviennent régulièrement au cours des entretiens. A nouveau, nous ne posons pas le diagnostic d'ESPT, sur la simple observation de ces signes de manière isolée, à moins que ce diagnostic n'ait été posé par un psychiatre. Nous nous contentons de décrire des signes observés dans l'ESPT, tels que décrits dans la DSM-V(98).

Naïma décrit des cauchemars mettant en scène les violences vécues.

*"Toujours les cauchemars toujours j'ai vu, la dame, toujours derrière euh, toujours derrière moi, qui me surveille et comme ça. C'est pareil comme là, c'est pareil comme j'ai vécu."*

Danielle évoque des reviviscences, bien qu'elle aille déjà beaucoup mieux, plusieurs années après avoir quitté la prostitution forcée.

*“Mais comme le subconscient qui est comme un disque dur fait toujours ressurgir certaines choses, euh vis à vis du conscient tu vois... Donc euh... souvent ça, ça te revient même souvent je suis à la maison comme ça, je sens... souvent je suis là comme ça je... j’ai souv... j’ai des flashes comme ça des gens qui sont venus me tripoter.”*

Elles expriment alors leur besoin d’oublier.

*Naima: “Silence. Ouais. Le problème je peux pas oublier. Jusqu’à maintenant ouais... peux pas oublier... silence.”*

*Danielle: “tu peux rigoler un coup ça s’efface pas tous les jours tous les jours”*

Certaines femmes décrivent des pensées récurrentes, que les Nigérianes semblent résumer par la phrase “I think always”, que nous avons entendu à de nombreuses reprises dans la bouche des Nigérianes lors des tournées. Betty a été prise en charge pour un ESPT :

*“Betty : ça va pas. Toujours minuit je dors pas. Si par exemple que je vais dormir. C’est vrai.*

*I : and because you’re thinking*

*Betty : I think always.”*

#### *iv. Troubles psychosomatiques*

Plusieurs femmes décrivent des troubles qui peuvent être assimilés à des troubles d’origine psychosomatique. Ainsi, une femme décrit comme seul problème de santé des céphalées, pour lesquelles elle est suivie et traitée une fois par mois par son psychiatre.

Kelly: *"no. Because if the headache come, I can't even walk. Sometimes I will pour, I will be pouring water in my head because of all the accident."*

Une autre femme décrit des céphalées atypiques, et des probables acouphènes :

*"Judy : And each time I feel the headache, it's like euh... it's like euh... I don't know. Something hitting me and sometimes it's from the ear... but sometimes I like covering my ear, but sometimes I feel it open. But whenever I feel whiz, in my ear.*

*I: you feel what?*

*Judy: like air*

*I: air?*

*Judy: too much of air. When it's passes through my ear. I feel like my head euh, want to burst or something. But sometimes I feel like covering my ear, and after I'll be okay."*

Elle se plaint également de troubles de l'alimentation depuis son arrivée en France :

*"Judy : if I'm hungry, like maybe I feel like my stomach is empty, within like maybe in a hour time, I don't drink water, nothing to put in, I feel inch, like uh*

*I : itch?*

*Judy : itch. Something itch me within my stomach, and it's painful and stomy. And when I try to drink water I spit it out, and before I can eat."*

Elle décrit également des troubles de la sensibilité, qui pourraient correspondre à la « décorporalisation », décrite par le Docteur Trinquart dans sa thèse (91)

*Judy: "maybe, because each time I have sex, I feel like uh... how do I say it, like uh... like now, (...) now, I'm wearing a bag, and the bag is heavy. When I finish having sex, I feel like my body is empty, everything is finish, something like that."*

v. *Prise en charge*

Un certain nombre des femmes interrogées a été pris en charge par des spécialistes, la plupart par des psychologues. Deux d'entre elles ont elles été prises en charge en psychiatrie. Nous ignorons les traitements reçus, plusieurs ont vraisemblablement reçu des traitements anxiolytiques ou hypnotiques. Aucune ne mentionne de traitement antidépresseur. Kelly est toujours sous traitement, et continue de voir son psychiatre tous les mois.

Les structures dans lesquelles elles ont été orientées étaient diverses : CMP, PASS, centres spécialisés tels que le Centre Minkowska<sup>1</sup> ou Victimo<sup>2</sup>.

La prise en charge a été pour certaines efficace. La personne dit alors se sentir mieux, mais avec des réponses assez mesurées, montrant que le temps doit faire son travail :

Danielle : *“donc honnêtement euh, honnêtement ça, ça va”*

Ou pour Betty :

*“I : still today or it was in the past ?”*

Betty : *“mmmh. Ca va un peu.”*

On retrouve aussi le besoin de se rendre utile, comme le dit également Danielle :

*“Moi je me dis c'est important même, en ce moment même même je me dis, si tout va bien, même si je peux... être utile dans... même dans cette association-là”*

Danielle montre qu'elle a retrouvé l'espérance :

*“je pensais pas que un jour même j'allais voir comme ça le jour donc euh..”*

En plus de la prise en charge spécialisée, certaines semblent trouver dans la prière la force d'avancer, comme le dit Juliet :

---

<sup>1</sup> établissement de santé mentale spécialisé dans l'accueil des personnes migrantes et réfugiées

<sup>2</sup> réseau de santé prenant en charge les psycho traumatismes

*“And if I don't get him, I will pray to God to help me, so I that... I take care of my baby”.*

Danielle semble avoir puisé ses forces dans sa foi. Pour elle, la première étape pour se reconstruire, c'est de pardonner.

*“J'ai toujours dit j'en veux à personne même quand je fais mes prières je dis Seigneur j'en veux à personne (...) c'est pourquoi... dans la vie quand, quand on veut se reconstruire, faut pas en vouloir à quelqu'un.”*

#### **d) Addictions**

Aucune des personnes rencontrées ne disait consommer de drogues dures, bien que cette question ait été peu abordée, mais cela venait corroborer l'observation des travailleurs sociaux. Selon Camille, les territoires sont très différents entre celles qui se droguent et celles qui ne se droguent pas, et les deux populations ne se mélangent pas du tout. Là où elle travaillait, la règle était : « *pas de mac, pas de came* ». Une bénévole des Captifs semblait s'alerter de l'apparition très récente de drogues chez les Nigérianes. À plusieurs reprises elle les a vues quitter une permanence, et revenir une heure après très désinhibées et excitées. Il n'est pas impossible que des consommations de psychostimulants tels que la cocaïne commencent à être consommés dans cette population.

La grande majorité des filles sont tabagiques. Les seules qui ne le sont pas sont passées par d'autres circuits que la rue, ne côtoyant pas régulièrement d'autres personnes de la communauté. Une Nigériane explique avoir commencé le tabac avec la prostitution, en arrivant en France. Elle explique que ça l'aide à s'apaiser :

*Judy : “But if sometimes I am thinking maybe I feel stressed and maybe I'm pain, I feel like smoking to forget some things.”*

Une autre précise que ça aide à passer le temps en attendant le client. Elles sont plutôt conscientes des risques du tabac, même pour celle arrivée récemment en France. Néanmoins, aucune ne manifeste un désir d'arrêt. Une des femmes se justifie avec humour, alors qu'elle est prise par une quinte de toux:

Camille : *"bon on va dire que je suis partie sans cigarette aussi alors ça m'aide pas. (renifle) Moins je fume plus je tousse ! (...) non j'ai dit une connerie là je sais très bien ! C'est le genre de truc qui déculpabilise un peu tu vois (...) je fume un paquet par jour mais bon c'est pas grave quoi, c'est quand tu fumes pas que tu tousses ma chérie ! C'est rien !"*

Une femme rencontrée brièvement pendant l'entretien de Camille, avait selon cette dernière de nombreuses addictions :

*"Camille : elle a... des des addictions quand même assez conséquentes*

*I : assez costaud ? y a le shit mais y a d'autres trucs ou pas ?.*

*Camille : bah addiction à l'alcool, aux médicaments. Sa maman était toxico."*

## 2. PERCEPTION DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ

Lorsque c'était possible, était posée la question « *aujourd'hui comment vous sentez-vous sur le plan de la santé ?* ». Dix sept femmes ont partagé leur perception de leur propre santé au moment de l'entretien.

***Tableau 8 : Différentes perceptions de l'état de santé***

Bonne santé	8
Santé moyenne	8
Mauvaise santé	2

Les deux femmes se percevant en mauvaise santé n'étaient pas tranquilles. L'une d'elles avaient eu un gros accident quelques années auparavant. Elle avait eu des plaies profondes avec du verre, et avait des douleurs rebelles invalidantes :

Trace: *“today ? I not, I feel pain in my wound everything so I don’t feel very ok, I don’t feel very... I don’t feel good.”*

La deuxième, comme nous l’avons déjà vu, a de gros antécédents familiaux de cancer du sein, et est en pré-ménopause, ce qui l’inquiète :

Camille: *“euh... moi là je suis dans une euh... sale position là. [...] Donc euh du coup euh... ouais. Même moi j’avoue je suis pas à l’aise dans mes baskets sur ce coup là hein. Je suis pas au top hein. Mais bon.”*

Nous avons parlé de santé moyenne pour les femmes qui mettaient un bémol à leur bonne santé. Certaines sont essentiellement gênées par une fatigue, ou des céphalées qui viennent altérer leur état général. Pour d’autres, ça va être la souffrance psychique qui va altérer leur santé. Une des femmes dit ne pas être tout à fait sûre d’être en bonne santé :

*“I: Nowadays, how do you feel, how would you qualify your health ?*

*Bridget : now ? I’m not hundred percent sure that I’m ok.”*

Les autres femmes répondent être simplement en bonne santé, voire en pleine forme :

Katia : *“Non mais je le reconnais, j’ai beaucoup de chance, j’ai mal nulle part, je suis en pleine forme. Oh ça alors, j’ai pas de rhumatisme, j’ai rien. Oh non j’ai vraiment de la chance.”*

Ceci était la perception de leur état de santé au moment des entretiens. Certaines n’étaient plus dans une situation de prostitution comme le montre le tableau 6. La perception de leur état de santé a pu changer. Ainsi, Danielle qui avait été séquestrée, était très malade quand elle a enfin réussi à voir un médecin pour la première fois.

Danielle : *“Quand il a vu que j’avais des fibromes, j’étais pas bien, il me manquait du sang, j’étais anémiée, j’étais... Il a vu que mon cas était quand même, j’étais vraiment fatiguée”*

Une autre au contraire, enceinte, disait être très fatiguée au moment de l’entretien, mais était en bonne santé pendant ses années de prostitution. L’état de santé de certaines semble avoir été altéré par une agression ou un accident, ayant conduit à une diminution ou un arrêt de la prostitution.

Nous les avons interrogées sur la place qu’elles donnent à la santé de manière plus générale. Pour la quasi totalité c’est important, voire prioritaire.

Miruna : *“C’est normal ça tu joues pas avec la santé. La santé pour moi c’est plus important que tout. Avant l’argent. L’argent c’est après.”*

Une seule reconnaît que ce n’était pas la priorité :

*“Pénélope : pourquoi t’allais pas chez le médecin quand tu travaillais encore Noëlle ?*

*[...]*

*Noëlle : je suis pas malade je suis pas malade.*

*Pénélope : c’était pas prioritaire quoi.*

*Noëlle : non.”*

### 3. SUIVI MÉDICAL

#### a) Médecin généraliste

Onze des femmes ont un médecin traitant déclaré, qu’elles voient plus ou moins régulièrement. Elles ont toutes une assurance maladie, que ce soit la sécurité sociale ou l’AME, bien que certaines soient, au moment des entretiens, en rupture de droits.

Il y a celles qui sont suivies pour une maladie chronique, comme Katia, qui consulte tous les six mois dans le cadre de sa dyslipidémie:

*"le cholestérol, il me donne mon analyse pour 6 mois, j'ai 6 mois pour la faire, 8 jours avant d'aller de... d'aller voir mon docteur, je fais mon analyse, j'arrive chez elle, elle les a reçus, moi j'ai les miens, et voilà. Elle me dit, tout va bien."*

D'autres y vont régulièrement en cas de problème, comme Yolande :

*"oui avec lui euh.. je l'a... j'appelle et je prends rdv et je vais, ou je prends rdv ailleurs et c'est comme ça.. je lui dis quand même, d'abord il suit tout."*

Plusieurs appuient sur le fait qu'il est important d'être suivi toujours par le même médecin :

*"Betty: So I prefer to go there always to want to see doctor.*

*I : always, always... always the same one ? No. Always different doctor.*

*Betty : No ! The same ! "*

Une des femmes souligne qu'elle n'est suivie régulièrement que depuis qu'elle a arrêté la prostitution, et depuis qu'elle est retraitée du Bus des femmes où elle était salariée. Elle n'allait auparavant chez le généraliste que pour ses enfants.

*"I : et euh... et du coup maintenant donc t'as un... t'as un médecin traitant ou pas ?*

*Noëlle : oui oui oui.*

*I : oui. donc là tu t'occupes de tout euh... de tout euh...*

*Noëlle : là maintenant c'est... médecin total."*

Une des femmes a déclaré son gynécologue comme médecin traitant.

Plusieurs n'ont pas de médecin traitant. La personne qui illustre le mieux l'absence de suivi médical est Elisa, disant n'avoir jamais consulté de médecin :

*"Elisa : moi jamais j'ai parti à un médecin*

*I : jamais ?*

*Elisa : jamais jamais"*

Plusieurs n'ont pas encore de médecin traitant, mais ont commencé à s'en occuper, comme Judy qui venait de prendre un rendez-vous en centre de santé :

*"and he said to me I should go and meet a doctor, I should have a family doctor"*

Lors de l'Atelier Santé, si beaucoup n'avaient pas de médecin régulier, un certain nombre allait régulièrement voir le même médecin de ville. Selon Camille, beaucoup n'ont pas de médecin traitant :

*"Euh... après euh... pfff... chais pas y a pas beaucoup de filles qui ont des médecins attitrés"*

Les motifs de consultation sont, comme on peut l'imaginer en médecine générale, multiples. Les femmes consultent pour la petite symptomatologie qu'on pourrait qualifier de banale: maux de tête, de ventre, rhume. Fatou le résume ainsi:

*" non par exemple euh... si j'ai un soucis, par exemple mal de ventre, j'ai mal de tête ou bien je me sens pas bien dans mon corps... je prends rendez-vous. Mmh"*

Celles qui sont suivies pour des maladies chroniques consultent pour leur renouvellement d'ordonnance.

*Katia: "Parce qu'en fait moi c'était mon généraliste qui me donnait mon traitement"*

Plusieurs mentionnent un motif gynécologique tels que frottis ou dépistage, quand elles n'ont pas de gynécologue. Les douleurs chroniques type lombalgies, gonalgies ou douleurs abdominales sont aussi un motif relativement fréquent de consultation en médecine générale.

Chez les Nigérianes revient souvent la notion de « check up » comme motif de consultation en médecine générale.

*“Bridget: I want to go on to go for blood test and the rest.*

*I : and the blood test and like... check up*

*Bridget : yes check up”*

Enfin plusieurs femmes prennent le soin de préciser que bien qu’elles aillent chez le médecin régulièrement, elles n’y vont pas pour rien.

*Yolande: “il faut vraiment que je sois malade.”*

## **b) Gynécologue**

Sur le plan gynécologique, le suivi varie beaucoup entre les femmes interrogées. La plupart des Françaises ont toujours été suivies de manière régulière par leur gynécologue, parfois plus que par le médecin généraliste.

*Fanny : “J’ai toujours été suivie par un gynéco qui est maintenant mon médecin traitant. Chaque année j’ai fait le frottis, les mammos, les prises de sang.”*

Chez les femmes d'origine étrangère que nous avons interrogées, seules deux d’entre elles, Fatou et Danielle, semblent avoir un gynécologue habituel. Elles sont toutes les deux suivies pour des problèmes de fibrome et ne se prostituent plus. Celle qui s’est prostituée en Italie était suivie de manière régulière, deux fois par an, quand elle se prostituait, mais semble avoir arrêté le suivi après. Elle n’avait pas fait suivre sa deuxième grossesse. Seule une des femmes de l’Atelier Santé avait un gynécologue en libéral. Elle en était très fière.

La plupart des autres mentionnent des visites chez le gynécologue mais sans suivi régulier. C’était pour des motifs divers : un frottis, un kyste ovarien, des sécheresses vaginales, une infection... Une fois le problème pris en charge, elles n’y retournent pas.

*“Katia : j’ai pas de gynéco.*

*Pénélope : t'as pas de gynéco ?*

*Katia : je j'y suis allée je t'avais expliquée, y a... il y a un an et demi. Oh ptêtre 2 ans hein [...] parce que je trouvais que j'avais une sécheresse un peu"*

Plusieurs femmes disent n'avoir jamais vu de gynécologue. Deux d'entre elles ont accouché en France, mais c'était, semble-t-il, leur seul contact avec le gynécologue. Plusieurs d'entre elles ont rencontré un gynécologue pour la première fois à l'occasion d'une IVG :

*Naïma: "Mais c'est, c'est la première fois que je vois... c'est la première fois euh... c'est la première fois aller le , chez.. gynécologue... Voilà "*

Lors de l'Atelier Santé, la plupart des femmes entendaient pour la première fois le mot « gynécologue » que ce soit en français ou en anglais. Pour celles qui en avaient vu un, c'était pour la plupart le même médecin, correspondante privilégiée de Pénélope, qui a une consultation Prévention et Dépistage à la PASS de l'Hôtel Dieu.

### **c) Autres**

Certaines femmes mentionnent des consultations spécialisées: ophtalmologue, rhumatologue, orthopédiste, dermatologue, dentiste. L'une d'entre elles parle également d'un suivi au Centre Figuier, par une infirmière, probablement du CDAG. Elle a été réorientée sur une autre structure dès qu'elle a obtenu sa CMUc.

## **4. PRÉVENTION – DÉPISTAGE**

### **a) Vaccinations**

Le statut vaccinal des filles interrogées semble être aussi varié que dans la population générale.

Certaines sont sûres d'être à jour de leur vaccination, une parce qu'elle est salariée dans une structure de santé, les autres ayant bénéficié de programmes de vaccinations gratuites, par des centres de santé ou par les associations, comme le Bus des Femmes. Elles ont précisé être notamment à jour de l'hépatite B.

Certaines ont une vaccination incomplète. Plusieurs ont bénéficié de vaccination contre l'hépatite B par exemple, via une PASS ou le médecin généraliste, mais n'ont jamais eu de rappel depuis l'enfance du DTP, par ignorance de la nécessité d'un tel rappel comme l'explique Miruna :

*"ah bah je l'ai pas fait depuis que j'étais enfant moi. Le docteur jamais y m'a dit 'bah écoute t'as fait les vaccins ça?"*

Chez les trois femmes plus âgées, toutes trois françaises, le rappel du DTP n'a pas été fait depuis de très nombreuses années. Cela peut être par refus pur et simple du vaccin :

Noëlle: *"moi j'ai été vaccinée petite après j'ai plus voulu être vaccinée"*

L'une d'elles cite également la polémique autour du vaccin de l'hépatite B. Elle avait fait la première injection. Quand elle a entendu ce qu'on disait autour de ce vaccin après, elle n'a pas voulu faire les suivantes. La représentation comme quoi tel vaccin serait inutile est également retrouvée.

*"I : Et l'hépatite B pourquoi tu voulais pas le faire ?*

*Joëlle : ça sert à rien. Une fois qu'on l'aura hein !"*

Certaines se font vacciner contre la grippe, soit parce qu'elles sont éligibles à la vaccination organisée du fait de leur âge, soit par des sessions de vaccinations gratuites dans les associations comme le Bus des Femmes.

Un certain nombre de migrantes n'ont jamais refait leurs vaccins depuis l'enfance, par ignorance de la nécessité des rappels.

## **b) Dépistages**

### *i. Mammographie*

La mammographie comme dépistage de masse est actuellement toujours proposée en France aux femmes de plus de 50 ans sans antécédent personnel ou familial de cancer du sein. Cela concerne donc cinq femmes parmi les femmes interrogées. Seule l'une d'entre elles ne la réalise pas. Son refus est expliqué par une crainte de la mammographie:

*"j'avais une copine qui avait été une fois, elle m'a dit « dis donc, toi en plus t'as des gros nénéés, ouuuh il va tirer là dessus ». j'ai dit « pap pap pap ! je suis fragile là dessus moi j'ai pas envie de me faire euh... » c'est comme les mecs, on leur tire les glaouis on va... non non non, on touche pas moi, mes nichons c'est fragile ! (rire)"*

Celle qui présente des antécédents familiaux de cancer du sein, bénéficie depuis quelques années d'un dépistage individuel avec des mammographies tous les deux ans.

### *ii. Hémocult®*

Les mêmes femmes sont éligibles au dépistage de masse du cancer colorectal. Sa réalisation fait ici moins l'unanimité. Seule l'une d'entre elles le faisait régulièrement, et deux disent ne l'avoir jamais fait.

C'est la non acceptabilité de l'examen qui est soulignée :

*Joëlle : "pfff. C'est long. Parce qu'en plus le colorectal faut envoyer ça par la poste, euh excusez-moi mais euh... (mime de renifler), les odeurs dans le courrier on va éviter quand même hein. (Se racle la gorge bruyamment)"*

### *iii. Frottis*

La plupart des femmes ont fait au moins une fois un frottis. La régularité de leur réalisation reste néanmoins variable. Certaines le font régulièrement, la fréquence variant entre tous les six mois du fait d'antécédents familiaux, à tous les deux ou trois ans. Certaines le font de manière plus occasionnelle. Soit à l'occasion d'une consultation gynécologique

pour un problème annexe, soit pour l'une d'elle tous les quatre à cinq ans par son médecin généraliste, invoquant le fait que c'était peu utile en l'absence d'infection génitale ou d'écoulement. Celles qui n'ont jamais vu de gynécologue n'en ont jamais fait.

*iv. IST*

La grande majorité réalise régulièrement des dépistages à la recherche des IST. Les lieux de réalisation de ces dépistages sont multiples: CDAG, urgences, laboratoire de ville, CMS, Médecins du Monde... Des dépistages sont également organisés par les associations en lien avec les prostituées. L'ABDF réalise régulièrement des journées de dépistage au local. Elle avait pour la première fois, peu avant les entretiens, réalisé des prélèvements dans le Bus, par le personnel du CDAG de Villeneuve Saint Georges, pour les femmes se prostituant dans les forêts de Sénart et Fontainebleau. L'Amicale du Nid réalise des TROD sur leur local parisien. Médecins du Monde a un camion qui vient régulièrement cours de Vincennes pour les dépistages :

*Joëlle : "par l'équipe de médecins du monde qui est sur le cours de Vincennes là, et euh, une fois par an. Je passe toujours au moment de mon anniversaire, ou avant ou après"*

Une des femmes souligne l'importance de se sentir dans un environnement accueillant et rassurant, le dépistage étant toujours un moment stressant. Elle connaît l'équipe à Bichat, ce qui la rassure. Elle y va avec des amies pour ne pas être seule :

*"ouais enfin nous, on se fait ça sous forme de petite sortie, tous les 3 mois."*

Quelques femmes ne font les examens de dépistage que quelques mois après une rupture de préservatif, comme l'explique Noëlle:

*"I : tu faisais les tests régulièrement sinon ?"*

*Noëlle : oh quand les capotes pétaient”*

Seule, une des femmes n’a jamais fait les examens, probablement plus par ignorance que par négligence, n’ayant jamais eu de relations sexuelles avant la pratique prostitutionnelle.

v. *Examens biologiques de dépistage*

Les Nigérianes parlent de « check-up », les Françaises de « bilan de santé ». On retrouve de manière générale la nécessité de réaliser ces examens de dépistage pour s'assurer qu'elles sont en bonne santé, même si c’est plus marqué chez les Nigérianes :

*Kelly: "Yes I have go I check my body, do general test"*

Dans leur esprit, ces examens semblent d'autant plus importants qu'elles envisageraient d'arrêter la prostitution. C'est ce que précise Bridget:

*" That’s why, I need to go, if I go for this check up now, it’s okay, I will stop working."*

**c) Contraception**

Sur les femmes interrogées, quatre ont dit prendre ou avoir pris la pilule, deux avoir un implant, et deux le stérilet. Six ont annoncé ne pas avoir de contraception.

Outre les deux ayant eu un stérilet, deux en ont eu à un moment donné, et l’ont enlevé après une mauvaise tolérance, après 48 heures pour l’une d’entre elles.

Une a un implant dont elle est peu satisfaite, avec une prise de poids et des saignements constants. Il lui a été posé après sa deuxième IVG. Une autre l’a enlevé récemment dans un contexte de ménopause précoce. Elle ne prend rien à la place du fait des antécédents familiaux de cancer du sein.

Il n’y en a qu’une qui prene encore la pilule. Elle a été contre-indiquée pour deux femmes, du fait d’antécédents familiaux ou de tabagisme actif après un certain âge. Une des femmes l’a prise après une IVG, puis l’a arrêtée après l’arrêt de la prostitution.

Plusieurs n'ont jamais eu de contraception. L'une d'elles car, victime de traite et séquestrée, n'y avait pas accès. Une autre le justifie par l'absence de petit ami.

Kelly : *"Ever since, I don't have boyfriend, I no need for me to take pill."*

C'est quelque chose qui était également retrouvé lors de l'Atelier Santé. Le poids des représentations semble très important pour expliquer le peu de contraception chez les femmes africaines.

L'Implanon® a été refusé par une des femmes interrogées, car elle le trouvait trop gros. Il est également vu comme dangereux, comme lors de l'Atelier Santé :

*"4: you can fix something in you arm."*

*8: but that is risk eh!"*

La pilule est vécue comme contraignante, notamment quand les relations sexuelles sont peu fréquentes avec le petit ami. Une crainte habitait une des femmes de l'Atelier Santé: que ce soit dangereux de la prendre tous les jours, même si on ne voit pas son petit ami pendant plusieurs mois. Elle répétait cette question en boucle, précisant qu'elle voyait rarement son petit ami :

*"taking that pill isn't that dangerous? She said no it's not dangerous, taking it. For me I'm scared of taking that pill. When I know that I normally go to visit my... Maybe three months, four months I visit my boyfriend"*

Cette même femme justifiait le fait qu'elle ne prenne pas la pilule parce que si elle la ratait, elle risquait de tomber enceinte:

*"because I am... to doctor because I want to go and meet her and to explain to her, but she told be if I miss it, I can be pregnant, so I decide not to..."*

Elles semblent finalement ne faire confiance qu'au préservatif, avec l'une concluant la discussion sur la contraception ainsi:

*"no the better is to use condom. (Rires)"*

*Girls: aaah condom*

*Condom voilà!!! (Rires)"*

#### **d) Préservatif**

La quasi totalité des femmes utilisent le préservatif dans le cadre de la prostitution. Seule une d'entre elles n'en a jamais utilisé pendant sa période de prostitution : elle en ignorait l'existence.

Parmi les françaises se prostituant depuis de nombreuses années, plusieurs disent ne pas les avoir utilisés systématiquement initialement. L'une les a toujours utilisés après un épisode de blennorragie six mois après avoir commencé la prostitution. L'épidémie du SIDA semble avoir encouragé les femmes à utiliser le préservatif. Une d'elles explique qu'elle faisait les fellations sans préservatif jusqu'à l'épidémie.

Toutes ne l'utilisent pas avec leur conjoint. Soit parce qu'elles sont mariées ; soit parce qu'elles ont un petit ami fixe et ont fait les tests de dépistage avant de l'enlever.

Pour limiter le risque de rupture, elles essaient pour la plupart d'utiliser des préservatifs de bonne qualité, comme les Durex® ou les Manix®. Une femme précise n'avoir jamais eu de rupture après avoir commencé à utiliser des bonnes marques. Certaines disent utiliser également du gel pour limiter les ruptures.

Des erreurs d'utilisation ont été remarquées. Une des femmes pensait limiter le risque de rupture en mettant deux préservatifs, ce qui au contraire en augmente le risque.

## D. ACCÈS AUX SOINS

### 1. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

#### a) Problème d'accès au système

##### i. Absence d'assurance maladie

L'absence d'assurance maladie est une cause de renoncement au soin relativement fréquente, essentiellement chez les femmes étrangères. Sur les femmes interrogées en entretiens individuels, elles sont onze à décrire des situations de renoncement au soin, ou de difficultés à l'accès aux soins, liées à l'absence d'assurance maladie, soit dans le passé, soit actuellement. Ainsi Fatou décrit une situation qui aurait nécessité une prise en charge rapide, dans le cadre de métrorragies, où elle a finalement renoncé aux soins le temps d'attendre sa carte d'Aide Médicale d'État :

*“Fatou : parce que à l'époque, j'avais les euh, problèmes de fibromes, moi je savais pas que c'est des fibromes. Les saignements ça vient je suis partie à l'hôpital ils m'ont dit qu'ils vont pas me prendre, parce que j'ai pas l'AME, j'ai tourné partout, après je suis partie à l'assurance maladie, ils m'ont dit il fallait que je partais à mon médecin il me fait une lettre qui fait avec tes dossiers comme ça là ça va être vite. J'ai tourné partout partout après finalement je suis obligée de rester jusqu'à ça vient.*

*I : donc là à ce moment là vous saignez beaucoup*

*Fatou : ouais, je saignais beaucoup ouais*

*I : jusqu'à ce que vous receviez la carte*

*Fatou : ouais, ouais”*

Les délais sont longs pour faire une demande d'assurance maladie. Le temps d'attente pour bénéficier de la CMU après en avoir fait la demande est d'environ six mois. Danielle,

qui venait d'obtenir ses papiers, était contente d'avoir renouvelé son AME récemment, lui permettant d'accéder aux soins le temps d'être couverte par la CMU.

*“ Danielle : bon la je viens de repr, retrouv... bon d'avoir la carte AME, je vais prendre rendez-vous avec mon gynécologue... pour...”*

*I : mais là vous avez les papiers là*

*Danielle : oui*

*I : donc vous allez pouvoir avoir la CMU du coup*

*Danielle : ouais ! pour le moment je, j'ai pas encore donc du coup peut être que je vais... (Rires)”*

Pour l'AME, les délais sont habituellement – variables en fonction des départements – de trois mois entre le dépôt de la demande et la réception de la carte. Ces délais atteignent quatre à six mois en Seine Saint-Denis. Plusieurs femmes étaient en attente de leur carte au moment des entretiens, afin de pouvoir aller consulter.

*Sonia : “pas me venir. Toi me comme ça le papier, je attends attends attends attends 1 mois, 2 mois 3 mois y a pas y a pas.”*

L'AME est valable un an, à partir de la date de la demande. Chaque renouvellement demande un temps d'attente, qui conduit presque toujours à des périodes de ruptures de droits même si les personnes s'y sont prises à temps, pendant lesquelles elles ne sont pas couvertes. La plupart des femmes qui n'avaient pas de couverture étaient en rupture de droits.

*“Naïma: euh 3 mois et 15 jours ! Depuis, euh depuis mars*

*I : depuis mars vous avez redemandé. Et c'est quoi elle s'est périmée en Avril ?*

*Naïma : euh mai.*

*I : elle s'est périmée en mai. D'accord.*

*Naïma : Maintenant je peux pas, je peux pas voir un médecin... je fais beaucoup des rendez-vous chez les médecins, mais j'ai annulé tous les rendez-vous.*

*I: ah parce que vous avez plus l'aide médicale.*

*Naïma : oui"*

Elles font parfois face à des difficultés administratives pour leurs demandes d'assurance maladie. Ainsi, une des femmes interrogées avait changé de nom suite à son agression, compliquant l'apport de preuves pour ses différents papiers :

*"Kelly : Cause when I go for some of, some of the office, they will ask name, how long have you been here ? If I tell since 2006, they will say I have to bring something that... (...) yeah it's difficult. But eh... the judge now decide, send me some of the document that before I was T.D. Now I'm..."*

Ces difficultés sont d'autant plus importantes que le système est complexe, comme le souligne une des femmes, peut être la mieux rodée pourtant à ce système, appartenant au STRASS :

*Camille : "Non mais c'est pour ça, après c'est vrai que c'est un système que tu retrouves des fois dans des situations euh... un petit peu kafkaïenne quoi, parce que euh... t'as une loi, et puis t'en as une autre, et puis euh... au final rien n'est fait pour toi. (Pause) Rien."*

Parmi les Françaises, plusieurs d'entre elles n'avaient pas de couverture il y a encore quelques années. Une des femmes avait donc initialement une assurance privée, qu'elle payait assez cher. Une autre disait tout payer.

*Katia : "Et c'est vrai qu'avant c'est vrai je payais tout... et j'avais pas de mutuelle."*

Deux d'entre elles ont signalé le fait que certaines Françaises n'avaient toujours pas d'assurance maladie comme une collègue de Fanny :

*“Elle a son studio, son appart, pas de sécu ni d’Urssaf. Donc elle paie cash. Pourtant on peut pas dire que c’est une gagneuse !”*

*ii. Coût des soins*

Le coût de la consultation a été parfois mis en avant. C'est le cas lors des dépassements d'honoraires, comme le souligne Katia:

*“alors un jour c’est 52 euros, euh... 6 mois avant c’était 62 ! euh... l’autre consultation, pour montrer mes analyses 32. Alors je lui ai dit bah je lui dis « comment se fait-il que vos honoraires euh... » « bah euh... ce ce ça dépend de ce que je vous demande. »”*

L'une d'elles souligne à plusieurs reprises ne pas avoir les moyens d'avancer le prix de la consultation quand il n'y a pas de tiers payant :

Noëlle : *“Parce que c’est pareil dans le Gers, si je veux aller voir un gynéco, il faut que je paye, que je me fasse rembourser par la sécu. Si je veux aller voir un... je sais pas quoi il faut tout payer et se faire rembourser. Et moi ça m’énerve. J’ai pas les moyens de faire ; d’avancer l’argent.”*

Elle confiait à Pénélope, ayant été malade alors qu'elle était dans le Sud, n'avoir pas voulu voir de médecin et s'être automédiquée, à cause de l'absence de tiers payant.

Pour les femmes n'ayant pas de d'assurance maladie, le coût des soins est un frein certain, que ce soit pour une consultation ou l'achat des médicaments. Bridget a un ulcère qu'elle traite de manière épisodique du fait d'une absence de médicaments.

*“When I get to the pharmacy they say I should buy the medicine. I say I don’t have money to buy the medicine. I was just like that, since I don’t have money.”*

### *iii. Régimes Sécurité Sociale*

Comme nous l'avons vu, toutes les femmes françaises ont une assurance maladie. Mais la rapidité des remboursements varie en fonction des caisses. Celles qui déclarent leurs revenus à l'URSSAF relèvent du régime des indépendants (RSI) et non du régime général. Une des femmes soulignait les délais de remboursement par la RAM (Réunion des Assureurs Maladie), un organisme conventionné du RSI, pouvant alors être un frein à la consultation :

Camille : *"t'en as pour des plombes encore. T'en as jusqu'à 4 mois."*

### *iv. Délais de rendez-vous*

Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous a été cité à deux reprises. La première était très angoissée par les quinze jours d'attente pour sa consultation en médecine générale :

Judy: *"Yes, it's there. So... and they said to me yeah I should come back on the 31st of euh... this month. [...] but I'm waiting."*

L'autre avait consulté un médecin généraliste devant les délais de l'ophtalmologiste:

Yolande : *"Ouais, parce que l'ophtalmo il m'a donné un rdv de plus de 1 mois... alors j'ai dit non."*

Pénélope nous confiait que les délais pour un rendez-vous, notamment de consultation spécialisée, augmentaient le risque qu'elles ne s'y présentent pas.

### *v. Analphabétisme*

Certaines femmes étrangères n'ont pas eu la chance d'aller à l'école. C'est le cas d'une des femmes interrogées, qui ne sait ni lire ni écrire, que ce soit le français ou le bulgare. Pénélope expliquait que c'était pour elle un obstacle majeur pour accéder aux soins, comme pour toutes les démarches administratives, dépendant entièrement des autres.

## **b) Problème d'accès physique**

### *i. Transport*

Plusieurs femmes ont parlé de leur difficulté pour consulter ou aller à l'hôpital du fait de l'absence de moyen de locomotion. Ainsi l'une d'elle disait que l'absence de Navigo® ne lui permettait pas d'aller consulter. Elle raconte s'être déplacée pour une urgence en fraudant :

*Naïma: "hum... des fois parce que après mes choses, j'avais pas le la, j'avais pas le le passe navigo, c'est pour ça je monte le, le bus sans ticket sans, sans... même j'avais pas les moyens donc voilà c'est pour ça."*

Certaines viennent en stop, ou profitent de la voiture d'un client ou ami pour se déplacer. Il n'est pas inhabituel qu'elles paient quelqu'un qui ait une voiture pour être amenées quelque part, que ce soit sur le lieu de prostitution ou dans une structure de santé.

*Miruna : "mais même là-bas je me suis déplacée avec quelqu'un avec la voiture mais après..."*

### *ii. Séquestration*

Au moins deux des femmes interrogées ont fait l'expérience de la séquestration. Pour la première, c'était en dehors d'une situation de prostitution. Elle n'avait pu réaliser sa kinésithérapie après une chirurgie :

*Naïma: "Mais le problème, j'ai pas fait la rééducation voilà. A cause, des problèmes, je sors pas toute seule, interdit ça, interdit ça. C'est pour ça ça y est j'ai arrêté"*

Danielle, elle, a été séquestrée pendant six ans dans un cabaret à Genève. Ses seules sorties étaient pendant les descentes de police, où on les cachait dans une villa. Elle n'a jamais vu de médecin pendant toute cette période :

*"Souvent je tombe malade, je, je vais pas à l'hôpital, souvent il nous prend dans la nuit il nous dépose dans une autre villa, nous on doit croiser des clients encore. [...]  
Là-bas j'ai JAMAIS, JAMAIS, j'ai JAMAIS été à l'hôpital. Jamais."*

### *iii. Handicap*

Une des femmes interrogées marche avec des béquilles, suite à une poliomyélite contractée dans l'enfance. Elle disait avoir du mal à se débrouiller toute seule pour ses rendez-vous du fait de son handicap :

Naïma, (en chuchotant) : *“oui je suis toute seule... mais surtout que je, je suis comme ça par les béquilles voilà c'est ça le problème”*

### **c) Problème de connaissance**

#### *i. Méconnaissance de la langue française*

Un des problèmes les plus souvent cités pour expliquer le renoncement au soin ou des difficultés d'accès aux soins est la non maîtrise de la langue française.

Pour les femmes bulgares interrogées, ce semble même être la cause principale. Elisa disait ne vouloir consulter qu'en Bulgarie, mais pas en France parce qu'on ne la comprend pas :

*“Dans la France je veux pas du tout. Parce que je comprends pas rien du tout.”*

Zohra explique être incapable d'y aller seule :

*“ouais, comme lui pour moi, Pénélope parler, moi juste comme ça. (Rit). Elle est fermée la bouche”*

Les Nigérianes elles parlent l'anglais, ce qui devrait simplifier les choses, mais il semblerait que de nombreux médecins et administrations ne parlent pas l'anglais. C'est surtout lors de l'arrivée en France que c'est le plus compliqué, comme le dit Betty :

*“When I came new I didn't know how to speak french, it's difficult”*

Les Nigérianes ont du mal à épeler leur nom, souvent compliqué, nécessitant souvent de l'aide pour la première prise de rendez-vous.

Le problème se pose également quand les femmes veulent appeler les secours, comme les pompiers, parlant souvent assez mal l'anglais. Une des femmes de l'Atelier Santé dit donc que le seul moyen pour qu'ils se déplacent est de demander l'aide d'un passant.

*“what for me I do, girls for someone, a French man, a French girl, who can help to speak. 5 minutes, they will just arrive. Yes. They just arrive.”*

*ii. Méconnaissance des lieux*

Les femmes venant de l'étranger sont parfois en grande difficulté pour repérer les différents lieux dans Paris ou sa banlieue. C'est ce qu'explique Juliet, tout juste arrivée en France :

*“Ok. Me I don't even know anyway. You know when you have been, when you have been in the country, eh... eh... if you have been somewhere before, you know where to go. But if you have not been any... been... a place where you have not been before, it's difficult for you to move around because you don't know where to go.”*

Zohra qui est en France depuis plus de dix ans, ne connaît toujours pas la structure où elle a été plusieurs fois, soit la PASS de l'Hôtel Dieu:

*“Pénélope : mais maintenant que tu connais, à Cité, par exemple*

*Zohra : quoi c'est...*

*Pénélope : Cité*

*Zohra : Cité quoi ?*

*Pénélope : le docteur où on a été toi et moi”*

Au-delà de la localisation géographique, les différentes structures ne sont pas toujours connues. Une femme nigériane, en France depuis trois ans, venait au Bus des Femmes pour qu'on lui prenne un rendez-vous dans le cadre visiblement d'une infection génitale.

*I : and do you, like for genital infection do you know there are places you can go for free ?*

*Bridget : that's why I'm waiting for the appointment. She said there are places where I can go for free, that she want to book the appointment for me [...]*

*I : you don't know the places ?*

*Bridget : no"*

### *iii. Système*

Toutes ne savent pas comment fonctionne le système de santé français à l'arrivée, et les difficultés se trouvent essentiellement au début. Ainsi l'une d'elles explique qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait consulter n'importe quel médecin :

*Betty : "But I don't knew maybe, it's possible maybe, when I have problem I can meet a doctor. Any street, anywhere that writes aa... 'doctor', I can just enter there, I can explain to him, you understand"*

D'autres découvrent certaines choses après plusieurs années en France. Ainsi Sonia pensait avoir systématiquement besoin d'une lettre de Pénélope pour pouvoir consulter :

*"Pénélope : bah tu vas à l'hôpital !*

*Sonia : non moi comme malade après toi, et hôpital*

*Pénélope : mais t'as pas besoin de moi pour faire le papier, tu peux aller directement à l'hôpital, si ils sont malades.*

*Sonia : et comment malade si pas le papier ?"*

Une des Nigérianes récemment arrivée explique qu'elle continuait à aller à la PASS, alors qu'elle avait la CMU, ignorant ce qu'étaient les papiers qu'on lui avait remis :

*Judy : "so he asked me if I have the CMU, I said no. And the second time he asked me again if I have the CMU I said I don't know, the answer is not because I don't know*

*what I'm holding. And he told me ok bring up all your document, and I gave to her, and she search and search and find the CMU and said ok. Now you have the CMU. She was actually treating me without no money, nothing."*

Lors de l'Atelier Santé, les filles ont posé beaucoup de questions quant à la possibilité de consulter un autre médecin que son médecin traitant, ou dans un autre hôpital que celui où elles sont suivies habituellement :

*"3: maybe you travel, and humm before you went there maybe you were feeling fine, this time you are not feeling fine, but you are not able to come back to your doctor, but it is possible to meet another one?"*

Certaines ne connaissent pas la possibilité de voir différents spécialistes, comme lors de l'Atelier Santé :

*"Pénélope: But what about gynecologist?"*

*3: what is that?*

*4: the doctor for the private parts*

*3: aaa. I didn't know there was a doctor."*

Au-delà de la possibilité d'avoir des soins gratuits, la priorité est parfois d'avoir un lieu où dormir et de quoi manger. Les possibilités d'accès aux structures qui proposent de tels services ne sont pas toujours connues. Juliet, tout juste arrivée en France, se retrouvant brutalement à la rue, ne connaissait pas le 115 pour trouver un hébergement d'urgence :

*"The woman say eh... I say , she say what I would do now, it's better for me to call 115. I say what is 115? She said this is if you call them now if you have a problem, maybe they can help. I said I don't even know how to call them, I have never been*

*here before, this is my first time. So the lady took my phone and help me to call them, and explain everything with them."*

Une autre explique qu'elle ne connaissait pas les différentes associations pouvant l'aider. C'est souvent par une assistante sociale ou par une association comme le Bus des Femmes ou l'Amicale du Nid qu'elles ont pu avoir accès à ces structures, et au soin. Une des femmes ne savait pas qu'il existait des associations avec distribution de colis alimentaires, malgré plusieurs années en France et de grandes difficultés à nourrir sa famille.

#### *iv. Méconnaissance de son corps*

Lors des différents entretiens, mais surtout lors de l'Atelier Santé, un certain nombre de méconnaissances a été noté de la part des femmes – essentiellement nigérianes mais pas seulement – et ce notamment par rapport à leur propre corps.

Lors de l'Atelier Santé, nous avons longuement abordé les questions de gynécologie. Nous avons commencé avec un schéma des organes génitaux externes, en leur demandant les noms des différentes parties. Nombreuses sont celles qui n'étaient pas capables de situer le clitoris, ou qui pensaient que la femme urinait par le clitoris :

*"Bless: when you are making urine, where do the urine came from? Is it the clitoris or where?"*

La plupart n'avaient jamais entendu parler du cycle menstruel. Les mots tels que 'hormones', 'spermatozoïdes', 'ovule' étaient tout à fait inconnus, nécessitant des explications très schématiques. Lorsqu'on parlait d'œuf pour parler de l'ovocyte lors de l'ovulation, cela prêtait à des confusions, comme ici où une des femmes se le représentait comme un œuf de poule :

*"3: the egg that's supposed to brake every month. Is inside the body.*

*Pénélope: it's not really an egg like hum.... chicken egg. Okay? Is a... it's... it's just a cell, it's not egg, like strong"*

Ainsi, leurs connaissances quant à la conception étaient quasi nulles. Après leur avoir expliqué le cycle normal, ainsi que la fécondation et le début de la grossesse, de nombreuses questions étaient posées quant à la prévention de la grossesse, laissant transparaître des méconnaissances déconcertantes. Pénélope reformule ici une croyance largement répandue, par rapport à la miction post-coïtale :

*"that they th... sometimes girls think that if you make love okay without condom, not protected, and after, after just after you go to make pipi and to wash inside, it remove the risk to get pregnant."*

L'absorption de Schweppes ou de Coca-Cola, ou encore de café était reconnue par la plupart des femmes comme efficaces pour prévenir la grossesse en cas de rupture de préservatif ou de rapport non protégé :

*"Mercy: wait now, wait now we wash it. But when you have sex, sometimes you, you..."*

*Pénélope: condom bursts*

*Mercy: burst*

*Pénélope: mmh mmh*

*Mercy: you have to wash, and take Schweppes to (...) before you take... you take some tablet." [...]*

*"5: even me this month my, my meases not flower, so I was scared, so I, I take café, I take coca I take... (rire général)"*

Lors d'un entretien individuel, cette question a également été abordée avec Naïma qui avait eu une grossesse non désirée. Elle ne pensait pas pouvoir tomber enceinte :

*"mm non, mm j'ai jamais peur. Parce que toujours, je sais pas je peux pas tomber enceinte maintenant. Non je pense pas. Et après j'ai tombé enceinte."*

Les femmes nigérianes et semble-t-il plus largement les Africaines, apprennent dès l'enfance à réaliser des toilettes vaginales quotidiennes, ce qui fragilise la muqueuse vaginale et la rend plus sensible aux infections. Cette habitude est extrêmement difficile à changer, notamment à cause des odeurs qui les gênent.

*"6: it's not because it's dirty. It's smelly. It smells [...]"*

*3: everyday you wash it like a little baby 3 years, only when your mother say take care, when you shower, you have to wash*

*Anna: we cannot resist to wash it"*

Elles réalisent des toilettes vaginales avec de l'eau, du savon, voire des produits beaucoup plus agressifs, comme ici cités par Pénélope :

*"Pénélope: but I just tell. If you cannot stop to wash inside, just put water. (...) not put chili, no lemon. Just water. No soap."*

#### *v. Méconnaissance des moyens de dépistage et de prévention*

Les méconnaissances sur le dépistage et la prévention ont été abordées plus largement au cours des entretiens individuels.

La question du frottis a été souvent abordée au cours des entretiens. Beaucoup parmi les femmes étrangères n'avaient jamais entendu parler du frottis, ou du terme anglais « cervical smear », nécessitant la réalisation de schémas. Finalement plusieurs l'avaient déjà eu à l'occasion d'une consultation gynécologique pour un problème annexe comme nous l'avons déjà vu, mais ignoraient le but de l'examen, et la nécessité de surveillance régulière.

*"Trace : So the doctor said I had problem in my... I don't know... in my vagina, so they say they will do it. So when I go there, they open my legs, they do, they check, they do something..."*

*I : so this they did. They did this*

*Trace : aaah"*

Les Françaises, ainsi qu'une femme roumaine savaient toutes ce que c'était, mais il semble qu'il y avait parfois des confusions avec le prélèvement vaginal et endo-cervical à la recherche d'une infection génitale :

*Katia : "oui mais moi c'est pareil alors moi j'ai je vais être franche, j'avais pas de perte, j'ai rien du tout, tout est bien propre, donc à partir du moment où t'as pas de cystite, de machin de truc, enfin tu vois... j'y allais pas"*

De nombreuses méconnaissances ont également été retrouvées sur les vaccinations.

Elles peuvent porter sur la méconnaissance du statut vaccinal, comme ici Betty :

*"I : diphthery, tetanos, polio. It is when you do like every ten years*

*Betty : every ?*

*I : ten years*

*Betty : I'm not here ten years*

*I : rire : so maybe they did once here and euh*

*Betty : I don't know"*

Elles peuvent porter sur la nature des vaccinations, comme Judy disant qu'elle était vaccinée contre le paludisme:

*"Judy: I don't know! The nurse take me euh. One, no. two. One here, one here. And she said to me, free from all kinds of disease, like euh...; changing of environment and euh... I can't remember! Disease.*

*I: you remember the names of the disease?*

*Judy: like fever, malaria and eh..."*

Elles portent encore sur l'utilité de la dite vaccination par rapport aux autres moyens de prévention. Katia disait par exemple ne pas avoir besoin de se vacciner car elle ne partait pas à l'étranger, et faisait attention de ne pas se blesser:

*"I : un qu'on fait, tétanos qu'on fait tous les 10 ans*

*Katia : oh non je le fais pas. Je le fais pas. Je me pique pas, je fais attention en forêt"*

Lors des entretiens individuels, la plupart savaient ce qu'était la contraception, mais avec des connaissances plus ou moins abouties :

*"Judy : But I... then I say to her, I want to get some drugs to prevent the pregnancy, for...*

*I: like, like the pill?*

*Judy: like the pill? I don't know! Like drugs I can take you know, to prevent you know*

*I: you have heard about the different things you can have or not?*

*Judy: no, I didn't heard, because he never explain"*

Naïma n'avait jamais entendu parler de la contraception avant de tomber enceinte. Elle sait maintenant ce qu'est la pilule, mais n'a pas encore identifié le mot « contraception », comme le montre l'échange suivant:

*"I : du coup tout ce qui est contraception vous avez jamais entendu parler non plus ?*

*Naïma : non*

*I : non vous savez ce que c'est ou pas ? Aujourd'hui ? La contraception ?*

*Naïma : non."*

De nombreuses questions étaient posées lors de l'Atelier Santé à propos des modes de prise de la contraception, notamment de la pilule. Nous avons également parlé de la pilule du lendemain. Certaines savaient bien comment et quand la prendre. La plupart des autres

ignoraient les délais avant la prise etc. Il nous a également été demandé si elle marchait aussi pour prévenir les infections en cas de rupture de préservatif:

*“This norlevo, it works [...] at pregnancy and infection?”*

L'utilisation du préservatif n'était pas toujours bien sue. Comme nous l'avons vu, une des femmes en utilisait régulièrement deux à la fois pour limiter les risques de rupture. Une autre ignorait leur existence ainsi que leur utilité.

#### **d) Isolement**

Certaines femmes ont connu des périodes d'isolement, notamment chez les femmes ayant connu des circuits de prostitution plus inhabituels. Cet isolement, les plongeant dans la précarité, a pu être une des causes de leur entrée dans la prostitution. Par la suite, il a pu être la cause de difficultés à accéder aux soins ou à sortir d'une activité qui ne leur plaisait pas.

Une des femmes, s'étant prostituée dans un foyer de migrants, ne cessait de répéter cette solitude, toujours dans un chuchotement:

*“I : comment vous connaissiez ? fin vous êtes allée toute seule ou vous av...”*

*Naïma (en chuchotant): toute seule, toute seule.*

*I : toute seule ?*

*Naïma : toute seule. Oui. (Silence) Olala toute seule. (Silence)”*

Une femme nigériane, pourtant bien entourée soulignait parfois cette solitude quand une plainte n'est pas entendue par les proches, entraînant un enfouissement du problème :

*Judy: “I like complaining to someone near by me, and he never... show love, and I keep it to myself”*

#### **e) Peurs**

De nombreuses peurs ont été identifiées au cours des entretiens, entraînant souvent directement un renoncement au soin, ou un retard avant la prise en charge.

La crainte des préjugés revient souvent. Une des femmes, salariée de l'ABDF, m'avait dit d'emblée être du métier et me proposait d'en parler sans aucune gêne. Pourtant, la crainte des préjugés était pour elle un obstacle majeur :

*"I : c'est surtout ça ouais, ça et la langue les obstacles majeurs pour toi ?*

*Noëlle : moi je pense. Et les préjugés aussi.*

*I : les préjugés ouais. Toi c'est ça qui te faisait peur.*

*Noëlle: moi c'est ça qui fait que je voulais jamais le dire à mon médecin (...) même si j'avais une capote qui craquait je sais pas si je serais allée aux urgences"*

Cette crainte est souvent liée à la honte, qui revient souvent au cours des entretiens, comme ici Miruna :

*"j'ai l'impression quelqu'un il me juge. Je suis devenue toute rouge franchement, j'avais honte. Ce que je fais franchement c'est pas bien. "*

Les femmes nigérianes aussi parlent de honte, « the shame », en parlant d'un métier qui n'est pas bon :

*Betty: "It's not euh... it's not a good work maybe you say... you are working... c'est pas bon. si tu viens arriver c'est bon. Mais when you... long, c'est pas bon hein. C'est disgrace"*

Le principe du secret médical n'est pas connu par toutes les femmes, notamment les femmes africaines. Les médecins africains semblent effectivement ne pas le respecter comme nous le respectons en France. Lors de l'Atelier Santé, aucune des femmes ne connaissait le principe du secret médical:

*"I : did you know doctors hum... there was a secret ? we don't know, we don't have the right to tell anything you tell us, you don't have the right to tell to another patient or someone ?*

*Girls : no*

*I : you don't know this ? It's the first time you hear about it ?*

*Girls : yes !”*

C'est ce que dit le docteur Tardif (90) dans sa thèse sur l'accès aux soins des prostituées étrangères à Nantes, lorsqu'il évoque la difficulté du dépistage du VIH chez les prostituées nigérianes : « *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 lorsqu'une personne est séropositive toute la communauté en est informée.* » .

La peur de la police revient également à plusieurs reprises. En effet, une femme souligne que la police est très présente actuellement dans les services d'urgence. Quand bien même ils ne sont pas là pour des contrôles, leur simple présence décourage les sans-papiers :

*Camille : “parce qu'ils auront pas les pa... parce que t'as toujours des... surtout à Paris. Dans tous les services d'urgences t'as des flics. Va demander à quelqu'un qui a pas de papiers d'aller franchir le sas, la porte des urgences pour aller demander la trithérapie d'urgence ou quoique ce soit. Ou juste d'aller faire la prise... le test. Ça a dû faire peur tout de suite.”*

C'est la peur de l'expulsion qui sous-tendrait cette peur de consulter aux urgences :

*Camille: “On est dans un système où tout le monde t'a amené, que ce soient les associations ou la fonction publique... tu vas pas faire le pas d'aller franchir une porte de... des urgences quoi. T'as surtout peur de te faire reconduire à la frontière à mon avis. Tu vois ?”*

Nous avons retrouvé aussi parfois la peur des soins ou des soignants comme obstacle au soin. Une des femmes qui souffre d'une maladie chronique a plusieurs fois raté ses consultations par peur de la thérapeutique proposée:

*"I : what scares you ?*

*Bridget : I don't know*

*I : Is it the fact that you have no paper or ?*

*Bridget : yeah. And the fact that they will give me injection, the medicine."*

C'est également le cas de Fanny :

*"j'ai peur de ne pas me réveiller, je suis trouillarde, j'ai peur des piqûres."*

Une des femmes, devant absolument recevoir des soins dentaires, décrit une vraie phobie pour le dentiste, empêchant toute consultation:

*"Camille: Et je me force régulièrement à euh... mais rien que je rentre dans la salle d'attente je me mets déjà à pleurer.*

*I : d'accord*

*Camille : je prends sur moi, parce que je suis quand même une grande fille hein. Je prends sur moi, je prends sur moi je prends sur moi. Je rentre dans le cabinet je suis tétanisée. Et si j'arrive, j'ai bien dit si j'arrive hein, à me mettre sur le fauteuil, je tremble tellement tu peux pas me toucher."*

Paradoxalement, il est retrouvé qu'un des freins à la consultation soit aussi la peur d'une maladie. Une d'elle explique donc se négliger depuis deux ou trois ans, du fait de l'âge et donc du risque accru de maladie :

*"Maintenant que je devrais le faire je le fais plus. Y a que là depuis 3 ans je suis moins sérieuse. Peut être par rapport à l'âge je ne veux rien savoir"*

Le dépistage régulier des IST est également particulièrement stressant, comme l'explique Camille :

*“Donc du coup (petit rire), c’est pas pareil quoi, ça fait vraiment pas je vais passer mon test, je me chie dessus ; même si tu te chies dessus à chaque fois”*

Une autre, qui n'avait jamais fait les dépistages, exprimait aussi cette ambivalence entre vouloir faire le test et ne pas parvenir à y aller:

Naïma: *“pour moi bien et non. (Rires) Oui. Bien et non. J’ai peur et... je veux faire... (Silence)”*

Une des femmes avait peur d'aller à l'hôpital du fait d'une facture impayée.

Miruna : *“j’ai jamais eu de problème. A part que j’ai pas payé la facture. 11000 euros. Du coup j’ai peur qu’ils appellent les flics. J’ai peur d’aller à V.”*

Elle dit plus loin dans l'entretien que la peur de consulter ne vient pas tellement de la peur que l'hôpital appelle la police, mais plutôt de la peur de ne pas être prise en charge :

*“Sachant que je choisis pas parce que, c’est ça... ça me fait peur la facture. Parce que j’ai peur qu’il me prend pas en charge c’est ça la problème tu vois. Pas qu’ils appellent la police, il appelle la police tu vois, je m’en fiche. Mais j’ai peur qu’il me prend pas en charge.”*

## **f) Problème dans la relation avec le soignant**

### *i. Mauvaise qualité de l'accueil*

Une des femmes mentionnait l'importance de l'accueil, ici quant au choix de la structure pour réaliser les tests de dépistage :

*“I : et CDAG non ?*

*Camille : non. J’aime pas trop l’accueil.”*

Une autre, bulgare, a expérimenté plusieurs mauvaises expériences hospitalières, et refuse à présent de consulter en France.

*ii. Problèmes de communication*

Comme nous l'avons vu, la langue est un réel facteur limitant pour les femmes étrangères. Mais certains soignants semblent ne pas chercher à comprendre ni à se faire comprendre. Ainsi, Pénélope expliquait avoir dû accompagner une des femmes en rendez-vous, le médecin lui ayant demandé de revenir avec un traducteur. Pendant la consultation, le médecin a réalisé qu'elles parlaient anglais ensemble, langue qu'il parlait. De même, une femme bulgare explique qu'elle comprend un peu le français si on parle lentement, mais que les médecins parlent souvent trop vite, voire en criant :

*Elisa: "Si il parle doucement je parle mais si qu'il crie... ca va pas !"*

*iii. Problèmes liés au caractère du médecin*

Plusieurs femmes ont fait une mauvaise expérience lors d'une consultation, avec un médecin pressé ou énervé, comme Judy, qui a trouvé depuis un autre médecin:

*"The man is always in hurry and he couldn't even allow me to explain what I need to know, he always in rush and I was very angry."*

Certains médecins sont également indiscrets dans leurs questions parfois, comme le répétait souvent une des femmes lors de l'Atelier Santé :

*"Jess: doctors they ask too much questions!*

*Girls: yes they ask too much."*

Une des femmes raconte qu'elle a pu entendre dans le bus des histoires similaires :

*Noëlle: "mais je sais plus qui c'est qui m'a dit (...) qu'elle avait été voir un médecin et qui lui avait dit euh : « oui mais tu sais [...] tu fais combien de clients, quel genre de clients » tu sais"*

iv. *Prise en charge inadaptée*

Le médecin généraliste a un champ de pratique qui peut être limité dans certains domaines, ce qui peut être une perte de chance quand la patiente n'est pas alors réorientée convenablement. Ainsi, Trace n'avait jamais eu de contraception avant sa deuxième IVG, son médecin n'en prescrivant pas :

*“He doesn't give those things. He would tell you to go to the hospital.”*

Elle raconte également que c'est Pénélope qui l'a adressée en consultation spécialisée pour la prise en charge de ses cicatrices douloureuses, son médecin lui prescrivant simplement des gouttes qui ne semblaient pas fonctionner :

*“So I talk Pénélope now send me to there and I operate it.”*

Ils ne maîtrisent pas forcément les circuits particuliers des personnes sans papier et sans assurance maladie.

Pénélope : *“There is also, always in Paris places where you can do things for free.*

*Okay ? Sometimes the doctor, the private doctor they don't really know.”*

Certaines disent ne pas tout dire à leur médecin, ce qui peut entraîner des prises en charge inadaptées, comme Miruna quand on lui dit d'aller aux urgences en cas de douleur :

*“Miruna : j'ai dit non. Je dis d'accord si ça me fait trop mal je vais à hôpital. Mais.*

*Pénélope : sachant que t'iras pas.*

*Miruna : sachant que je choisis pas parce que, c'est ça... ça me fait peur la facture.”*

Si le médecin ne connaît pas la situation sociale, il ne peut adapter sa prescription en fonction des ressources, ou réorienter vers la structure adaptée :

Pénélope : *“but the doctor need to know your situation if you want him to help you. For example when he give you receipt for tablet, after if you don't have hospital paper, after you go to pharmacy they will tell okay. You will have to pay 50 euros.”*

Nombreuses sont les femmes à ne pas parler à leur médecin de leur situation prostitutionnelle. Elles sont sept sur les quatorze femmes avec qui la question a été discutée, de toutes origines. Les motifs évoqués sont multiples. Pour plusieurs c'est la honte qui est évoquée ; soit celle de se prostituer, soit celle de se prostituer à partir d'un certain âge :

*“Noëlle : parce que parce que... moi j'ai toujours menti à ce niveau là, avec mes enfants, médecins et tout ce que tu veux... parce que j'avais pas envie*

*I : parce que tu n'avais pas envie. Tu pensais que ça n'avait pas d'importance ?*

*Noëlle : non c'est pas ça c'est à cause de la gêne”*

Judy (avec petit rire gêné) : *“but uh... I can't tell him! Because... I don't know, if he, if he, cause it's a kind of a... a shame! It's uh... it's a taboo”*

La difficulté à en parler, à expliquer les choses si le sujet n'a pas été abordé a aussi été évoquée :

Danielle: *“c'est pas c'était pas facile de venir expliquer comme ça honnêtement c'était pas, c'était pas facile mais avant ça, quand je suis venue, je suis partie voir un médecin, le Dr V., donc quand lui, j'avais pas expliqué complètement.”*

Certaines femmes disent ne pas connaître suffisamment son médecin pour pouvoir lui dire, comme Katia ayant récemment changé de médecin:

*“celle ci elle est toute nouvelle, en plus c'est une petite asiatique. Comme j'ai pas de problème bah je lui en parle pas non plus parce que j'aime mieux les relations sont plus difficiles un petit peu. Tu vois pour l'instant”*

Le fait que le médecin soit de sexe masculin peut être un frein pour révéler cette activité:

Miruna: *“Il m’a demandé qu’est ce que je fais ; je travaille dans un café ! J’arrive pas à parler avec lui de ça moi. Avec les hommes je suis pas à l’aise, pour parler... je dois faire attention... Je peux pas le dire ça.”*

Enfin plusieurs pensent que ce n’est pas utile de partager avec leur médecin leur activité:

Noëlle: *“je trouve que le médecin il doit faire son boulot qu’il sache que tu sois prostituée ou non ça change pas grand chose. [...] t’as mal au ventre t’as mal au ventre. (Rire) T’as mal au dos t’as mal au dos.”*

Katia souligne que notamment n’ayant jamais eu de problème d’ordre gynécologique, ce n’est pas utile de le dire :

*“non. Non non non. Non j’aurais des problèmes, quelque chose. Là je lui en parlerais. Mais comme j’en ai pas. J’ai pas de problème hein. Donc tout va bien. Non non”*

Une femme relevait également le fait qu’elle ne voulait pas avoir une différence de traitement par rapport aux autres :

*“I : tu préfères être considérée comme une patiente comme les autres.*

*Noëlle : oh ouais à mon avis c’est ça hein.”*

Plusieurs femmes n’en ont pas parlé à leur médecin, mais pensent que ce serait bon qu’il le sache afin d’être mieux prises en charge, comme le dit Betty :

*“So when you want see a doctor. It’s good. Maybe the doctor will laugh at you or not because it’s his job. Okay, but what your are doing, you understand. But when you tell the doctor look at what you are doing, he’s profiter for you. He will give you right*

*medicament. Or if it is not possible, he can just, okay... nanana, go and do test. At a time we feel may be... we are wise.”*

Du côté associatif, les différents intervenants rencontrés estiment qu’il est bon que le médecin connaisse l’activité de prostitution de leurs patientes, permettant une prise en charge adaptée. C’est ce qu’explique Pénélope à Noëlle :

*“Genre pour une fille qui a mal au bide, tout le temps, de savoir que elle se prostitue et d’essayer de comprendre dans quelles conditions elles se prostituent ça peut t’aider à faire le diagnostic. (...) je trouve qu’il y a parfois peu d’observations ou peu d’examens qui sont pratiqués parce que souvent ils disent ah ouais mais bon, c’est le mal au ventre classique alors que parfois c’est des IST carabinées, ou des infections qui sont remontées dans les trompes et de savoir qu’il y a des rapports sexuels multiples, et de demander si elle se protège à chaque fois ou si... (...) tu vois ?”*

#### **g) Problème des représentations**

Les femmes rencontrées étant d’origine et de milieux très divers, différentes représentations ont été notées sur le corps, la maladie, la santé etc. Ces représentations semblaient avoir un impact réel sur le fait de consulter, sur les échanges avec les soignants et sur la compréhension.

##### *i. Représentations du corps*

De nombreuses représentations différentes ont été notées sur le corps, et plus particulièrement sur leur propre corps. Plusieurs femmes mentionnent une forme de pudeur lors des soins.

Fanny: *“Je suis assez pudique j’aime pas trop me faire tripoter. Paradoxal hein ?”*

Plusieurs mentionnent des particularités de leur propre corps, pouvant influencer sur les soins, comme ici Camille :

*“Parce que moi les anesthésies faut vraiment y aller fort pour que ça fonctionne sur moi.[...] ah oui dans la famille on est hyper résistants aux anesthésies.”*

Plusieurs femmes considèrent leur corps comme sale du fait de la prostitution, comme Danielle qui ne l’avait pas choisie :

*“Vraiment ton corps est SALE quoi. Vraiment ton corps est... tu, tu... ton corps est SALE ! C’est pas, c’est PAS quelque chose que tu as CHOISI ”*

Lors de l’Atelier Santé, une des femmes demandait comment laver le corps avant de reprendre une vie normale, si un jour elle arrête la prostitution:

*“8: When, maybe like, the way we are now, going to street, maybe we want to settle down, they are some people who will go maybe gynecology, to wash, your.... I don’t know how is that*

*I: to wash...*

*8: to stomach or the woman I don’t know...”*

La prostitution vient alors casser les valeurs, comme Danielle qui considère le corps comme quelque chose de précieux qu’il faut respecter :

*“Parce que le corps d’une femme, le... le... le corps surtout d’une femme c’est quelque chose de précieux que Dieu nous a donné on va pas aller de gauche à droite n’importe comment”*

Elle ne supportait pas être considérée comme une marchandise :

*“T’es comme une marchandise ! On viole on te prend, NON ! Tu penses, tu penses à des trucs comme ça tu dis donc j’étais comme une marchandise quoi, puis j’ai jamais eu l’argent... ils ont profité de moi. Rien du tout ”*

Des représentations particulières autour du sang ont également été remarquées. Lors de l'Atelier Santé, les femmes nous confiaient leur inquiétude lors de la réalisation de bilans sanguins, quant à la quantité de sang qui leur était prélevée :

*"I: what do you mean by too much blood?"*

*Anna: like five bottles! Why don't they take one for like three or four tests"*

Plusieurs femmes nigérianes ont manifesté leur désir de connaître leur groupe sanguin.

*Judy: "like, I want to, know the group of my blood"*

Les femmes de l'Atelier Santé expliquaient que tout mariage au Nigeria nécessite que l'homme et la femme aient testé leur groupe sanguin pour qu'ils soient « compatibles ».

Lors de l'Atelier Santé, les femmes concentraient souvent leur attention autour des règles, et toute chose inhabituelle, que ce soit dans l'abondance ou dans la régularité était source d'anxiété. Elles ont posé énormément de questions sur ce sujet.

*"Mercy: that is very wrong. Six months you didn't see your period is very very bad."*

## *ii. Représentations de la maladie*

Un certain nombre de représentations sur les problèmes de santé évoqués méritent d'être mentionnés.

Lors de l'Atelier Santé, une femme nous expliquait ce que lui avait dit un médecin au Nigeria pour comprendre l'origine des fibromes, comme le traduit ici Pénélope :

*"Elle dit que elle a vu un médecin au Nigeria qui lui a dit que parfois les femmes étaient en âge de procréer mais elles ne procréaient pas, que là en fait l'utérus fabriquait des fibromes pour faire comme si c'était un enfant."*

Sur les IST nous avons eu quelques échanges intéressants. Lors d'une tournée dans le bus, une femme d'origine bulgare, se prostituant depuis plusieurs années, nous a dit qu'on

parlait beaucoup du SIDA, mais que cette maladie n'existait pas selon elle, ou de manière rarissime, ne connaissant personne l'ayant contractée.

Une autre femme avait une réflexion paradoxale : elle semblait craindre le SIDA, mais ne voulait pas se vacciner contre l'hépatite B et semblait soudain ne plus craindre la mort :

Joëlle : *“je veux dire hein, une fois que t'as le SIDA, tu peux pas dire que tu l'as plus. [...] oh le B ou C, on... on meurt de ça on d'autre chose hein. Comme on dit, le plus tard possible”*

Sur le plan de la thérapeutique, certaines femmes disaient ne pas aimer les médicaments, et préférer supporter certaines douleurs :

Elisa : *“jamais je bois les médicaments. Qui... même qui j'ai mal ; trop mal à la tête je bois pas.”*

Certaines semblaient voir dans le Paracétamol le remède à tous leurs maux :

Trace : *“my head... yes sometimes I just take Doliprane, I'm tired I take Doliprane, for me to feel good.”*

## **h)      Personnalité – éducation**

Certains traits de personnalité semblent influencer négativement sur l'accès aux soins.

### *i.      Dépendantes*

Un certain nombre de femmes étaient au moment des entretiens tout à fait incapables de se prendre en main seules. Ici, cela a été retrouvé exclusivement chez des femmes étrangères. Cela s'observe notamment par l'impossibilité de prendre des rendez-vous seules. Ainsi, Kelly, qui va tous les mois chez son psychiatre, ne sait pas faire autrement que de venir au Bus des Femmes pour qu'on prenne rendez-vous pour elle. Ce jour là Pénélope lui a proposé de prendre son rendez-vous toute seule, en restant à côté d'elle, mais elle a refusé.

*"I: okay. But each time you have to go to see Pénélope for her to take your appointment.*

*Kelly : yes*

*I : because you don't manage to do by yourself*

*Kelly : no because I don't speak good French."*

Une femme bulgare, en France depuis plus de dix ans, disait clairement qu'en cas de problème de santé, elle ne pouvait faire autrement que de passer par Pénélope :

*"Zohra (en riant) : et toujours toi hein ! Je l'appelle, Pénélope à l'hôpital.*

*Pénélope : si moi je suis pas là, si moi partie, en vacances ?*

*Zohra (en riant) : et moi je t'ai partie là en vacances ! hahaha"*

Lors d'une tournée où j'étais présente, elle a récupéré son courrier. Une lettre lui indiquant qu'elle pouvait venir chercher son AME était arrivée... six mois avant. Lors d'une tournée deux ou trois semaines après, elle n'avait toujours pas été récupérer sa carte. C'était la première fois qu'elle faisait une demande d'AME.

Au-delà d'une difficulté à consulter seule, ce manque d'autonomie entraîne aussi des rendez-vous non honorés :

*Bridget : "mmh not really. But I have hum. I took an appointment, with the doctor, but, Claire... I miss the appointment, so Claire has promised me to book for another one."*

Ce manque d'autonomie peut être lié à une forme d'immaturité, comme ce semble être le cas pour Zohra. Pénélope racontait avoir dû l'accompagner pour retirer son stérilet qui la gênait, et avait dû rester à côté d'elle en lui tenant la main. Ce peut être lié à un âge jeune, comme Bridget qui n'a que 19 ans, et qui a débuté la prostitution très jeune.

*Pénélope : "Elle s'est retrouvée à 16 ans sur le trottoir. A partir de là ça te pète le crâne"*

ii. *Trouillardes*

Comme nous l'avons déjà vu, la peur des soins semble avoir un impact important sur l'accès aux soins.

Bridget : *"Yeah I'd love to go to see the doctor, but I'm just to scared because I don't know why. I don't know why I'm scared to go."*

iii. *Dures*

Celles qui ont peur ne vont pas voir le médecin tout en sachant qu'elles en auraient besoin. Celles que nous avons surnommé les dures pensent ne pas avoir besoin de médecin. Celle qui l'incarnait le mieux était Elisa :

*"Elisa : moi jamais je suis malade.*

*I : jamais t'es malade ?*

*Elisa : Jaaamais"*

*"si que j'ai mal juste, mal à la tête c'est tout. Et je sais pas comme tous les filles qui partent à l'hôpital moi non."*

Ce genre de caractère peut se révéler dans les réactions après des agressions :

Joëlle : *"L'autre elle a l'œil au beurre-noir, l'autre elle a chez pas quoi. Et j'ai dit, attends une fois que t'es guérie et que tu reviens, basta, tu reviens travailler."*

Chez ces femmes on retrouve des retards de prise en charge. C'est parfois les amies qui signalent quand ça ne va pas :

Camille : *"ouais. Je voyais qu'il y avait quelque chose qui allait pas. Ça jouait même sur mon humeur. Les copines me disaient « attends Camille ça va pas en ce moment, t'es toute ballonnée et tout euh... ça se voit t'as un truc quoi ! ». « mais non, ça va ». « ouais mais le jour où t'auras quelque chose ! ». et ça a pas loupé hein."*

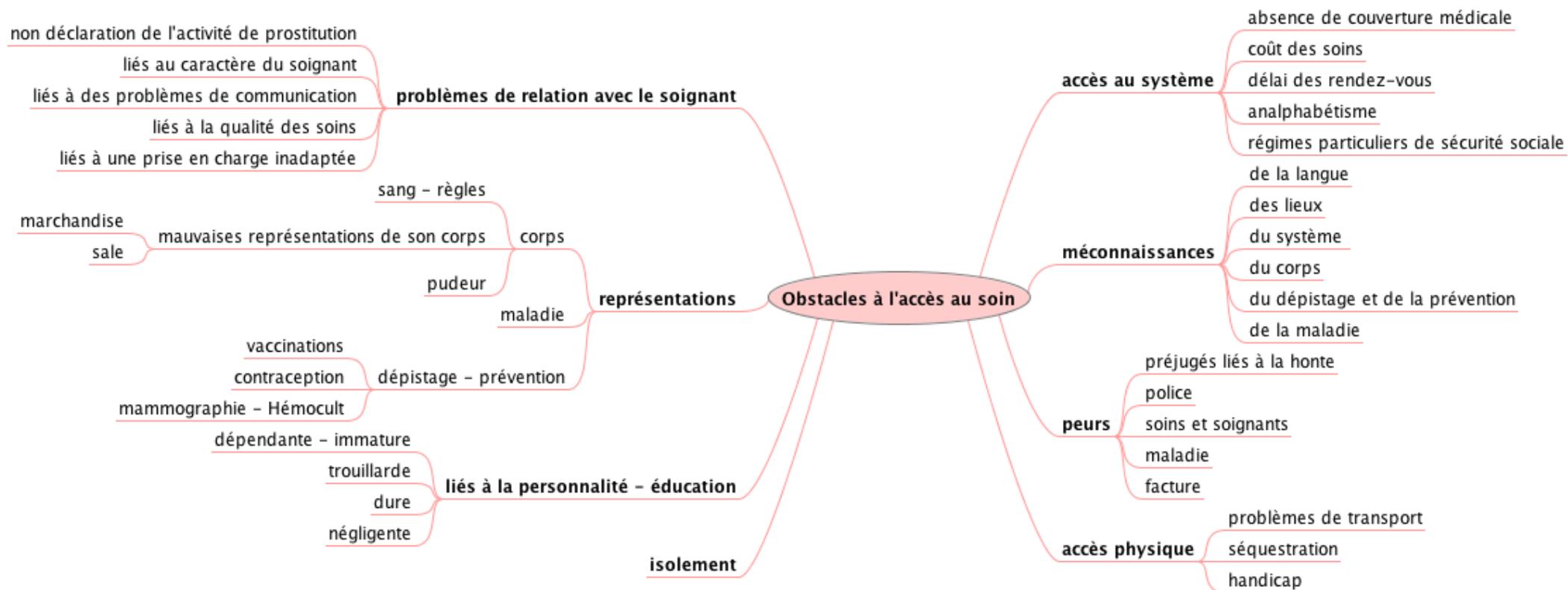
Une des femmes disait souffrir également de ce qu'on pourrait appeler le "Syndrome du cordonnier", sachant qu'elle était soignante et recourrait peu au soin quand elle était stressée:

*Camille: “« Appliquez-vous la sophrologie que vous faites faire à vos patients un peu quoi ! » c’est vrai que c’est toujours pareil ! au final toi t’es formée pour aider les gens à évacuer leur stress, dans des positions confortables, se préparer à aller en thérapie ou en kiné et tout, mais toi au final euh....”*

*iv. Négligentes*

Une forme de négligence a parfois été relevée.

*Katia: “bah Pourquoi je le fais plus parce que, bah parce que j’ai la flemme ! (Rire)”*



*Figure 2 : Récapitulatif des obstacles à l'accès aux soins*

## 2. FACTEURS FACILITANT L'ACCÈS AUX SOINS

Nous développerons ici tout ce que nous avons identifié dans les entretiens comme ayant pu faciliter l'accès aux soins chez les femmes que nous avons interrogées.

### a) Facteurs facilitant l'accès physique

Plusieurs femmes ont cité la densité du réseau de soin parisien, ou la proximité des structures de soin comme moyens facilitant l'accès aux soins :

Noëlle : *"là maintenant c'est... médecin total. Mais ! Parce que je suis à Paris !"*

Pénélope soulignait également cet aspect au cours de l'Atelier Santé, notamment par rapport à la possibilité de trouver un médecin qui parle l'anglais :

*"But in Paris, you are lucky... okay in Paris they are many many doctors okay, it's not like if you live in a village in France, because some sides of France you will not find any doctor who speak English. But here there is so many doctor so we can always find doctor who speak French. Who speak in English sorry"*

Toutes les associations travaillant auprès des personnes en situation de prostitution ont développé des systèmes de maraudes. C'est ce que les anglo-saxons appellent le « outreach », ce qu'on peut traduire par « aller vers » : aller à la rencontre des personnes sur le lieu de leur activité. Ces maraudes se font le plus souvent en bus, certaines associations les font à pied. C'est l'occasion de distribuer notamment du matériel de prévention.

Joëlle : *"Mais bon à l'époque on avait. Bon entre toutes les associations qui passent dans le bois, ou maintenant Boulogne hein, on a les Captifs, on a le Bus des Femmes, on a euh... comment le PASTT. P.A.S.T.T. c'est l'équipe de Boulogne qui... qui viennent 2 fois par semaine. Alors nous on l'a lundi, vendredi ; les captifs mardi, mercredi"*

*vendredi. Le Bus des femmes mardi et jeudi. Samedi et Dimanche personne hein. Démerde-toi pour avoir tes capotes.”*

Les bus sont parfois médicalisés. C’était le cas du Bus des Femmes il y a quelques années, où il y avait un médecin et une infirmière dans le Bus, mais ce n’est plus le cas. Joëlle nous dit qu’un camion médicalisé de Médecins du Monde est régulièrement sur le Cours de Vincennes pour des prélèvements :

*Joëlle: “y a un médecin, y a une infirmière logiquement quand le médecin peut pas venir. Ils sont, alors ou y a le camion médicalisé pour les prises de sang 3 fois par an pour les prises de sang, ou 4 fois ça dépend.”*

Camille a longuement parlé de la nécessité de la lutte contre la traite pour favoriser l’accès aux soins :

*“maintenant la solution qui pourrait vraiment aider, c’est une vraie loi sur la traite de l’être humain. [...] pour qu’il y ait pas autant de filles qui soient dans la prostitution qui puissent aller se faire soigner tu vois quoi, et qui puissent accéder à des droits. [...] Et c’est par là qu’il faudrait commencer peut être. Une loi sur la traite.”*

## **b) Facteurs facilitant l’accès au système**

### *i. Assurance maladie*

Comme nous l’avons vu, de nombreuses femmes disaient avoir renoncé au soin à un moment donné pour une absence d’assurance maladie. Sa présence est indéniablement un facilitateur d’accès aux soins :

*Naïma: “elle m’a donné l’ordonnance avec les traitements, mais c’est bien j’avais l’aide médicale.”*

Les étrangères sans papiers ont donc accès à l'AME après au moins trois mois de preuve sur le territoire. Les demandeuses d'Asile ont un accès à la CMUc le temps que leur dossier soit traité. Les femmes françaises avaient plus de difficultés il y a quelques années. Soit elles n'avaient pas de couverture médicale, soit elles payaient une assurance privée, comme Fanny, qui disait payer une assurance très chère à l'année. Elles ont aujourd'hui soit une CMUc si elles perçoivent le RSA, soit dépendent du RSI si elles déclarent leur activité.

*ii. Aide administrative*

Les femmes étrangères ignorent souvent leurs droits en arrivant en France. Parfois même des fausses informations sont données chez celles qui sont victimes de traite :

Camille: *“dans la pratique, quand t'as des macs derrière qui te disent que la terre entière qui va te... va t'expulser euh...”*

Les papiers administratifs français étant particulièrement compliqués, ce sont habituellement les travailleurs sociaux qui aident les personnes à les remplir. Chez les femmes que nous avons interrogées, l'aide était apportée surtout par les associations prenant en charge les femmes se prostituant, telles que les Amis du Bus des Femmes, l'Amicale du Nid, le Mouvement du Nid, ou des associations prenant en charge les réfugiés, telles que France Terre d'Asile. Cela peut aussi passer via les travailleurs sociaux de l'hôpital en cas de recours aux soins dans une structure hospitalière.

*iii. Connaissance du système*

Celles qui connaissent le système de santé ont moins de difficultés pour accéder aux soins. Il y a celles qui connaissent le système de la PASS :

Anna : *“maybe you can see the social there, who give you paper to see the doctor.”*

Il y a également celles ayant bien intégré le parcours de soin, permettant une prise en charge plus adaptée :

Mercy : *“You have to see doctor first. Now will describe what to do. If you can go to the hospital or if you go to laboratory for test.”*

*iv. Vaccinations et dépistage organisé*

Nous l’avons vu, plusieurs femmes ont réalisé leurs examens de dépistage grâce au dépistage organisé du cancer du sein ou du cancer du colon. Pour les femmes pouvant en bénéficier, ces mesures semblaient donc efficaces, tant que le test est acceptable.

Les vaccinations organisées telles que la grippe permettent d’augmenter aussi semble-t-il la couverture vaccinale chez les femmes appartenant à la population cible.

Katia: *“et si c’est... si c’est bien que je reçois le papier de la sécu, faut que j’aille euh... à la pharmacie, et puis tu vas chez l’infirmière, si y a un petit labo à côté, ou tu vas chez ton généraliste”*

*v. Soins gratuits*

Certaines femmes avaient bénéficié de consultations gratuites. Le Bus des femmes travaillant beaucoup avec la PASS de l’Hôtel Dieu, nombreuses étaient celles qui étaient passées par « Cité ». Une des femmes était passée aussi par une PASS de ville, le Centre médico-social Figuier :

Judy: *“She was actually treating me without no money, nothing. But when, the first time he see the CMU, and she said to me she can’t treat me anymore, because she thought I don’t have CMU”*

Une des femmes était passée en Italie, où semble-t-il, c’est l’association Caritas qui délivre aux migrants des bons pour consulter à l’hôpital gratuitement :

Juliet: *“So they can help you to go to the hospital, because they use to give us one paper, since we don’t have document, the paper we can use it, to go to the hospital, we can use that paper for... for six months before it expire then we see you need for us. Only to go to the hospital. They were giving us this paper. So that’s it.”*

Une des femmes avait pu également bénéficier d'une consultation gratuite en gynécologie, au Planning familial :

*“Pénélope : au planning familial ? Là où je t'ai envoyée ?*

*Miruna : et ça se passait bien hein”*

L'achat des médicaments étant parfois difficile en l'absence de couverture, les associations aident parfois pour l'achat des médicaments, comme c'était le cas pour Bridget :

*“I : And you don't know where to go, other place to get free medicine ?*

*Bridget : no. It was only Madame Claire that give paper to me to take some drugs from the pharmacy at Ménilmontant”*

#### *vi. Services dédiés*

Nous avons exploré l'intérêt que pourraient avoir des services dédiés aux personnes se prostituant, comme il en existe à l'étranger. Peu des femmes rencontrées semblaient être attirées par ce genre de structure. Seule Miruna disait qu'elle utiliserait une structure dédiée aux prostituées plutôt qu'une autre structure, mettant en avant l'absence de honte, une écoute adaptée et une compétence qu'elle ne trouve pas ailleurs.

*“Miruna : voilààà, ça serait super cool ça si.. si il va y avoir ça... tu vois !*

*Pénélope : que tu puisses aller voir un docteur*

*Miruna : que tu puisses aller voir un médecin, un gynécologue*

*Pénélope : t'as pas honte*

*Miruna : quelque chose t'as pas honte, tu vois les gens y savent ce que tu fais tu vois tu parles... [...] tu, tu parles avec le cœur ouvert tu parles , tu parles bien hein tu vois tu dis qu'est ce qu'il y a sur le cœur aussi tu parles avec eux tu vois. Parce qu'en même temps le médecin il peut t'écouter tu vois”*

Elle précise que toutes les filles ne seraient pas d'accord avec elle, que ce n'est que son opinion. La plupart des autres femmes avaient un avis plus mitigé, disant qu'elles ne les utiliseraient pas, mais que certaines seraient peut-être intéressées. Plusieurs ont souligné que c'était plus stigmatisant encore de créer une structure spécialisée.

Noëlle : *“Après y a des femmes qui viendront peut être pas parce qu'elles vont se sentir stigmatisées, il a pas besoin de savoir.”*

L'une d'elle faisait remarquer avec humour qu'elle ne voulait pas voir toujours et partout des prostituées :

Camille : *“mais y a pas besoin, il fait pas... mais tu sais quoi ? Merde ! Pas besoin de voir des putes tout le temps ! je te dirais. (éclat de rire de Camille et I) Non mais oh quand même quoi !”*

Pénélope qui assistait à plusieurs entretiens semblait penser que c'était une très bonne idée pour favoriser l'accès aux soins.

Si ce type de structures n'existe pas en France, certaines structures s'adaptent, comme à Bichat, comme nous l'apprend Camille, qui fait ses examens de dépistage là-bas :

*“Camille : y a un bureau spécialement pour les prostituées, là bas, en fait.*

*I : Ah d'accord. A Bichat ?*

*Camille : et eum. Ouais. Et du coup voilà on passe directement par là”*

Elle souligne par contre le peu de moyens dont ils disposent :

*“Elles avaient plein de prostituées qui venaient, et qu'elles avaient aucune documentation, elles avaient rien.”*

#### *vii. Actions de prévention*

Les associations, nous l'avons vu, sont nombreuses à distribuer du matériel de prévention, que ce soient les associations que nous connaissons travaillant spécifiquement avec les prostituées, ou plus largement comme Médecins du Monde ou la Croix Rouge.

Joëlle: *“et ils donnent euh préservatifs, gel, lingettes, euh bon un café quand c’est l’hiver”.*

D’autres actions de prévention sont organisées, telles que des vaccinations gratuites:

*“Pénélope : si tu veux nous on le fait gratuitement euh jeudi prochain.*

*Miruna : dans la bureau ?*

*Pénélope : ouais y a le docteur qui vient et c’est gratuit”*

Elles ont pu faire également leurs vaccins dans des CDAG pour l’hépatite B, ou dans des centres de vaccinations gratuites.

Les associations organisent également des dépistages d’IST. L’Amicale du Nid réalise des TROD sur leur local parisien, ainsi que des journées de dépistage régulièrement. Le Bus des Femmes a réalisé récemment des prélèvements dans le bus grâce au CDAG de Villeneuve Saint George, dans les forêts de Sénart et Fontainebleau, avec réalisation également de TROD dans le bus. Pénélope distribuait des kits de d’auto-prélèvement pour le dépistage des IST ; elle allait elle-même déposer au laboratoire voisin une fois le prélèvement fait, et c’est l’association qui payait ces examens.

#### *viii. Tiers payant*

Une des femmes interrogées consultait seulement quand elle est à Paris pour avoir le tiers payant, disant n’avoir pas les moyens d’avancer la consultation à chaque fois :

*“Si je veux aller voir un... je sais pas quoi il faut tout payer et se faire rembourser. Et moi ça m’énerve. J’ai pas les moyens de faire ; d’avancer l’argent. Donc j’y allais maintenant que je suis là j’en profite pour faire tout”*

### **c) Éducation**

Nous avons vu qu'un des obstacles principaux pour l'accès aux soins des femmes étrangères était la non-maîtrise de la langue française. Plusieurs femmes parlaient donc de l'apprentissage du français comme une nécessité :

*Kelly : "If maybe they want to send to school, for me to speak well, I can also, go to school."*

Nous avons vu également qu'il y avait de grandes méconnaissances, ainsi que de nombreuses représentations sur le corps, sur la maladie, conduisant à des conduites inappropriées. Les ateliers, tels qu'organisés par le Bus des Femmes, sont donc un moyen efficace pour lutter contre certaines de ces représentations. Les maraudes sont aussi remplies d'occasions pour répondre aux questions ou corriger des représentations erronées. Le Bus des Femmes évalue parfois les techniques de pose du préservatif, grâce à un outil qu'elles appellent le « manège enchanté ». Nous avons pu ainsi constater qu'une femme récemment arrivée, mettait mal le préservatif, conduisant à des risques de ruptures importants. Il a pu lui être réexpliqué la bonne technique pour le mettre, malgré le fait qu'elle ne parlait pas français.

### **d) Dans la relation avec les soignants**

Lorsque la structure ou le médecin sont déjà connus, les consultations ultérieures se font plus facilement. Ainsi, certaines femmes parcourent parfois de grandes distances pour pouvoir voir le médecin qu'elles connaissent. Kelly allait régulièrement jusqu'à Rouen voir son psychiatre, ne sachant pas où aller à Paris :

*"Pénélope so help me Paris. I cannot billet put... I live in Paris, I've come to Rouen all the time because of the tablet. Yes"*

De même, quand Naïma a avorté, plutôt que d'aller à l'hôpital de Poissy qu'elle ne connaissait pas, elle a été jusqu'à l'hôpital de Gonesse qui lui était connu :

*“Non l'hôpital Gonesse je la connaissais avant. [...] Parce que, parce que j'avais un médecin pour ma jambe. C'est pour ça je... je connais cet hôpital.”*

La qualité de l'accueil est également importante. Plusieurs femmes soulignent l'importance de l'absence de jugement ou de stigmatisation, comme ici Camille reconnaissant le bel accueil fait par les infirmières de Bichat:

*“Camille: Mais elles sont, elles sont vraiment adorables.*

*I : elles sont vraiment adorables ?*

*Camille : ouais ouais ouais, elles reçoivent super bien à chaque fois, elles sont ouvertes d'esprit, gentilles, elles jug – elles sont pas dans le jugement euh...”*

La consultation est également plus simple lorsque le soignant est habitué à certaines problématiques, telles que l'absence de papiers ou d'assurance maladie, ou habitué à recevoir des prostituées :

*Fanny: “À l'époque il suivait pas mal de femmes. Il faisait partie des gynécos des prostituées.”*

Une communication plus aisée en consultation facilite aussi un soin de qualité. C'est possible lorsque le soignant est bilingue, par exemple anglophone pour les nigérianes :

*Betty: “so that man, speak euh... he speaks English. So I loving when I miss him, I can explain to him, 'okay , I'm feeling cold'... you understand, you understand ?”*

La présence d'une personne pour faire la traduction au cas où cette première condition n'est pas remplie permet un meilleur déroulement de la consultation. Elisa raconte ici une fois où elle a trouvé quelqu'un parlant le turc à l'hôpital pour faire la traduction.

*“Et je dis excuse moi ? Dis t'es turc ? Et je dis je suis pas turc mais je parle turc. Je travaille ici je dis toi t'es turc ? Ah ! Tu rentres dedans !! Parle maintenant ! Tu expliques à elle et elle me l'explique !”*

Un soignant ne parlant pas la langue, mais prenant le temps d'expliquer lentement et calmement les choses, permet d'apaiser un certain nombre de tensions mais surtout de se faire comprendre:

*Zohra : “et après le mec, doucement, parler doucement doucement. Comme de l'autre parler, moi je connais pas rien*

*Pénélope : il parle vite vite*

*Zohra : bah ouais. Doucement doucement je connais tous.”*

## **e) Rompre l'isolement**

### *i. Communauté*

De la même manière que l'isolement est un obstacle certain à l'accès aux soins, comme aux autres structures, tout ce qui favorise les liens sociaux et communautaires est souvent cité comme facilitateur d'accès aux soins.

Au sein de la communauté prostituée règne une forme d'entraide. Elles se partagent les bonnes adresses et autres « bons tuyaux ». Ce peut être pour trouver son médecin :

*“Trace : I knew him once.*

*I : once ?*

*Trace : yes it's my friend that took me there.”*

Ce peut être pour trouver une association:

*“I : et que vous connaissez l’Amicale du Nid ?*

*Fatou : oui je connais un peu euh... à travers d’une femme. C’est elle qui m’avait expliqué ici”*

Ce peut être aussi pour accompagner physiquement une autre dans une structure de santé. Ainsi, Elisa qui disait n’avoir elle-même jamais vu de médecin, a accompagné des amies à plusieurs reprises à l’hôpital :

*“Juste j’ai déposé Nathalie 2-3 fois. Pour les aborter.*

*Pénélope : t’as accompagné des filles à l’hôpital mais toi t’y vas pas.”*

Lors d’un entretien avec une des femmes, une autre est arrivée pour discuter avec elle. La sollicitude de Camille pour elle était très touchante. Elle lui répétait plusieurs fois :

*“fais attention à toi.”*

Avant de me confier, cette femme étant victime de violences de la part de son conjoint :

*“Moi il va la frapper devant moi je te jure je pourrai pas me retenir hein. Il a beau avoir une paire de couilles, pour moi t’es juste un être humain hein, qui fait mal à un autre être humain j’en ai rien à taper hein.”*

Après l’entretien, elle parlait de cette solidarité permettant de n’être jamais complètement en dehors du circuit de santé. Elle précisait que selon elle les femmes se prostituant sur internet étaient probablement plus à risque, car alors leur seul interlocuteur est le client. C’est d’ailleurs selon elle sur cela que repose l’efficacité des associations de santé communautaire :

*“Moi je l’ai remarqué, dans tout ce qu’on a pu faire, du moment que c’est une pute ou une ancienne pute qui va vers les autres, ça marche.”*

Chez les femmes étrangères, ce soutien peut également venir de compatriotes. Ainsi, pour Juliet, c'est une amie nigériane qui lui a permis de sortir de la prostitution en Italie, en l'hébergeant chez elle :

*“So I call this my friend, because I can stay, she's only, she's the only friend I have in Ital, in Italy. So she said okay no problem I should come and stay with her. Say ok. Then I call my friend I went to my friend's place I went to stay there.”*

ii. *Soutien associatif*

L'aide apportée par les différentes associations rencontrées, ou par les travailleurs sociaux semble tout à fait essentielle pour accéder au soin. Nous avons vu que la plupart des femmes rencontrées avaient été accompagnées dans leurs démarches administratives.

Les associations rencontrées font également un gros travail de médiation. Cela consiste le plus souvent en une orientation. Lors des tournées avec l'ABDF, nous avons ainsi vu Pénélope orienter plusieurs femmes en fonction de leurs demandes : au planning familial pour une IVG, à la PASS dentaire de la Pitié-Salpêtrière pour un abcès dentaire, dans un centre de santé de Bondy pour une femme en recherche d'un médecin traitant, à la consultation de gynécologie – prévention à l'Hôtel-Dieu pour un frottis et un examen gynécologique...

Les femmes passent souvent par l'association pour leurs prises de rendez-vous également, comme l'explique Betty :

*“Betty: Because I remember maybe that anytime when I have a problem, maybe when I explain to Penelope, he will tell me ok. Now okay. Ah Betty, let us have appointment, you understand? Said okay. So we just call a doctor for me. I will go.*

*I: So she, Pénélope, she helps you to have appointment for the doctor.*

*Betty: Bien sûr”*

Le recours à l'acteur associatif est chez certaines femmes systématique:

Sonia : *“Non moi comme malade après toi, et hôpital”*

D'autres femmes vont chez leur médecin généraliste de manière autonome. Elles font appel à l'association pour la prise de rendez-vous spécialisés:

*“Betty: so when I have, pfff... minors case, it's not euh... important, I can go by myself.*

*I : okay. For important cases you come here*

*Betty : yes.”*

Il peut arriver que l'acteur associatif appuie une demande de soins lorsque la structure d'accueil refuse une prise en charge par exemple:

*“Miruna : et si ils me prennent pas en charge ?*

*Pénélope : bah tu m'appelles. Je les appelle. T'en fais pas j'ai déjà fait ça plusieurs fois ! (Rires) J'envoie une lettre t'inquiète pas ils vont te recevoir.”*

Cette médiation se fait par téléphone, par courrier, ou même parfois physiquement, avec accompagnement de la patiente en consultation. Ce peut être pour une traduction, ou simplement parce la patiente refuse d'y aller seule.

Pénélope étant chef de projet du pôle santé du Bus des Femmes, et la majorité des entretiens ayant été réalisés par le biais de cette association, son nom était cité très souvent dans les prises de rendez-vous. Il a même été cité lors d'un entretien avec une femme rencontrée au Mouvement du Nid. Mais la plupart des associations ont aussi, à un degré variable, cette activité de médiation et d'accompagnement physique dans les structures de soin.

Le soutien associatif se trouve aussi dans des associations autres que celles que nous avons rencontré. Ce peut être pour l'hébergement :

*“I : elle vit dehors ?*

*Camille : c'est les Captifs<sup>1</sup> qui s'occupent d'elle."*

Certaines trouvent également un soutien associatif pour se nourrir. Ces associations peuvent offrir un espace d'écoute, permettant de sortir d'un isolement particulièrement pesant. Naïma a ainsi pu confier sa situation prostitutionnelle à une bénévoles du Secours Catholique, où elle déjeunait régulièrement :

*"Si j'ai raconté ça, juste les dames qui travaillent secours catholique. C'est tout. [...]*

*Parce que la dame là bas elle était trop gentille avec moi c'est pour ça."*

### *iii. Proches*

L'accompagnement dans les structures de santé se fait également parfois par des proches. Une femme avait été amenée par un client, devenu ami, aux urgences dans un contexte d'œdème de Quincke. Une autre a été amenée par une amie à l'Amicale du Nid. Katia racontait que c'est sa fille qui l'avait motivée pour une vaccination :

*"Donc ma fille elle me dit « allez maman tu viens avec nous », j'ai dit oui oui j'y vais"*

C'est d'ailleurs sa fille qui l'avait convaincue de prendre une mutuelle:

*"Katia: Mais moi la mutuelle je l'ai pas depuis longtemps hein c'est depuis l'année dernière.*

*I : depuis l'année dernière ?*

*Katia: oui parce que ma fille elle a rouspété en me disant maman euh, t'as 73 ans, faudrait peut être que t'aies une mutuelle parce qu'on sait jamais ce qui peut arriver"*

---

<sup>1</sup> « Aux Captifs, la Libération » s'occupent également de personnes de la rue. Les antennes « prostitution » et « rue » étant distinctes, ce ne sont pas les mêmes travailleurs sociaux qui s'occupent de ce deuxième pôle.

## f) Personnalité

Certaines femmes étaient plus débrouillardes que d'autres. Elles étaient plus rapidement autonomes, n'ayant pas besoin de passer par Pénélope pour leurs rendez-vous une fois que le suivi était initié :

*"Betty : no no no no that doctor I go anytime when I feel like.*

*I : you don't need to go by, with Penelope*

*Betty : nooooo"*

Cela se notait aussi par la capacité de projection dans l'avenir, comme Elisa, s'étant déclarée conjointe d'un de ses clients pour bénéficier de la carte vitale:

*"Pénélope : Et alors une question pourquoi tu fais la carte vitale ?*

*Elisa : si je suis malade comme ça j'y vais"*

Une certaine force de caractère permettait à certaines de se sortir de situations qui les auraient fragilisées, comme Camille qui avait été victime de violences conjugales:

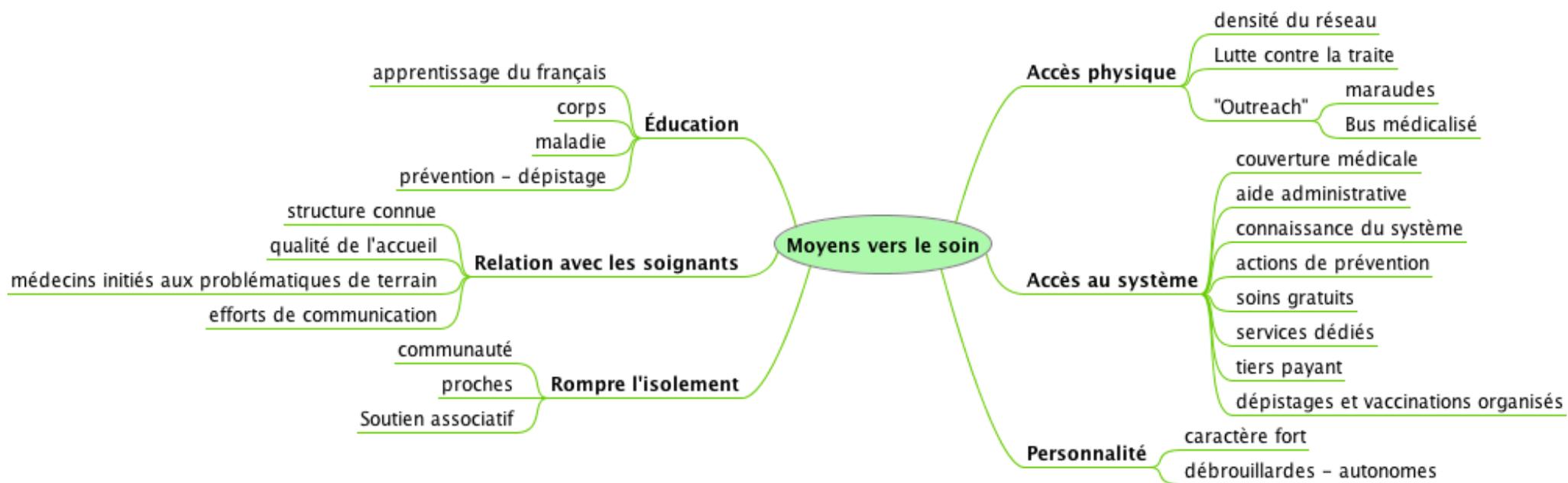
*"Camille : oui moi je suis vite partie. Oui moi je suis, je suis très vite partie moi*

*I : t'es très vite partie.*

*Camille : oui. Le premier coup, le départ, y a eu 3 mois hein."*

Certaines comme Camille se sont renseignées sur leurs droits avant de commencer la prostitution:

*"Parce que moi avant d'aller faire ce métier je suis allée lire dans le code civil."*



*Figure 3 : Récapitulatif des facteurs facilitant l'accès aux soins*

## V. DISCUSSION

### A. MÉTHODOLOGIE

#### 1. FORCES

Comme nous l'avons vu, il y a peu de recherches récentes publiées sur ce sujet en France. Or, le visage de la prostitution a beaucoup changé depuis 20 ans, avec l'arrivée de nombreuses migrantes, notamment d'Afrique Subsaharienne et d'Europe de l'Est. C'est sans parler des problèmes d'accès aux soins qui n'ont jamais été étudiés à grande échelle en France. Les thèses des docteurs Tardif (90) et Moineau-Quent (72) se sont intéressées à cette question. Le premier livre sa réflexion suite aux différentes tournées auxquelles il a participé avec Médecins du Monde à Nantes, la deuxième a ciblé les obstacles financiers dans une étude quantitative à Montpellier. Le risque est ici de livrer les représentations des chercheurs. Nous avons cherché à travers cette étude qualitative, à redonner la parole à celles qui sont les premières concernées, en essayant d'écarter nos propres représentations.

Elle répond donc aux exigences méthodologiques d'un tel type d'étude. Notre population d'étude est assez variée.

- Par ses origines d'abord : nous avons interrogé des femmes originaires de huit pays différents.
- Les âges étaient extrêmement variés, s'étendant de 19 à 74 ans.
- Elles avaient une expérience de la prostitution s'étendant de 4 mois à plus de 30 ans.
- Si nous avons fait le choix de rester dans Paris et sa banlieue, les lieux de prostitution étaient multiples. Certaines femmes se sont même prostituées à l'étranger avant de venir en France.

- Certaines revendiquaient le fait d'être libres de faire ce métier. D'autres exprimaient clairement son caractère forcé. D'autres encore n'avaient pas de souteneur, mais soulignaient le caractère plus subi que véritablement choisi de leur activité.

- Les associations sollicitées pour les entretiens étaient également variées, tant par leurs lieux de rencontre avec les prostituées (Forêt de Sénart et de Fontainebleau, Pigalle, Colombes, 20<sup>ème</sup> arrondissement, 16<sup>ème</sup> arrondissement, 12<sup>ème</sup> arrondissement...) que par leur positionnement philosophique, politique ou même religieux quant à la prostitution. Nous avons en effet rencontré l'Association des Amis du Bus des Femmes, association de santé communautaire ; le Mouvement du Nid, association abolitionniste très lobbyiste ; l'Amicale du Nid, association de réinsertion sociale ; Aux Captifs, la Libération, association catholique cherchant à venir à la rencontre des exclus ; le foyer des Missionnaires de la Charité, tenu par des religieuses accueillant des femmes en situations de vie difficiles...

- La forme prise par cette étude qualitative a également varié. Le gros de l'étude consiste en des entretiens individuels, mais la participation à un atelier santé avec une quinzaine de Nigérianes, a permis à la fois de noter leurs interrogations, et de tenter d'y apporter une réponse. L'observation de terrain, consistant en quelques tournées avec l'ABDF, et en la présence à la permanence de l'antenne de Pigalle des Captifs, est également venue enrichir cette enquête.

## 2. FAIBLESSES

### a) Biais de recrutement

Nous avons fait le choix, pour des raisons pratiques et sécuritaires, d'interroger uniquement les femmes via les associations. Toutes les femmes n'ayant pas accès aux différentes associations n'ont donc pas pu être rencontrées. C'est le cas des femmes prenant un circuit tout autre, souvent très isolées. Elles n'ont pas de contact avec le reste de la

communauté, ne connaissent pas les associations, et ont probablement, du fait de leur isolement et de leur ignorance, un accès aux soins fortement compromis. Les prostituées prises dans les réseaux de Rom sont parmi celles les plus en danger semble-t-il, car victimes de nombreuses violences, sans accès aux soins ni aux associations. Il était trop dangereux de les approcher du fait de la présence des proxénètes.

Nous avons essayé de contourner ces obstacles en interrogeant des femmes s'étant prostituées dans le passé dans ces situations-là, puis s'en étant sorties grâce à l'Amicale du Nid ; mais il est évident que les situations sont probablement beaucoup plus variées et complexes que les quelques entretiens réalisés auprès de cette association.

Nous avons prévu en début de travail d'interroger d'autres publics : des femmes usagères de drogues illicites, des Chinoises, des filles de l'Est prises dans des réseaux, ainsi que des mineures. L'association Charonne, prenant en charge les femmes toxicomanes dans la rue, a été sollicitée, mais n'a pas répondu à nos différents messages. L'association Lotus Bus, dépendant de Médecins du Monde, a également été sollicitée à plusieurs reprises (mail, téléphone, visites physiques) pour évaluer la possibilité d'entretiens auprès de Chinoises, mais ces tentatives sont restées sans réponse après un premier contact encourageant. Enfin, si nous avons en premier lieu songé interroger des mineures, qui semblent n'être pas si rares, une discussion avec la chef de projet du pôle santé de l'ABDF nous en a rapidement dissuadé : le travail entre les associations et les jeunes filles mineures étant particulièrement long et sensible, la limitation du nombre d'intervenants était essentielle pour qu'elles puissent être rapidement prises en charge par l'ASE. Nous avons également pensé à l'association Hors la Rue, venant en aide aux mineurs étrangers dans la rue, mais aucune jeune fille se prostituant n'y était au moment de l'enquête. Nous avons su que deux femmes avaient commencé la prostitution en étant mineures, mais elles avaient 19 et 27 ans au moment de l'entretien, et n'en ont pas parlé.

Enfin, nous avons été limités par la langue. Nous avons seulement pu interroger les femmes parlant le français ou l'anglais. Un entretien a été refusé avec une femme hispanophone, et lors de tournées un autre entretien n'a pu être réalisé avec une jeune femme bulgare, nouvelle arrivante, vraisemblablement victime de traite, mais ne parlant pas un mot de français. Si l'obstacle de la langue a souvent été cité quant aux difficultés d'accès aux soins parmi les femmes que nous avons interrogées, avec qui nous pouvions communiquer, qu'en est-il des femmes avec qui l'entretien était irréalisable du fait même de la langue ?

### **b) Biais dans l'exploration**

Pénélope G., chef de projet du pôle santé de l'ABDF était présente pour la majorité des entretiens réalisés dans le bus lors des tournées. Elle est intervenue régulièrement lors des entretiens. Cela permettait de mettre certaines femmes en confiance, et de clarifier certaines choses que je ne comprenais pas à cause de l'accent par exemple. Mais cela orientait parfois clairement la discussion, ou suggérait des idées de manière assez appuyée.

Nous étions limités par le temps, notamment pour les entretiens dans le bus, parce que nous avions une tournée à finir, ou parce que les femmes venant d'abord rencontrer l'association, préféraient parler de choses plus importantes avec Pénélope.

Certains sujets n'étaient donc pas abordés de manière systématique, comme la contraception. Nous avons assez peu exploré les addictions. Si aucune n'était usagère de drogues injectables, nous n'avons pas exploré la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes, jugée excessive par certaines études. Nous avons rajouté des questions sur le tabagisme en milieu d'étude. Nous avons assez peu exploré les différentes représentations. C'est ressorti beaucoup au cours de l'Atelier Santé mené auprès de femmes nigérianes, le cadre y était propice. Il aurait été intéressant néanmoins d'explorer lors d'entretiens individuels pourquoi certaines femmes n'avaient pas de contraception, ou ne recourraient pas à certains soins.

Une partie du guide d'entretien était dédiée à l'évaluation de leurs besoins et de leurs perspectives en matière d'accès aux soins. Les questions étaient accueillies de manière générale par un long silence perplexe. Nous avons donc essayé de reformuler, proposer des idées et des solutions, mais cela engageait rarement une réflexion, donc nous n'avons pas toujours abordé ce sujet.

Les premiers entretiens réalisés étant courts du fait de l'environnement où ils ont été réalisés, les histoires de vie n'ont pas été explorées. Certains éléments ont été donnés, après entretien, par Pénélope. L'accès aux soins étant également conditionné par des facteurs individuels, il aurait été intéressant de connaître un peu mieux les histoires de vie pour pouvoir analyser les résultats. Parallèlement, le contexte ou non de traite était difficile à explorer, notamment chez les Nigérianes pour qui ce processus doit rester secret « sous peine de ».

Enfin, nous avons rencontré des difficultés liées aux enregistrements, avec un appareil mal paramétré sur plusieurs entretiens de suite, entraînant des courtes coupures. Le changement de l'appareil en cours d'étude a permis de régler le problème. Lors de l'Atelier Santé, une seule source d'enregistrement a été placée, suffisante en début d'atelier, puis largement saturée à l'arrivée de nouvelles filles et l'apparition de conversations parallèles, rendant la retranscription extrêmement difficile.

### **c) Biais dans l'analyse**

Il était fréquent de rencontrer des incompréhensions au cours des entretiens, essentiellement dues à la langue. Bien que parlant un bon anglais, il m'a fallu m'habituer au « Pidgin English » parlé par les Nigérianes. Ainsi, si les clarifications étaient le plus souvent faites pendant l'entretien, c'est parfois au moment de la retranscription que j'ai compris le réel sens de ce que la femme avait essayé de me dire. De même, les femmes bulgares

interrogées avaient un français parfois extrêmement difficile à décrypter, et il n'est pas impossible que des erreurs d'interprétation se soient glissées dans ce travail.

L'analyse d'un tel matériau risque d'être teintée par la propre histoire et les propres représentations de l'investigateur, notamment pour un sujet aussi sensible que celui de la prostitution. Nous avons essayé de limiter cela au maximum, avec la réalisation d'un double codage en aveugle, ainsi que la revue du codage par un autre chercheur. Les entretiens dans différents types d'associations ont également permis d'élargir grandement notre point de vue.

## B. RÉSULTATS

### 1. *PROBLÈMES DE SANTÉ*

#### a) **Des problèmes multiples**

Comme nous le voyons, les problèmes de santé sont multiples, et loin d'être limités aux problèmes de santé sexuelle, quand bien même il serait une erreur de les nier. Des problèmes dont l'incidence augmente avec l'âge se surajoutent chez les plus âgées, tels que l'arthrose, la cataracte ou la dyslipidémie.

#### b) **Des problèmes liés à la prostitution ou à la rue**

Certaines pathologies peuvent être secondaires à une prostitution à type d'abattage. Ainsi, il n'est pas impossible que les kystes ovariens de Miruna soient secondaires à ce type de prostitution, elle qui avait été prostituée de force dès l'âge de 15 ans. Danielle, elle aussi, disait avoir de nombreux problèmes utérins du fait de l'abattage.

D'autres pathologies peuvent être liées au travail de rue, telles que les problèmes respiratoires, d'autant plus que les femmes sont en grande majorité des fumeuses. Les longues heures à attendre dans le froid renforçaient un certain nombre de douleurs ostéo-articulaires

telles que l'arthrose, ou au niveau d'anciennes fractures. Une des femmes interrogées toussait énormément à cause des pics de pollution.

### **c) Santé gynécologique et IST**

Sur le plan gynécologique, une grande partie des femmes avait avorté, probablement plusieurs fois pour la plupart. Si pour certaines, elles étaient tombées enceintes avec un client, suite à une rupture de préservatif, d'autres disent qu'elles étaient tombées enceintes avec leur compagnon. Au cours des entretiens, nous avons retrouvé ce que montrent nombre d'études de par le monde: les femmes utilisent le préservatif quasi systématiquement avec leurs clients, mais beaucoup moins systématiquement avec leur compagnon. Or, nombreuses sont celles qui n'avaient pas une contraception autre que le préservatif. Ainsi Fanny, qui disait n'avoir jamais supporté de moyens de contraception, ne se protégeait pas avec son compagnon. Elle a avorté quatre fois, et était toujours tombée enceinte avec son compagnon. Lors de l'Atelier Santé, plusieurs femmes disaient ne voir leur petit ami que tous les 3 à 4 mois. On peut supposer ces compagnons fidèles, mais devant une telle mobilité il nous est autorisé de suspecter une appartenance à quelconques trafics, et de mettre en doute leur fidélité. Le fait qu'elles puissent ne pas utiliser de préservatif avec eux nous semble les exposer particulièrement aux risques non seulement d'une grossesse, mais également d'IST.

Si les IST ne semblent envisagées qu'avec les clients, la grossesse, elle, ne semble parfois envisagée qu'avec le compagnon... Ainsi, lors de l'Atelier Santé, une des femmes ne comprenait pas pourquoi il fallait qu'elle prenne la pilule tous les jours, alors qu'elle voyait son petit ami tous les 3 ou 4 mois. Rencontrer tous les jours des clients ne semblait pas dans son esprit être associé à un risque de grossesse. Il faut continuer à promouvoir le préservatif contre les IST, avec le compagnon comme avec le client. Mais contre la grossesse non

désirée, il est important qu'elles comprennent l'importance de l'associer à un autre moyen de contraception efficace, le préservatif seul ayant un indice de Pearl<sup>1</sup> relativement mauvais.

#### **d) Santé psychologique**

Les problèmes d'ordre psychologique sont également très représentés. Leur prise en charge est particulièrement compliquée, d'après ce que nous confiait Pénélope G. La barrière de la langue est particulièrement difficile à contourner dans le cadre des soins psychologiques et psychiatriques. Il y a également la difficulté pour certaines à raconter à plusieurs reprises leurs histoires. Certaines peuvent alors avoir un discours extrêmement construit sans aucune émotion, d'autres ne voudront simplement plus en reparler. En libéral, les soins sont particulièrement coûteux. Dans le public, l'accès aux CMP se fait en fonction du lieu de vie (et non de l'adresse administrative). Celles qui ne peuvent fournir un justificatif quant au lieu de vie ne peuvent donc pas y avoir accès. Lorsque leur liberté de consultation est limitée par un souteneur, le suivi dépasserait rarement une ou deux consultations. Jean-Marc A., de l'Amicale du Nid, soulignait également que pour les problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique, parfois l'accroche entre la patiente et le soignant ne se faisait pas. Le manque d'alternatives aux CMP était alors criant. D'autres structures existent, mais les temps d'attente sont extrêmement longs selon Pénélope G. C'est le cas pour le Centre Minkowska (spécialisé pour la santé mentale des migrants) (99), qui nécessiterait deux mois d'attente, ou pour l'Institut de victimologie-psychotraumatisme (100). Les femmes ont également l'impression d'être souvent incomprises. Pénélope citait par exemple une femme dont le psychologue pensait qu'elle se droguait, alors qu'elle lui disait juste prendre des médicaments pour ses céphalées, « drugs » en anglais... Selon elle toujours, les prostitué(e)s ont besoin de médecins avec une grande souplesse. C'était le cas de la psychologue travaillant avec l'ABDF: elle

---

<sup>1</sup> *indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode.*

rappelle plusieurs fois les femmes avant les rendez-vous, accepte les retards, de les voir même si elles ne sont pas venues trois, quatre ou cinq fois. C'est le seul moyen selon Pénélope pour accrocher ces filles, pour qui cela ne marche pas dans un système trop rigide.

Les femmes qui décrivent des symptômes d'ESPT ont été victimes de traumatismes, souvent à type de violences. Ces violences peuvent être liées à un mécanisme de traite, que ce soit en lien ou non avec la prostitution. C'est le cas de Betty ou Danielle, victimes de prostitution forcée. Pour Naïma, les reviviscences sont essentiellement liées aux violences vécues au cours d'exploitation domestique. Son syndrome dépressif, lui, semble lié à ce qu'elle a pu vivre dans son expérience prostitutionnelle au foyer, avec une dévalorisation de l'image de soi, et une perte de confiance en l'autre, notamment en les hommes. Ces traumatismes peuvent être aussi liées à une agression particulièrement violente comme Kelly ayant développé une ESPT sévère suite à la tentative d'homicide dont elle a été victime.

Lorsqu'on suit une femme prostituée en cabinet de ville (ou à l'hôpital), il semble alors nécessaire de ne pas s'arrêter à la première demande, qui est souvent, nous l'avons vu, une demande de médecine générale simple. L'exploration des violences ne devrait pas être difficile auprès d'un public de femmes, plusieurs auteurs suggérant que le dépistage des violences physiques, psychiques ou sexuelles devrait être systématique chez les femmes (101). Cela serait peut-être un moyen pour dépister les personnes victimes de traite, et de manière plus large se prostituant. Il faudrait également rechercher chez ces femmes des signes de dépression, voire de syndrome de stress post-traumatique. Il est important de savoir qu'il existe certaines structures à Paris, comme celles citées précédemment.

### e) La santé : une priorité ?

La plupart des femmes semblent mettre la santé en première position de leurs listes de priorités. Pourtant, malgré ce discours faisant presque l'unanimité, force est de constater que ce n'est pas toujours le cas. Les retards de prise en charge ne sont pas forcément liés à un problème de d'assurance maladie ou de migration, comme le montrent les cas de Joëlle et Camille, opérées en urgence pour une hystérectomie et une perforation d'ulcère. Une des femmes interrogées me disait que la plupart des femmes prostituées qu'elle connaissait consultaient de temps en temps chez le médecin, mais uniquement pour des problèmes aigus ou urgents ; elles n'avaient pas de médecin traitant.

Un certain nombre n'a effectivement pas de suivi régulier. Certaines, notamment les Nigérianes, semblent très désireuses d'un tel suivi. Ainsi, lors de l'atelier, elles étaient très envieuses d'Anna, qui avait une gynécologue qu'elle voyait régulièrement. Ce semblait être un signe de maturité, presque un signe d'accomplissement. Si pour certaines, l'absence de suivi régulier est liée à des problèmes d'assurance maladie ou de langue, pour d'autres, c'est la représentation même de la prévention et du dépistage qui fait obstacle. Ainsi, une des femmes interrogées, Katia, ne voyait pas l'intérêt d'avoir un suivi gynécologique puisqu'elle n'avait jamais eu d'infection. La notion de dépistage n'est pas présente à son esprit. Elle semble confondre aussi, et ce n'est pas la seule, le frottis cervico-vaginal à visée de dépistage, et le prélèvement à la recherche d'une infection. N'ayant jamais eu d'infection génitale, elle n'a pas de raison d'aller faire un frottis. Et le fait d'avoir toujours mis des préservatifs la rendrait peu à risque d'un cancer du col. On le voit, les représentations des différents examens de dépistage, liées le plus souvent à une méconnaissance de cet examen, sont donc un obstacle à leur réalisation.

Pour les vaccins, un phénomène similaire est observable. Nous avons discuté avec deux d'entre elles, toutes deux Françaises, de la pertinence de la vaccination contre l'hépatite

B, qu'elles ont refusé de faire. Il est intéressant de noter qu'aucune des deux ne semblait savoir ce qu'était cette maladie, ni comment elle se transmettait. Leur idée sur la vaccination n'en était pas moins arrêtée. La question de la vaccination n'était pas simple à aborder avec les femmes migrantes, comme nous pouvons d'ailleurs le constater avec n'importe quel migrant en PASS : ils ignorent s'ils ont été vaccinés au pays, quand et contre quoi. Une remise à jour est souvent nécessaire. Il est intéressant, mais malheureux, de voir que le fait d'être suivie régulièrement par un médecin généraliste n'était pas une garantie d'une bonne vaccination. Celles qui étaient passées par des structures de type PASS, CDAG, CMS ou via une association telle que l'ABDF avaient des vaccinations plus à jour que les Françaises, pour la plupart non vaccinées depuis l'enfance, et non vaccinées contre l'hépatite B.

## 2. *PARCOURS DE VIE*

Comme nous l'avons vu, de nombreux facteurs sont liés au parcours de vie.

### a) **Précarité**

Plusieurs femmes rencontrées ont connu des situations de grande précarité : nuits dans la rue, logement par le 115, pas de quoi manger, pas de lieu où se laver... Elles sont alors dans une situation d'extrême vulnérabilité, et particulièrement à risque de prostitution. Certaines ont été amenées suite à ces périodes de grande précarité à des conduites prostitutionnelles. Le travail réalisé par l'Amicale du Nid (AdN) pour prévenir la prostitution, lorsque les femmes sont en situation de précarité est essentiel. Ils identifient les facteurs de risque à une situation prostitutionnelle et essaient d'agir en amont. C'est ainsi qu'une jeune femme rencontrée au cours des entretiens (non incluse dans cette étude, car elle n'a finalement pas connu la prostitution), a finalement été prise en charge par l'association alors qu'elle errait depuis plusieurs jours dans le métro parisien. Combien de temps aurait-elle tenu avant d'enfin accepter les honnêtes propositions de ces messieurs de l'héberger ?

Nous ne sommes pas là pour juger de l'intrinsèquement bon ou mauvais de la prostitution, encore moins pour juger celles qui l'exercent, que ce soit ou non de manière librement choisie et assumée. Néanmoins, il n'y a pas nécessairement besoin d'un souteneur, ni d'être victime de traite des êtres humains, pour être victime de la prostitution. Les situations de grande précarité peuvent entraîner une situation prostitutionnelle, qui n'est alors pas véritablement choisie. La prostitution devient alors une grande violence.

Certaines associations semblent faire une différenciation sémantique entre la traite des êtres humains à des fins prostitutionnelles (= non choisie), et la prostitution (sous-entendue non contrainte = forcément choisie). Comme si c'étaient deux mondes totalement à part, que nous ne parlions pas des mêmes réalités. Nous forçons le trait, mais nous avons vraiment entendu ce type de discours. Or, nier le fait qu'il puisse y avoir une prostitution qui soit à la fois non contrainte par un souteneur et non choisie, nous semble à la fois une erreur, et un vrai obstacle pour accueillir les personnes qui se trouveraient dans cette situation. En effet, imaginons que pour moi, une prostitution non contrainte est forcément choisie, comment accueillir celle qui me dit « J'en ai marre. C'est pas un métier. J'en peux plus ! » ? Je risque de lui dire « Allez, courage, tu connais les réalités de ce métier ! Tu vas pouvoir construire ta maison c'est merveilleux ! ». J'ai réellement entendu ce type d'échange lors de tournées, et avais un sentiment de malaise profond : la personne n'avait pas été entendue.

Et qu'en est-il de l'accès aux soins ? Nous l'avons vu, la santé est une priorité. Mais quand il est difficile de trouver de quoi payer sa chambre d'hôtel, ou qu'on n'a pas de quoi nourrir ses enfants, comment ne pas mettre au second plan les questions de santé ? Comment ne pas cibler les seuls soins urgents ? Nous le voyons bien avec Zohra : les seules consultations qu'elle rapporte concernaient des problèmes urgents, qui soit compromettaient son travail, soit lui faisaient particulièrement peur. À côté de cela, aucun suivi, aucun

dépistage, aucune prévention sinon celle de la santé sexuelle. Et encore, pour ce dernier point, les études montrent que les prostituées vivant dans la rue, usagères de drogues, ou aux conditions de vie particulièrement difficiles, ont plus de difficulté à négocier le port du préservatif lors des relations sexuelles (55) (3).

Une autre forme de précarité règne sur nos trottoirs parisiens : celle liée l'âge. Une association s'occupe exclusivement des femmes de plus de 60 ans. Elle s'appelle Avec nos aînées (ANA). Gabrielle Partenza, présidente et fondatrice de cette association, déplore la précarité de ces femmes, souvent obligées de continuer à se prostituer pour pouvoir survivre. Elles ont moins tendance à se protéger, disant : « J'ai un pied dans la tombe, qu'est ce que j'en ai à foutre ? ». Elles doivent donc ajouter aux maladies liées à l'âge celles liées au sexe. Elles ne sont pas épargnées par les violences, notamment sexuelles. Mais Gabrielle Partenza déplore les plaintes qui n'ont jamais de suite, comme dans un article publié sur Rue89 en 2010 (102) : « *C'est inadmissible de la part des associations et de l'État de ne pas s'occuper de ces femmes-là* ». Pourquoi une telle précarité ? Soit parce qu'elles n'ont pas pensé à la suite, quand elles auraient pu mettre de côté, soit parce qu'un compagnon leur a tout pris, ou le fisc, soit encore parce que leur famille les a abandonnées, comme le souligne dans le même article Marie-Elisabeth Handman, sociologue spécialisée dans les questions prostitutionnelles : « *Ce sont des femmes qui ont souvent partagé leurs gains avec leur famille quand elles étaient jeunes et quand les gains sont devenus riquiqui, elles ont été abandonnées* ». Des associations comme ANA proposent donc à ces femmes marginalisées, n'ayant aucun accès aux structures d'État, des studios aux normes des maisons de retraite classiques, avec un accompagnement social, notamment pour les aider à sortir de la prostitution si elles le désirent. Les femmes de plus de 60 ans que nous avons interrogées étaient mariées, et ne souffraient pas d'une telle précarité.

L'AdN suit aussi tout un public de femmes, souvent jeunes, nées en France dans un environnement familial toxique, ou qui sont passées par un vécu institutionnel tel que l'ASE ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Elles peuvent alors être amenées à des situations de prostitution, pas forcément sur des lieux d'habitation, mais dans des bars plus ou moins officiels, ou proposent des services sexuels contre hébergement. Nous n'avons pas rencontré de ces jeunes femmes.

## **b) Migration**

Beaucoup de femmes interrogées étaient immigrées. La durée de leur présence en France variait de quelques mois à plusieurs années. Migration et prostitution peuvent être rapprochées de deux manières. La première est que la migration en tant que telle est un facteur de risque de prostitution, par l'isolement qu'elle peut provoquer. Cela concerne le plus souvent les femmes sans papiers, et donc sans travail. Lorsqu'une femme est à la rue, sans famille, sans proche pour l'aider ou l'héberger, maîtrisant parfois mal la langue française, la prostitution peut devenir le seul moyen pour manger et avoir un toit. Fatou et Naïma étaient toutes deux tombées dans des situations prostitutionnelles alors qu'elles étaient extrêmement isolées, et à la rue, dans un contexte d'immigration.

Le deuxième lien entre prostitution et migration concerne les femmes victimes de traite. Il y a initialement un désir migratoire, que ce soit pour des raisons familiales, économiques, religieuses, politiques ou encore de guerre. C'est au moment où la personne est particulièrement vulnérable qu'elle rencontre quelqu'un lui proposant de la faire partir. Il lui promet monts et merveilles : un travail, la richesse, le mariage... La personne accepte, vient alors en Europe, et fait rapidement face à la réalité de ce qui l'attend.

La migration est associée à elle seule à de nombreux obstacles. Parmi eux, les deux obstacles majeurs observés pour accéder au soin étaient l'absence d'assurance maladie et

l'obstacle de la langue. Celles qui n'avaient pas d'assurance maladie n'avaient pas forcément connaissance des différentes structures pouvant tout de même les accueillir et leur donner des médicaments. De nombreuses femmes étaient en rupture de droit de leur AME au moment des entretiens, c'est-à-dire qu'elles étaient en attente du renouvellement de leur AME, et plusieurs retardaient des soins plus ou moins nécessaires pour pouvoir consulter. Un médecin généraliste travaillant à la consultation « éducation – prévention – dépistage » en gynécologie à l'Hôtel Dieu, me disait qu'il était difficile de réorienter les femmes sur une consultation de ville, notamment à cause des périodes de rupture de droit où elles ne pouvaient plus consulter en libéral, les ramenant invariablement vers les structures PASS. Cela avait comme première conséquence une rupture dans la continuité (et donc la qualité) des soins. Au-delà de l'assurance maladie, l'absence de papiers de séjour était vue par beaucoup de migrantes comme un obstacle pour leurs soins. Pas de papiers, cela signifie pas de travail, et alors tout est plus difficile.

Nous l'avons vu, la non-maîtrise de la langue française est elle aussi un obstacle majeur, tant pour l'accès aux soins que pour le reste des besoins (papiers, travail...). Pour le soin, cela se retrouve à tous les niveaux : faire les demandes d'AME ou de CMUc, trouver la structure, prendre un rendez-vous, dicter son nom, exposer sa plainte au médecin, comprendre ses conseils, explications et prescriptions, discuter avec le pharmacien... Certaines associations ont bien compris la priorité qu'était l'apprentissage du français, en proposant des cours de langue française. Cela nous paraît essentiel à toute intégration. Toutes les associations accompagnaient également régulièrement des patientes à l'hôpital ou chez le médecin, pour aider à toutes ces étapes jusqu'à la consultation, voire à traduire au cours de la consultation. Si certaines se débrouillaient pendant la consultation, elles étaient incapables de prendre elles-mêmes un rendez-vous. Le travail de médiation des associations est absolument colossal : orientation vers différents spécialistes, prise des rendez-vous, appui par téléphone

voire par lettre en cas de refus de prise en charge d'une fille. Nous n'osons imaginer quelle aurait été l'ampleur du renoncement au soin, chez différentes femmes rencontrées, sans ce travail de médiation et d'accompagnement des associations.

La migration est associée également à de nombreuses peurs. La peur de l'expulsion d'abord, pouvant les freiner à consulter notamment dans des services d'urgence où la police est souvent présente. Cette peur de l'expulsion peut les rendre également plus à risque de violence. Nous avons effectivement rencontré beaucoup de crédulité chez ces femmes auprès de leurs clients, qui les menaçaient d'expulsion en cas d'appel des secours. Cela s'observe également, et probablement de manière encore plus pernicieuse, avec les « Madams » et souteneurs. Isolées, les femmes qui se prostituent n'ont pas forcément la possibilité de confronter ce qui leur est asséné comme une vérité, avec la réalité. Un vrai lien de confiance doit être tissé avec les associations et les autres personnes qu'elles vont rencontrer en dehors du milieu de la prostitution, afin de sortir de ces terribles « bourrages de crâne » aliénants.

Yane Tardif parle dans sa thèse (90) de l'acculturation, ce que nous avons jusque-là qualifié de représentations. Il développe dans son travail l'impact de l'acculturation dans l'accès aux soins, en prenant l'exemple du SIDA. La peur que le secret médical ne soit pas respecté comme c'est le cas en Afrique, (ou l'ignorance de l'existence d'un tel secret comme observé lors de l'Atelier Santé), fait que les femmes préfèrent parfois ne pas connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, afin de ne pas être rejetées de la communauté. Pour les Africaines, le SIDA est parfois considéré comme une maladie divine, ou une fatalité. C'est donc auprès de Dieu, ou du sorcier, qu'il faut trouver la guérison, et non en premier lieu auprès du médecin. Mais elles peuvent accepter une thérapeutique occidentale tout en attribuant une origine divine à la maladie. Il semble donc important de rechercher et de comprendre les différentes représentations de la maladie, imprégnées par la culture. Dans le

cas contraire, le médecin aura peut-être donné toutes les informations et conseils nécessaires, il pourra avoir fait complètement chou blanc, car la patiente n'aura pas les mêmes clés pour comprendre ce discours. On risque d'entrer dans un dialogue de sourds. Il est également essentiel de rappeler le secret médical, pierre angulaire de la confiance entre le patient et son médecin, et donc d'un partage en vérité.

Dans la même idée, nous avons vu que les femmes avaient de nombreuses représentations par rapport à leur corps. Le sang semble représenter la vie. Dans *Faire de la recherche médicale en Afrique*, d'Ashley Ouvrier (103), l'auteur analyse les représentations du sang dans la ville de Niakhar au Sénégal dans le cadre d'une recherche clinique (en précisant que c'est superposable à d'autres expériences africaines). Le sang serait vu, dans nombre de sociétés africaines, comme assurant la force de l'individu. Tout prélèvement de sang régulier ou jugé trop important peut donc risquer d'affaiblir l'individu et de rompre son équilibre vital, l'exposant alors à la maladie ou à la mort. La diminution du volume sanguin peut être considérée comme irréversible. Il est important de préciser que, toujours selon l'auteur, le sang tient une place importante dans la sorcellerie, car il est utilisé par les sorciers pour les meurtres par ensorcellement. D'après ses observations, le fait de ne pas pouvoir contrôler le parcours du sang freinait les habitants de la ville à participer à la recherche clinique, par crainte des actes de sorcellerie qui pourraient être commis avec leur sang.

Peut-être est-ce en lien avec ces différentes visions du sang que toute perturbation des menstruations leur est extrêmement angoissante. La grossesse est très mal acceptée dans certaines traditions, comme nous l'expliquait une des Nigérianes, lorsqu'elle survenait hors mariage, l'enfant étant alors considéré comme un bâtard. L'infertilité est également source de rejet dans de nombreuses sociétés africaines. Nous avons échangé avec une consœur ayant exercé à la PASS de l'Hôtel Dieu, qui nous disait que pour les femmes africaines, avoir ses

règles était synonyme de vie. Elles considèrent également que c'est du mauvais sang qu'il ne faut surtout pas empêcher de sortir. Comprendre cette peur à la fois de la grossesse, de l'infertilité, et ces représentations des menstruations, est nécessaire pour comprendre leur approche de la contraception. On ne peut se dispenser d'explorer avec elles ce que cela représente, pour ainsi proposer une contraception qui ne modifie pas leur cycle, et d'aborder la question de l'infertilité dans la contraception. Ne pas chercher à comprendre ces situations angoissantes pour elles les laisse dans un sentiment de n'être pas comprises, et elles n'accepteront pas ce que nous leur proposerons.

Les méconnaissances n'étaient pas l'exclusivité des étrangères nous l'avons vu, mais étaient particulièrement criantes chez les Nigérianes, non seulement sur des sujets concernant leur santé, mais également leur corps. L'Atelier Santé nous le montrait. Elles ignoraient tout de ce qui fait leur corps, mais avaient une grande soif de connaissance. Une bénévole des Captifs me disait qu'elle avait acheté des livres de biologie simples, et repris de nombreux dessins, traduisant les textes en anglais. Les femmes regardaient ces livres avec énormément d'attention, en posant de nombreuses questions. Les Ateliers Santé-Liberté du bus des femmes, ou des ateliers proposés par les Captifs selon le même principe, sont l'occasion de discuter de nombreux sujets relatifs à la santé, au corps, et de répondre à ces interrogations.

### **c) Exploitation**

#### *i. Exploitation et santé*

Comme nous l'avons vu, la réalité de l'exploitation rend l'accès physique aux soins difficile voire impossible. Le « aller vers », réalisé par des associations de santé et celles prenant en charge les prostituées, devient un outil indispensable. Au-delà de l'accès physique, cela donne un accès à la prévention et à l'éducation, que ce soit en santé sexuelle ou de manière plus large. Cela permet de rompre l'isolement, et de délivrer d'autres messages que

ceux donnés par les souteneurs : vous avez un droit au soin, vous pouvez vous faire soigner gratuitement dans certaines structures, vous pouvez avoir une assurance maladie, vous avez la possibilité de porter plainte si quelqu'un vous violence... Bref : vous n'êtes pas une marchandise mais vous avez des droits.

Les femmes victimes d'exploitation (sexuelle ou non) semblent également plus à risque de troubles psychologiques, notamment d'état de stress post-traumatique. Le tableau suivant présente le nombre de femmes ayant présenté différents signes de troubles psychiatriques, selon que la personne a été ou non victime de traite.

***Tableau 9 : Troubles psychiatriques et traite***

	Victimes de traite certifiées (n=5)	Victimes de traite probable (n=4)	Non victimes de traite ou inconnu (n=10)
Signes d'ESPT	2	2	0
Signes de dépression	3	2	2
Troubles anxieux	2	4	3
Suivi psychologique ou psychiatrique	3	2	2

*ii. Lutte contre la traite*

Une lutte efficace contre la traite, une des femmes en parle, semble absolument nécessaire. Il règne une forme d'impunité, semble-t-il, en ce qui concerne le proxénétisme. Dans son livre *À vendre, Mariana, 15 ans* (104), Iana Matei met en avant la réalité de la traite des êtres humains en Roumanie. Elle a créé un foyer dans les Carpates pour accueillir des jeunes filles, pour la plupart mineures, qui ont été vendues et prostituées de force dans différentes villes européennes. Elle tire une sonnette d'alarme, ou pousse plutôt un cri de détresse : quand allons-nous réellement prendre au sérieux la réalité de la traite ? Comment est-il possible qu'un trafiquant de drogues risque plus gros qu'un trafiquant d'êtres humains ? Interviewée par le Journal du Dimanche, elle ne mâche pas ses mots pour condamner notre regard sur la traite et la prostitution en général : *"Nous vivons dans des sociétés prétendument*

*modernes où l'on vend des enfants!" [...] "Dès qu'on parle de sexe, tout se brouille. Les préjugés sont tellement forts. On imagine mal qu'une prostituée n'ait pas réellement choisi son destin. Chez vous, à l'Ouest, les prostituées étrangères sont des figures floues qui ne suscitent guère la compassion. A l'Est, chez nous, les moyens manquent. La police et la justice sont largement corrompues et la plupart des gens se disent que ces filles-là l'ont bien cherché." (105). Elle se refuse à tout débat sur la légalisation ou non de la prostitution. Elle fait un constat : il n'y a pas de solution idéale. Quel que soit le pays, ces filles ont vécu des atrocités. "Pendant qu'on ergote sur ces questions-là, le trafic se développe. Il n'existe pas de modèle idéal, il faut bien entendu distinguer la prostitution volontaire et l'exploitation sexuelle. Mais, de grâce, concentrons-nous sur les organisateurs de la traite!"*

En France, nous avons un dispositif de protection des victimes si elles décident de porter plainte contre leur souteneur. C'est le dispositif AC.SÉ : dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite. Ce dispositif propose un hébergement et un accompagnement pour les personnes victimes de traite en danger ou en grande vulnérabilité, sur un lieu qui soit éloigné géographiquement de son lieu de résidence. Entre janvier et août 2015, le dispositif a pris en charge 44 personnes victimes orientées principalement par des associations parisiennes (en particulier l'ABDF et l'Association Foyer Jorbalan<sup>1</sup>). Les femmes venaient de 11 pays différents (à noter : 31 Nigérianes), et étaient quasi exclusivement victimes de traite aux fins d'exploitation sexuelle. Il est important de noter que pour accéder à ce dispositif il n'est pas nécessaire de porter plainte. Cependant 60% des femmes prises en charge au sein du dispositif avaient porté plainte (106).

La lutte contre la traite reste une priorité. Au vu des échanges au niveau international et plus particulièrement au sein de l'espace Schengen, cette priorité ne peut être pensée uniquement au niveau de notre pays, mais à une plus large échelle. Et il faut prendre en

---

<sup>1</sup>Foyer de mise à l'abri situé à Paris.

considération là où en est chacun des pays. Comme le souligne Iana Matei dans son ouvrage, la Roumanie est un pays extrêmement corrompu, notamment au niveau de sa police. L'agence nationale de lutte contre le trafic d'êtres humains a, suite à l'intégration dans l'Europe, créé une base de données regroupant toutes les informations personnelles des victimes (âge, nom, adresse, nom des parents, du trafiquant...), le but étant de faciliter la coopération avec les autres pays européens. Il n'est pas possible d'être pris en charge par ce programme en cas de refus de coopération... Or aucune des filles prises en charge par Reaching Out<sup>1</sup> n'a jamais accepté ce fichage et elles préfèrent retirer leurs plaintes : elles ont trop peur des mains entre lesquelles ces fichiers pourraient tomber. Il n'y a pas que la Roumanie qui mette des conditions pour l'aide aux victimes. À l'opposé, Iana Matei donne en exemple le Danemark ou l'Italie, où l'assistance médicale, sociale, juridique ou financière n'est pas soumise à condition, estimant qu'une victime non contrainte a plus de chances de coopérer. Selon la police danoise, le nombre de procès contre le trafic sexuel a grimpé de 80% depuis cette loi.

Elle souligne enfin la nécessité de vraies mesures coercitives. Quelle blessure supplémentaire infligée à ces jeunes filles vendues, prostituées de force, quand elles ont le courage de venir témoigner, face à leur bourreau, de voir qu'il est condamné à trois ans de prison ! (Ce qui était en moyenne la durée des peines infligées dans les différents pays d'Europe aux proxénètes des filles de Reaching Out.) La plus lourde peine qu'elle a vu infliger était 9 ans de prison, en Italie, un des seuls pays à cumuler les chefs d'inculpation.

Iana Matei condamne également les politiques d'immigration, comme en France, où les filles sont ramenées massivement à la frontière sans même qu'on entende leur histoire. « *En Roumanie, les réseaux mafieux viennent cueillir les filles expulsées à la sortie d'avion et les réexpédient aussitôt dans un autre pays* » (104). Enfin, Iana Matei demande un vrai courage de la part des pays de l'Union Européenne : « *En réalité, tout le monde s'en fout.*

---

<sup>1</sup> Association fondée par Iana Matei pour prendre en charge les victimes de trafic sexuel.

*Sous prétexte que les filles qui arpentent vos trottoirs sont étrangères, on nous somme de laver notre linge sale en famille. C'est non seulement humainement scandaleux mais c'est aussi complètement stupide. Notre problème, c'est aussi le vôtre. Les trafiquants roumains recrutent chez nous, mais c'est chez vous qu'ils exportent leur malheureuse marchandise, ce sont vos ressortissants qui alimentent ce trafic, qui couchent avec elles pour le dire clairement. Voilà pourquoi l'Union Européenne doit aider la Roumanie » (104). La même réflexion doit être menée pour le trafic des Nigérianes, circuit à présent mieux connu, et contre lequel le Nigéria, pays ô combien corrompu également, peine à lutter.*

### *iii. Dimension spirituelle*

Nous avons vu que nous ne pouvons parler de la réalité de la traite nigériane sans parler de la magie noire. La jeune femme qui part prête effectivement un serment devant le sorcier, serment scellé par le « juju ». Ce « juju » et le rituel qui l'accompagne sont censés les protéger pendant le voyage, et les punir si elles ne remboursent pas. Il y a une emprise importante du « juju » sur ces femmes. La part psychologique est indéniable. Il faut les accompagner sur le plan psychologique et psychiatrique, par quelqu'un qui puisse comprendre ces croyances africaines. Car ce n'est pas uniquement un problème psychologique. Comment comprendre les angoisses, les mécanismes de peur, d'évitement, sans saisir ce que représente ce serment fait aux ancêtres ?

Mais au-delà du psychologique, il est question de spirituel ici, que l'on croie ou non à la réalité de la magie noire, des esprits, que l'on soit ou non croyant. Selon ce que nous disait une bénévole des Captifs, la plupart des Nigérianes, bien que chrétiennes, prient peu, semblent peu vouloir parler de religion. Mais les prières de rue proposées par l'association notamment à la paroisse Sainte Rita semblent attirer certaines femmes, de manière régulière, tous les mois. Ces espaces où les filles peuvent approfondir leur foi, prier et partager ensemble quelque chose d'autre que leur réalité quotidienne, pourraient être une petite porte

d'entrée pour qu'elles parviennent à aborder le sujet, voire de se libérer un peu de l'emprise du « juju ». Un accompagnement spirituel bien que difficile à mettre en place, nous semblerait intéressant à associer à la prise en charge psychologique, quand bien même il ne prendrait que la forme de temps de prière communs. Il s'agit avant tout d'ouvrir une porte.

### 3. PERSONNALITÉ

Les réactions face à un problème donné similaire seront différentes en fonction des personnes, influant donc sur l'accès aux soins. Elles sont marquées, nous l'avons vu, par le parcours de vie, mais également par l'éducation reçue, le milieu dans lequel la personne a grandi, ainsi que sa personnalité. Certes, la personnalité est évolutive et est aussi marquée par les événements de la vie, mais elle est également et surtout liée à ce qui constitue l'essence même de chacun dans sa dimension unique. Nous voyons bien les caractères et personnalités très diverses au sein de mêmes familles, parmi des personnes de mêmes communautés et milieux.

La réalité de l'âge ne va ainsi pas être reçue de la même façon selon les femmes, notamment en ce qui concerne le soin. Certaines, comme Noëlle, vont attendre d'avoir un certain âge (ainsi que de quitter la prostitution) pour réaliser tous les examens et bilans de dépistage qu'elles n'avaient jamais fait jusque-là. D'autres ont plus tendance avec les années à se laisser aller. Fanny sait qu'elle est plus à risque de certaines pathologies avec l'âge, mais a par conséquent encore moins envie de savoir.

Les retards de prise en charge, entraînant souvent des prises en charge en urgence, pour des maladies évoluées et engageant le pronostic vital, peuvent être liés à une forme de déni. Ce déni est-il une conséquence de la « décorporalisation » décrite par Judith Trinquart ? Cette thèse, si elle est très intéressante et d'une certaine pertinence, n'est néanmoins pas reconnue par tous, et nous n'avons retrouvé aucune autre publication scientifique la reprenant. La décorporalisation pourrait effectivement expliquer certaines formes de déni. Peut-être

celles-ci pourraient également s'expliquer par le fort caractère des femmes ayant choisi cette activité. La prostitution de rue implique de se défendre sans cesse, de faire face à de nombreuses violences. Elle impose de se blinder. C'est notamment chez ces femmes au caractère affirmé que nous avons pu observer des formes de déni sur le plan sanitaire, entraînant des retards de prise en charge et des prises en charge en urgence. Cela oblige donc au soignant à être vigilant, à ne pas s'arrêter à un discours de femme forte qui clame que tout va bien, mais à petit à petit percer cette coque. Ce déni n'empêche pas forcément le dépistage et la prévention, car la santé reste une priorité pour certaines qui ont compris que cela passait également par la prévention. Elles peuvent même avoir tendance à se surdépister, comme le disait l'une d'entre elles : elle a eu besoin que son médecin lui dise que les dépistages mensuels n'avaient pas de sens. Au soignant donc de proposer un rythme de dépistages raisonné.

Il est peut-être tout aussi difficile d'influer sur les peurs et phobies de l'hôpital. Celles-ci sont, comme toutes phobies, souvent irrationnelles. À noter que nous avons remarqué certaines de ces peurs chez nos « dures » précédemment décrites, dont certaines attitudes pourraient même servir de camouflage à certaines peurs pas toujours assumées. Ces peurs sont un obstacle sur lequel il est parfois difficile de jouer en tant que médecin, probablement du fait de leur caractère irrationnel. Comprendre ce que ces peurs représentent permettra peut-être de trouver des solutions de contournement.

Un obstacle majeur pour accéder aux soins était, nous l'avons vu, l'immaturation, l'impossibilité de se prendre en main de manière autonome pour des choses simples ou connues. Certaines, en France depuis peu, avaient rapidement trouvé leurs marques et s'étaient autonomisées. D'autres, là depuis plusieurs années, ne savaient toujours pas où se rendre pour une suspicion d'IST. Le parcours de vie a probablement un gros impact : prostitution dès l'âge de 15-16 ans dans un pays étranger au sien, traumatismes...

Les médiations par les associations (prise de rendez-vous, orientation, accompagnement) étaient un des moyens les plus efficaces pour accéder au soin. Le prénom de Pénélope nous l'avons vu revenait sans cesse au cours des entretiens. Il nous a fallu aller chercher dans des associations et antennes plus éloignées pour trouver des femmes qui ne connaissaient pas Pénélope. Mais à nouveau elles étaient souvent aidées par une assistante sociale, l'infirmière d'une structure de santé... Toutes les associations, quel que soit leur statut, ont dû développer des moyens pour faciliter l'accès aux soins, même si c'est plus marqué pour les associations de santé communautaires telles que l'ABDF ou le Lotus Bus.

#### 4. *DÉCORPORALISATION*

Nous avons décrit dans notre revue de littérature ce que le docteur Trinquart appelle la décorporalisation. Nous avons eu des difficultés à la rechercher au cours de ce travail. Certaines femmes, nous l'avons vu, décrivaient une forme de déni quant à leur état de santé. Judy, elle, décrit des troubles de sensibilité qui pourraient être rapprochés de ce que décrit le docteur Trinquart : sensation de corps vidé après avoir été avec un client, sensation « comme si elle portait un sac lourd », ou de ne plus ressentir son corps quand elle cache ses règles pour continuer à travailler. Cette jeune femme faisait partie de celles qui étaient en forte demande de soins.

Judith Trinquart considère dans sa thèse que la décorporalisation est le principal obstacle à l'accès aux soins, puisque la personne ne ressent plus le symptôme. Elle propose comme prise en charge la « recorporalisation ». Cela passe d'abord par la restauration de la parole. Selon elle, c'est souvent à la reprise de la parole que les personnes prostituées envisagent un processus de sortie de la prostitution, et commencent à consulter pour réaliser un bilan sanitaire. Cette parole doit être une parole libre, entendue. Judith Trinquart propose la présence d'un intervenant du domaine psychique dans chaque lieu d'accueil des personnes prostituées (fixe ou mobile), afin d'effectuer une première écoute au moment où elle a besoin

d'être délivrée. La deuxième étape serait la « dévictimation », lui permettant de passer de la place de victime à celle de personne active ayant réintégré son schéma et son image corporels (la « victimation », étape nécessaire qui consiste à se reconnaître victime avant de décider d'en sortir, doit être selon l'auteur courte chez la personne prostituée, se sachant souvent déjà victime). La troisième étape, commençant en même temps que les deux premières, est celle de la « recorporalisation », consistant en des thérapies à médiation corporelle telles que : relaxation et méthodes de relâchement tonico-musculaire, techniques de contacts sensoriels (massages, enveloppements humides), techniques d'expression et de dramatisation (danse, improvisation, expressivité du corps, jeu dramatique), la médiation physique et sportive.

L'ABDF a organisé dès le mois d'octobre ou novembre 2014 des ateliers d'improvisation pour les Nigérianes qui avaient été victimes de traite. Elles ont monté un spectacle d'improvisation, intitulé *Nigerian Drama*. Elles évoquaient au cours de courtes improvisations, des scènes communes de leur itinéraire au sein de la traite. Jouer leur propre histoire semblait réellement thérapeutique. Cela libérait la parole, et parallèlement leur permettait de se mettre en scène et de se réapproprier leurs corps et leurs voix. Et qui plus est, avec talent !

L'association avait également initié, conjointement avec « Aux captifs, la Libération », un travail avec une psychologue pour accompagner les femmes victimes de traite. Dans le cadre de ce programme, des ateliers de relaxation et de médiation corporelle étaient également proposés. Ces associations réglementaristes, que le docteur Trinquart fustigeait dans sa thèse en 2001 car ne s'intéressant qu'aux problèmes de santé sexuelle, prouvent qu'elles savent dépasser ces problèmes, pour finalement mettre en œuvre des thérapies allant dans le même sens que ce qu'elle propose elle-même ; même si le docteur Trinquart parle de la prostitution en général, alors que l'ABDF a mis en place ce programme uniquement pour les victimes de traite. Une vraie communication entre ces associations, en

respectant l'autre, permettrait probablement de faire tomber des murs inutiles, d'éviter les jugements et de s'enrichir de l'expérience des autres.

## 5. *LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION*

La question de la stigmatisation revient régulièrement au cours des discussions, qu'elle soit effectivement vécue, ou qu'elle soit une crainte de la part de la personne. La crainte d'être jugée. Cette crainte est liée généralement à un sentiment de honte lié à l'activité de prostitution. Camille, qui n'avait aucune honte de son activité, n'avait pas du tout peur d'être jugée. Elle semblait rire au nez de ceux qui la jugeraient! Ce qui est une belle arme. Elle n'en pointe pas moins la forte stigmatisation persistant dans la société, notamment au niveau des administrations.

Il semble important de lutter contre cette stigmatisation, notamment dans les structures publiques. Cela doit-il nécessairement passer par une réponse politique ? Le seul moyen est-il la reconnaissance de la prostitution comme un métier, avec son « code du travail », comme le demandent les réglementaristes ? Ce travail n'a ni la prétention ni l'objectif de répondre à cette question. Toujours est-il qu'avant une réponse politique il faut, nous semble-t-il, commencer par changer son regard. Ne pas regarder l'autre d'abord par le prisme de son image, plus ou moins publique : métier, couleur, religion, orientation sexuelle, bord politique... D'abord parce qu'on ne peut réduire, enfermer l'autre dans ces éléments, si nombreux soient-ils ; et ensuite car nous nous enfermons nous-mêmes dans nos propres projections et représentations. Bref, nous passons à côté de qui est réellement l'autre. Nous risquons alors de regarder la personne prostituée soit systématiquement comme une victime, quelle que soit son histoire personnelle ou le discours qu'elle pourra tenir ; soit on la regardera forcément comme quelqu'un qui a choisi sa situation librement, n'ayant pas de souteneur ni de contrainte physique. La question pour nous n'est pas de savoir si la prostitution « c'est bien ou pas », mais d'accepter l'autre tel qu'il est, d'essayer de

comprendre ses désirs, ses souffrances, ses moteurs. Comme médecins, notre rôle est alors d'identifier les besoins de la personne, formulés ou non, et d'y répondre au mieux.

## 6. *RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE*

### **a) Quant à la non-déclaration de leur activité**

La plupart des femmes que nous avons interrogées ne souhaitent pas parler à leur médecin de leur activité. Essentiellement à cause de la honte, ou parce qu'elles ne souhaitent pas qu'on les stigmatise. Certaines ne jugeaient pas cela utile. D'ailleurs, est-ce utile ? Nous en sommes convaincus. Nous avons vu dans la revue de littérature qu'elles étaient plus à risque d'IST, de grossesses non désirées, de troubles psychologiques ou encore de violences. Le fait que le médecin soit prévenu des sur-risques particuliers encourus pourrait aider à proposer une prise en charge plus adaptée, notamment dans le domaine de la prévention. Plusieurs femmes n'étaient pas vaccinées contre l'hépatite B malgré un suivi régulier. Le fait de savoir qu'elles se prostituaient n'aurait-il pas permis à leur médecin de leur expliquer l'intérêt d'une telle vaccination chez elles ? La réalisation des frottis cervico-vaginaux était également irrégulière. Une vigilance particulière, et une information sur les risques et les modes de transmission de HPV auraient probablement convaincu certaines d'entre elles de l'importance de réaliser le dépistage de manière plus régulière. L'absence de contraception aurait également pu être discutée, de même que la non utilisation du préservatif lors des relations privées. Cela permettrait au médecin de revoir avec sa patiente les connaissances sur la conduite à tenir en cas de rupture de préservatif...

La connaissance de ces risques pourrait également aider à l'orientation diagnostique. J'ai vu une fois en consultation de médecine générale une patiente qui avait été adressée par les urgences pour exploration de douleurs abdominales. J'ai reconnu qu'elle était Nigériane, et rapidement compris qu'elle se prostituait. Cliniquement et au vu de son activité, il était

évident qu'elle faisait une salpingite aigue. Si l'urgentiste avait su qu'elle se prostituait et qu'elle avait eu des ruptures de préservatifs, il l'aurait probablement orientée directement en gynécologie, et il y aurait eu un gain de temps (et d'argent) non négligeable pour elle.

Entendons-nous : cela fait partie des éléments de prévention on ne peut plus classiques en cabinet de médecine générale, et ce sont des messages qu'il faudrait délivrer avec tout patient. Mais une consultation est courte, et le motif de consultation, ne l'oublions pas, n'a souvent aucun lien avec les actes de prévention proposés. Cela fait partie de notre travail de médecin généraliste, de parler de prévention à un patient qui vient pour un mal de dos ou pour une angine. Cibler des messages essentiels paraît donc important pour hiérarchiser les différents éléments qu'on proposera à son patient. Notre pratique médicale est elle aussi conditionnée par nos représentations. Chez une jeune Algérienne musulmane pratiquante, nous ne pensons pas spontanément à axer nos messages de prévention autour de la conduite à tenir en cas de rupture de préservatif. Or, dans cette enquête, c'était celle qui était la plus à risque : vierge au début de ses conduites prostitutionnelles, et ayant grandi en Algérie, elle ignorait tout du préservatif, des risques d'IST ou de grossesse.

#### **b) Changer son regard**

Si certaines femmes pensent qu'elles seraient effectivement mieux prises en charge si elles disaient à leur médecin qu'elles se prostituaient, un des freins était qu'elles ne voulaient pas être stigmatisées. C'est cette fameuse étiquette « prostituée » qu'elles refusent de se voir coller sur le front. A nouveau, il est nécessaire de changer notre regard. Ce n'est pas parce que je sais que mon patient, M. X. est maçon, que je ne le vois que comme un maçon, quelle que soit sa plainte. Je le prends en compte s'il se plaint du dos par exemple, ou s'il a une tendinite de l'épaule. Mais il n'en demeure pas moins que c'est M. X que je prends en charge, et non pas « un maçon ». Cela devrait être la même chose pour les personnes en situation de prostitution. Il est bon que je sache que Mme Y. pratique la prostitution, pour avoir certains

points d'attention en tête, mais ce n'est pas une « prostituée » que je regarde et soigne en consultation. C'est bien Mme Y., que je ne peux réduire à l'étiquette précédente.

L'idéal serait que les femmes prostituées parlent elles-mêmes de leur activité à leur médecin. Mais comment ? Il paraît difficile de demander frontalement à la patiente si elle exerce la prostitution. Et par-dessus tout il est extrêmement difficile de reconnaître une femme qui exercerait la prostitution. Les clichés leur collent à la peau, mais dans la vie de tous les jours, la prostituée ressemble à madame tout-le-monde. Il est en tout cas nécessaire de tisser un lien de confiance avec chacun de nos patients. C'est cela qui avait permis à certaines femmes de le dire à leur médecin. Elles savaient qu'elles ne seraient pas jugées. Plusieurs avaient été adressées par des associations telles que l'ABDF ou l'Amicale du Nid, permettant au médecin de savoir d'emblée l'activité présente ou passée de leur patiente. Un dépistage systématique des pratiques sexuelles à risque, lors de l'interrogatoire, permettrait au cabinet de médecine générale d'être ce lieu de prévention et d'éducation qu'il est appelé à être, les méconnaissances étant, nous l'avons vu, sources de nombreuses prises de risque. Le dépistage des violences peut également être une porte d'entrée, lorsqu'on essaye de comprendre le contexte de celles-ci quand on les retrouve. Une petite affiche au cabinet invitant à en parler au médecin, ou des prospectus d'associations peuvent aussi être un moyen discret pour que la patiente comprenne qu'ici, elle peut en parler librement.

Il semble important également de pouvoir s'adapter à ce public. Cela passe par une certaine souplesse, comme cette psychologue travaillant avec l'ABDF, qui accepte des annulations de rendez-vous ou des retards. Avoir des plages sans rendez-vous faciliterait probablement les consultations, chez les femmes manquant d'autonomie, ayant de la peine à planifier leur vie.

### **c) Une structure dédiée ?**

Nous avons, lors des premiers entretiens, essayé de demander si elles seraient intéressées par des structures spécialisées pour les personnes en situation de prostitution. Si une des femmes a accueilli cette idée avec beaucoup d'enthousiasme, toutes les autres étaient partagées, voire franchement opposées à cette idée. Une des salariées de l'ABDF l'avait immédiatement adoptée, car cela permettrait de pouvoir soigner ces personnes sans stigmatisation, à des horaires adaptés, en étant au fait de leurs problématiques particulières, qu'elles soient liées à la prostitution en tant que telle, à la migration, ou à la précarité. Mais à nouveau, le caractère plus stigmatisant encore a été soulevé par la plupart des femmes. Cela vient confirmer ce qui était retrouvé dans le questionnaire de l'étude de Jeal et al.(3) auprès des prostituées de rue pour la plupart usagères de drogues à Bristol : seul un petit pourcentage utiliserait une structure dédiée.

Nous revenons donc à notre petit médecin généraliste, à notre gynécologue de ville. Ce sont eux qui peuvent suivre ces femmes sur la durée, dans cette relation de confiance tout à fait unique entre le médecin et son patient, en prenant en charge la personne à la fois dans sa globalité et sa spécificité. À nous, médecins généralistes, d'être compétents, d'être curieux, d'être intelligents. Selon Jean-Marc A., travaillant à l'Amicale du Nid, la consultation chez un médecin généraliste permet de rentrer dans le droit commun. Il disait vouloir tisser un réseau de médecins généralistes avec qui travailler. Non pas des médecins généralistes pour les prostituées, simplement des médecins généralistes. Mais de bons médecins généralistes. Il disait vouloir faire la même chose en psychiatrie. L'AdN a un partenariat avec le CMP de Sainte-Anne. Une fois par semaine, un psychiatre de Sainte-Anne rencontre les travailleurs sociaux de l'AdN. Ils ne trahissent pas le secret médical, mais font le point pour savoir si telle ou telle personne s'est rendue ou non à son rendez-vous, si il y a eu des difficultés etc. Cette mise en lien participe au soin.

## VI. CONCLUSION

Notre question est délicate, et ses réponses doivent être accueillies avec beaucoup de prudence. De nombreux obstacles à l'accès aux soins ont été ici identifiés. Mais comme nous l'avons vu, la prostitution est une réalité aux visages aussi multiples que les personnes qui l'exercent. Beaucoup d'entre elles ne se reconnaîtront pas dans des réalités décrites par d'autres. L'accès aux soins sera essentiellement marqué par ce qui caractérise la personne dans toutes ses dimensions : physique, psychique, sociale, spirituelle, intellectuelle... Certaines appartenaient à une même communauté, ont fait face à un même système de traite ou à des conditions de vie similaires, et ont pu expérimenter des difficultés semblables pour accéder au soin. Mais cela ne nous a pas empêché de mettre en exergue de grandes différences d'accès aux soins au sein de ces mêmes communautés.

Il est difficile de dégager des obstacles à l'accès aux soins qui seraient spécifiques à la prostitution. La stigmatisation, entre tous, est peut être un des plus spécifiques. La peur des préjugés est un élément présent chez la plupart des femmes, qui n'oseront pas révéler leur activité à leur médecin. De nombreux autres obstacles à l'accès aux soins sont attribuables quant à eux à la migration, à la précarité, au travail de rue, à certains traits de personnalité. Ces facteurs sont probablement plus fréquents chez les femmes qui se prostituent que dans la population générale, mais ne sont pas pour autant spécifiques de la prostitution. Ce qui fait la spécificité de cette population serait donc l'accumulation de facteurs de fragilité, qui les rendent particulièrement vulnérables, et donc particulièrement à risque sur le plan sanitaire.

Comme soignants, nous ignorons souvent l'activité de nos patientes. Il nous faut donc être, de manière générale, particulièrement attentifs, pour repérer et prendre en charge ces différents facteurs de fragilité. Il est important de changer notre regard sur l'autre, d'essayer de nous libérer de nos représentations, de nos projections, pour être réellement à l'écoute. Et surtout ne pas limiter ces femmes à leur activité, ni à leur santé sexuelle.

Le travail des associations est considérable, avant tout grâce à l'écoute qu'elles offrent aux femmes qui se prostituent, en allant vers elles, et en posant sur elles un regard autre que celui du client ou du souteneur. C'est aussi un moyen efficace pour aborder la question de la santé, par des manœuvres de prévention, d'éducation, d'orientation. Elles n'ont pas vocation à remplacer une prise en charge hospitalière ou de ville, mais permettent un premier contact. Elles aideront alors certaines femmes à réintégrer un système de soins, à première vue trop complexe. La question de la santé est aussi une porte d'entrée intéressante pour aborder les problèmes administratifs, la traite, les violences etc.

La lutte contre la traite nous semble être une priorité, en réévaluant complètement l'approche du problème. L'assistance aux victimes ne devrait pas être conditionnée à la coopération avec la police. Cela permettra à la fois de lutter plus efficacement contre la traite, tout en facilitant pour les victimes l'accès aux soins, au droit, à la sécurité. Il ne faut pas oublier qu'elles sont avant tout des victimes, et que les consommateurs de ce trafic se trouvent dans notre pays. La manière dont nous traitons nombre d'entre elles aujourd'hui confirme que nous les considérons, comme leurs proxénètes, comme des marchandises.

Il serait nécessaire de conduire une étude quantitative, beaucoup plus large, pour évaluer le poids de chacun des obstacles à l'accès aux soins chez les femmes qui se prostituent. Il serait intéressant d'étudier cette question auprès des personnes se prostituant sur internet, où associations et communauté ne sont plus là pour rompre la solitude. Il faudrait évidemment étudier aussi le problème de l'accès aux soins chez les hommes et les transsexuels qui se prostituent, et dont le nombre est probablement largement sous-estimé dans les statistiques. Il serait surtout temps de réaliser à nouveau un état des lieux sur la santé des prostituées en France, par une étude quantitative large, rassemblant associations de santé communautaire autant que de réinsertion sociale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Godefroy J-P, Jouanno C. Rapport d'information sur la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées. 2013 Oct. Report No.: 45.
2. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Dr Emmanuelli J. Prostitution: les enjeux sanitaires [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2012 décembre [cited 2014 May 26] p. 1–147. Report No.: RM2012-146P. Available from: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P\\_sdr\\_Sante\\_et\\_prostitutions-2.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf)
3. Jeal N, Salisbury C. A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *J Public Health Oxf Engl*. 2004 Jun;26(2):147–51.
4. Gloor E, Meystre-Agustoni G, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité ? Douleur. 2011 Jun 29;Volume 301(25):1429–33.
5. Abel G. Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. *N Z Med J*. 2014 Mar 7;127(1390):30–7.
6. Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloniger C, Herlyn A, Breyer J, et al. Sex worker health: San Francisco style. *Sex Transm Infect*. 2006 Oct;82(5):418–22.
7. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127–40.
8. Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2007 Jul;114(7):875–81.
9. Code pénal - Article 225-5. Code pénal.
10. Décret n°47-2253 du 5 novembre 1947 APPLICATION DE LA LOI 46795 DU 24 AVRIL 1946. (INSTITUTION D'UN FICHER SANITAIRE ET SOCIAL DE LA PROSTITUTION). 47-2253 Nov 5, 1947.
11. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 27 mars 1996, 95-82.016, Publié au bulletin [Internet]. [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007068342&fastReqId=1757144934&fastPos=1>
12. Marianne. Splendeurs et misères des maisons closes. 1850 - 1946. 2015 Sep;100.
13. Nor M. La prostitution. Le Cavalier Bleu éditions; 2001.
14. Fondation Scelles. Exploitation sexuelle: prostitution et crime organisé. Charpenel Y, editor. Paris, France: Economica, DL 2012; 2012. xii+481 p.
15. Amicale du Nid. Bilan d'activités global - Exercice 2014. 2015 juin p. 76.

16. La campagne choc 2014 / 2015 ACPE [Internet]. ACPE. [cited 2015 Nov 18]. Available from: <http://www.acpe-asso.org/la-campagne-choc-2014/>
17. Dequiré A-F. Les étudiants et la prostitution : entre fantasmes et réalité. *Pensée Plurielle*. 2011 Nov 17;n° 27(2):141–50.
18. D. L. Mes chères études. étudiante, 19 ans, job alimentaire: prostituée. Max Milo; 2008. 274 p.
19. Nations Unies. Protocole additionnel à la convention des nations unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants. 2000 p. 12.
20. GRETA. Rapport concernant la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains par la France. 2013 Jan p. 84. Report No.: 16.
21. Ayerbe C. Prostitution: guide pour un accompagnement social.
22. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect*. 2004 Apr;80(2):118–20.
23. Hammouda D, Muñoz N, Herrero R, Arslan A, Bouhadeh A, Oublil M, et al. Cervical carcinoma in Algiers, Algeria: human papillomavirus and lifestyle risk factors. *Int J Cancer J Int Cancer*. 2005 Jan 20;113(3):483–9.
24. González C, Torres M, Canals J, Fernández E, Belda J, Ortiz M, et al. Higher incidence and persistence of high-risk human papillomavirus infection in female sex workers compared with women attending family planning. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2011 Oct;15(10):e688–94.
25. Núñez JT, Delgado M, Girón H, Pino G. Prostitution and other cofactors in preinvasive and invasive lesions of the cervix. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004 Jun;44(3):239–43.
26. Wong WCW, Wun YT, Chan KW, Liu Y. Silent killer of the night: a feasibility study of an outreach well-women clinic for cervical cancer screening in female sex workers in Hong Kong. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc*. 2008 Feb;18(1):110–5.
27. Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sex Transm Infect*. 2006 Oct;82(5):413–7.
28. Kietpeerakool C, Phianmongkhon Y, Jitvacharanun K, Siriratwatakul U, Srisomboon J. Knowledge, awareness, and attitudes of female sex workers toward HPV infection, cervical cancer, and cervical smears in Thailand. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2009 Dec;107(3):216–9.
29. Hong Y, Zhang C, Li X, Lin D, Liu Y. HPV and cervical cancer related knowledge, awareness and testing behaviors in a community sample of female sex workers in China. *BMC Public Health*. 2013 Jul 30;13:696.
30. Lot F, Barbier C, Lavin L, Labich F, Cirbeau C, Fender L, et al. Etude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation

de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2013;(39-40):517–23.

31. Médecins du Monde. Lotus Bus: enquête auprès de femmes chinoises se prostituant à Paris. Février 2009. :11.
32. Cabrerizo Egea MJ, Barroso García MP, Rodríguez-Contreras Pelayo R. [Induced abortion and use of contraceptive methods among prostitutes in Almería (Spain)]. *Gac Sanit SESPAS.* 2015 Jun;29(3):205–8.
33. Decker MR, Yam EA, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, et al. Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2013 Jan;120(1):27–31.
34. Bautista CT, Mejía A, Leal L, Ayala C, Sanchez JL, Montano SM. Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. *Contraception.* 2008 Mar;77(3):209–13.
35. Weldegebreal R, Melaku YA, Alemayehu M, Gebrehiwot TG. Unintended pregnancy among female sex workers in Mekelle city, northern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health [Internet].* 2015 Jan 31 [cited 2015 Nov 5];15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320639/>
36. Martin CE, Wirtz AL, Mogilniy V, Peryshkina A, Beyrer C, Decker MR. Contraceptive use among female sex workers in three Russian cities. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2015 Nov;131(2):156–60.
37. I. de Vincenzi, L. Braggiotti, M. El-Amri, R. Ancelle-Park, J.-B. Brunet. Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris. *BEH.* 1992 Nov 23;(47).
38. Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis.* 2007 Mar 1;11(2):115–22.
39. Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008 Feb;35(2):178–83.
40. Platt L, Grenfell P, Bonell C, Creighton S, Wellings K, Parry J, et al. Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. *Sex Transm Infect.* 2011 Aug 1;87(5):377–84.
41. Nielsen S, Haar K, Sailer A, Hamouda O. P1-S2.07 STI rates and risk factors among female sex workers attending STI testing sites in Germany, January–December 2010. *Sex Transm Infect.* 2011 Jul 1;87(Suppl 1):A125–6.
42. Wong HTH, Lee KCK, Chan DPC. Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening and Increased Detection of Pharyngeal and Urogenital *Chlamydia trachomatis*

- and *Neisseria gonorrhoeae* Infections in Female Sex Workers in Hong Kong. *Sex Transm Dis.* 2015 Apr;42(4):185–91.
43. Mc Grath-Lone L, Marsh K, Hughes G, Ward H. The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect.* 2014 Jun;90(4):344–50.
  44. Poon AN, Li Z, Wang N, Hong Y. Review of HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in China. *AIDS Care.* 2011 Jun;23 Suppl 1:5–25.
  45. Hakre S, Arteaga G, Núñez AE, Bautista CT, Bolen A, Villarroel M, et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. *Sex Transm Infect.* 2013 Mar;89(2):156–64.
  46. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T, et al. Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect.* 2013 Jun;89(4):311–9.
  47. Vandenhoudt HM, Langat L, Menten J, Odongo F, Oswago S, Lutah G, et al. Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Kisumu, Western Kenya, 1997 and 2008. *PLoS ONE [Internet].* 2013 Jan 23 [cited 2015 Nov 3];8(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553007/>
  48. Vuylsteke B, Semdé G, Sika L, Crucitti T, Ettiègne Traoré V, Buvé A, et al. HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire: why targeted prevention programs should be continued and strengthened. *PloS One.* 2012;7(3):e32627.
  49. Ahoyo AB, Alary M, Méda H, Ndour M, Batona G, Bitéra R, et al. Enquête de surveillance intégrée du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe au Bénin en 2002. *Cah Détudes Rech Francoph Santé.* 2007 Jul 1;17(3):143–51.
  50. Verscheijden MMA, Woestenberg PJ, Götz HM, van Veen MG, Koedijk FDH, van Benthem BHB. Sexually transmitted infections among female sex workers tested at STI clinics in the Netherlands, 2006–2013. *Emerg Themes Epidemiol [Internet].* 2015 Aug 28 [cited 2015 Nov 3];12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552148/>
  51. Zermiani M, Mengoli C, Rimondo C, Galvan U, Cruciani M, Serpelloni G. Prevalence of Sexually Transmitted Diseases and Hepatitis C in a Survey of Female Sex Workers in the North-East of Italy. *Open AIDS J.* 2012 Jul 12;6:60–4.
  52. Praseeda S. D, Anuradha D, Jayanthi S. S. A Study on the HBV and the HCV Infections in Female Sex Workers and their Co-Infection with HIV. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2013 Feb;7(2):234–7.
  53. Qyra ST, Basho M, Bani R, Dervishi M, Ulqinaku D, Bino S, et al. Behavioral risk factors and prevalence of HIV and other STIs among female sex workers in Tirana, Albania. *New Microbiol.* 2011 Jan;34(1):105–8.

54. Platt L, Jolley E, Rhodes T, Hope V, Latypov A, Reynolds L, et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*. 2013 Jul 1;3(7):e002836.
55. Han L, Zhou C, Li Z, Poon AN, Rou K, Fuller S, et al. Differences in risk behaviours and HIV/STI prevalence between low-fee and medium-fee female sex workers in three provinces in China. *Sex Transm Infect*. 2015 Oct 16;
56. Trani F, Altomare C, Nobile CGA, Angelillo IF. Female sex street workers and sexually transmitted infections: their knowledge and behaviour in Italy. *J Infect*. 2006 Apr;52(4):269–75.
57. Read PJ, Wand H, Guy R, Donovan B, McNulty AM. Unprotected fellatio between female sex workers and their clients in Sydney, Australia. *Sex Transm Infect*. 2012 Dec;88(8):581–4.
58. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. Depressive symptoms and condom use with clients among female sex workers in China. *Sex Health*. 2007 Jun;4(2):99–104.
59. Grosso AL, Lei EL, Ketende SC, Peitzmeier S, Mason K, Ceesay N, et al. Correlates of condom use among female sex workers in The Gambia: results of a cross-sectional survey. *PeerJ [Internet]*. 2015 Aug 6 [cited 2015 Nov 5];3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4540013/>
60. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. [Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain)]. *Gac Sanit SESPAS*. 2004 Jun;18(3):177–83.
61. OFDT. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. 2004 Oct p. 93.
62. Parriault M-C, Basurko C, Melle AV, Gaubert-Maréchal E, Rogier S, Couppié P, et al. Predictive factors of unprotected sex for female sex workers: first study in French Guiana, the French territory with the highest HIV prevalence. *Int J STD AIDS*. 2015 Jul;26(8):542–8.
63. Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass A-K, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 août;122(2):143–52.
64. Roxburgh A, Degenhardt L, Copeland J. Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *BMC Psychiatry*. 2006 May 24;6:24.
65. Farley M, Baral I, Kiremire M, Sezgin U. Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder. *Fem Psychol*. 1998 Nov 1;8(4):405–26.
66. Melissa Farley, Ann Cotton, MSW JL, PhD SZ, PhD FS, PhD MER, et al. Prostitution and Trafficking in Nine Countries. *J Trauma Pract*. 2004 Jan 14;2(3-4):33–74.
67. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Feb;35(1):75–80.

68. Maroufi A. La souffrance psychique des femmes en situation de prostitution : retour historique et revue de la littérature sur l'évolution des discours psychiatriques ; réflexion sur le diagnostic d'état de stress post-traumatique [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Diplôme d'études spécialisées. Psychiatrie.]. Université Paris Descartes; 2014.
69. Baker LM, Wilson FL, Winebarger AL. An Exploratory Study of the Health Problems, Stigmatization, Life Satisfaction, and Literacy Skills of Urban, Street-Level Sex Workers. *Women Health*. 2004 Mar 29;39(2):83–96.
70. Baker LM, Case P, Policicchio DL. General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *J Med Libr Assoc JMLA*. 2003 Jan;91(1):67–71.
71. Wong WCW, Holroyd EA, Gray A, Ling DC. Female street sex workers in Hong Kong: moving beyond sexual health. *J Womens Health* 2002. 2006 May;15(4):390–9.
72. Moineau-Quent È. Accès aux soins et prostitution: étude pilote sur Montpellier et ses environs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2008.
73. Association les amis du bus des femmes. Rapport d'activité 2014. p. 124.
74. Melissa Farley, Howard Barkan. Prostitution, Violence, and Posttraumatic Stress Disorder. *Women Health*. 1998 août;27(3):37–49.
75. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *BMJ*. 2001 Mar 3;322(7285):524–5.
76. Campbell R, Ahrens CE, Sefl T, Clark ML. The relationship between adult sexual assault and prostitution: an exploratory analysis. *Violence Vict*. 2003 Jun;18(3):299–317.
77. Despentès V. King Kong théorie. Grasset & Fasquelle; 2006. 158 p.
78. Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sex Transm Infect*. 1999 Oct;75(5):340–3.
79. Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ, Rothenberg RB, Woodhouse DE, Muth JB, et al. Mortality in a Long-term Open Cohort of Prostitute Women. *Am J Epidemiol*. 2004 Apr 15;159(8):778–85.
80. Serre A, Schutz-Samson M, Cabral C, Martin F, Hardy R, De Aquino O, et al. Conditions de vie de personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 1996;44(5):407–16.
81. Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Emmanuelli J, Le Strat Y, Rondy M, Couturier E, et al. Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues. Enquête InVS-ANRS Coquelicot. 2004 2007;
82. Ingold R, Toussirt M. Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH. Investigation ethnographique de la prostitution à Paris (1989-1993). *BEH*. 1994 juillet;(27).

83. Li Q, Li X, Stanton B. Alcohol Use Among Female Sex Workers and Male Clients: An Integrative Review of Global Literature. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2010;45(2):188–99.
84. Barrelet A. Prostitution, parcours de vie et de santé, entretiens auprès de 15 personnes prostituées de rue à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
85. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to health and social services for street-based sex workers. *J Health Care Poor Underserved*. 2005 May;16(2):345–61.
86. Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015 Sep 3 [cited 2015 Nov 4];16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559915/>
87. King EJ, Maman S, Bowling JM, Moracco KE, Dudina V. The influence of stigma and discrimination on female sex workers' access to HIV services in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav*. 2013 Oct;17(8):2597–603.
88. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2004 Jul 1;54(504):515–9.
89. Lazarus L, Deering KN, Nabess R, Gibson K, Tyndall MW, Shannon K. Occupational Stigma as a Primary Barrier To Health Care For Street-Based Sex Workers in Canada. *Cult Health Sex*. 2012;14(2):139–50.
90. Tardif Y. Prostitution: les problématiques d'accès aux soins des personnes étrangères an 2001 à Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2003.
91. Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur dans l'accès au soins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris-Nord; 2002.
92. Morvan C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales. *La revue de praticien médecine générale*. 2015 Sep 26;19(702/703).
93. Search Nigeria - Image - map of nigeria showing states [Internet]. [cited 2015 Nov 23]. Available from: <http://searchnigeria.net/websearch/index.php?page=search/images&search=map+of+nigeria+showing+states&type=images&startpage=3>
94. Bénédicte Lavaud-Legendre. Prostitution nigériane. Entre rêves de migration et réalités de la traite. Karthala. Paris, France; 2013. 232 p.
95. Ac.sé. LE NIGERIA ET LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS - Actes du séminaire Ac.Sé 17 mai 2011. *Les Cahiers d'Ac.Sé*; 2011.
96. Un accusé solitaire, une vie de reclus et les prostituées comme seul intérêt - [www.lest-eclair.fr](http://www.lest-eclair.fr) [Internet]. [cited 2015 Nov 20]. Available from: <http://www.lest-eclair.fr/accueil/un-accuse-solitaire-une-vie-de-reclus-et-les-prostituees-ia0b0n179800>

97. Blench R. A dictionary of Nigerian English [Internet]. 2005 [cited 2015 Oct 3]. Available from: <http://www.rogerblench.info/Language/English/Nigerian%20English%20Dictionary.pdf>
98. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 2013.
99. Association Française et Eugène MINKOWSKI | Française et Eugène MINKOWSKI [Internet]. [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.minkowska.com/>
100. Accueil - Institut de Victimologie [Internet]. [cited 2015 Nov 11]. Available from: <http://www.institutdevictimologie.fr/>
101. Lazimi G, Piet E, Casalis. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. 2011 Sep;124.
102. Les prostituées de plus de 60 ans, ça existe - Rue89 - L'Obs [Internet]. [cited 2015 Nov 17]. Available from: <http://rue89.nouvelobs.com/rue69/2010/04/16/les-prostituees-de-plus-de-60-ans-ca-existe-147182>
103. Ouvrier A. Faire de la recherche médicale en Afrique. Karthala; 2015. 228 p.
104. Matei I. À vendre, Mariana, 15 ans. Oh Editions; 2010.
105. En guerre contre les mafias du sexe [Internet]. LeJDD.fr. 2010 [cited 2015 Nov 12]. Available from: <http://www.lejdd.fr/Societe/Actualite/En-guerre-contre-les-mafias-du-sexe-222639>
106. Dispositif National Ac.Sé - Bilan intermédiaire janvier à août 2015. 2015.

# ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN

## I – EXPÉRIENCES PASSÉES

• **La dernière fois que vous avez vu un médecin, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?**

-C'était dans quelle structure ? Avec quel type de médecin ?

-Le médecin était-il au courant de votre activité ? Comment était-il au courant ?

- Si oui, comment cela s'est passé avec ce médecin? Était-ce une aide ou un obstacle ?

-Si il n'était pas au courant, est-ce que cela a manqué pour être bien prise en charge ? Auriez-vous aimé lui dire ? Pourquoi ne pas lui avoir dit ?

• **Est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés pour voir un médecin ?**

## II – RENONCEMENT AUX SOINS

• **Vous est-il déjà arrivé de vouloir aller chez le médecin ou à l'hôpital, mais vous n'avez pas réussi ?**

-Comment cela s'est-il passé ? Quelles étaient les raisons ? Comment avez-vous fait ?

• **Est ce que cela vous est déjà arrivé de vouloir aller chez le médecin mais de ne même pas essayer, parce que vous vous disiez que "ça ne servait à rien" par exemple ?**

-Quelles étaient les raisons ? Comment avez-vous fait ?

• **Est ce que cela vous est déjà arrivé que d'autres vous conseillent d'aller voir un médecin alors que vous ne vous sentiez pas malade ?**

-pour quelle raison ? qu'avez-vous fait ?

## III – INVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ

• **Est ce que vous pensez que c'est important de faire attention à votre santé ?  
*par exemple la dernière fois que vous vous êtes sentie malade, qu'avez-vous fait ?***

-Avez-vous un médecin traitant déclaré ? Quand allez-vous le voir ?

-Vous occupez-vous de votre santé quand vous ne vous sentez pas malade ?

↳ date du dernier frottis ? contraception ?

↳ vaccinations à jour ? dépistage sein / CCR si >50A

↳ protection IST sur le plan professionnel ? personnel ?

-Est ce que vous fumez ? Connaissez-vous les dangers du tabac ?

## IV - REPRÉSENTATIONS DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ

• **En ce moment, comment vous sentez-vous ?**

-Comment qualifieriez-vous votre état de santé ? Quels sont vos besoins en particulier ?

-Pensez-vous exercer une profession à risque ? Avez-vous déjà été victime de violences ?

## V – PERSPECTIVES

• **Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer votre accès à la santé ?**

-Que pourrait-on faire pour que vous consultiez plus facilement le médecin ?

-Pensez-vous que des structures spécifiques aux personnes prostituées seraient nécessaires ?

## ANNEXE 2 - CODAGE

Nom des Codes	Sources (nombre d'entretiens citant le code)	Références (nombre de références totales)			
<b>addictions</b>	1	1	travailleur social	1	2
<i>OH</i>	1	1	urgences	4	14
<i>cannabis</i>	1	3	<i>connaissance de son corps</i>		
<i>jamais drogues dures</i>	1	2	bonne connaissance	5	8
<i>médicaments</i>	1	1	mauvaise connaissance	3	39
<i>tabac</i>	5	11	appareil génital féminin	3	12
<b>aide assoc autre</b>			cycle - conception	1	11
<i>réinsertion</i>	2	9	grossesse-accouchement	2	8
<i>aide juridique</i>	1	1	sang	1	2
<i>assistant social</i>	3	5	toilette vaginale	1	6
<i>espace d'écoute</i>	2	3	<i>dépistage - prévention</i>	1	1
<i>hébergement</i>	3	5	bonne connaissance	0	0
<i>soupe populaire</i>	2	2	frottis	1	1
<b>aide non assoc</b>	3	7	mammo	2	2
<b>argent</b>			contraception	3	3
<i>difficulté financière</i>	3	5	rôle éducation	2	4
<i>P° marche pas</i>	3	7	utilisation préservatifs	1	1
<i>autre travail</i>	3	5	vaccinations	3	6
<i>frais</i>	0	0	mauvaise connaissance		
<i>coût de la santé</i>	10	17	contraception	3	5
<i>logement</i>	3	8	frottis	7	15
<i>manger</i>	3	11	mammo	1	3
<i>bouches à nourrir</i>	3	10	pilule du lendemain	1	3
<i>grande précarité</i>	7	25	préservatif	2	2
<i>faim</i>	2	3	vaccin	6	11
<i>à la rue - 115</i>	4	10	<i>intérêt questions de santé</i>	3	27
<i>grosses rentrées d'argent</i>	2	2	<i>connaissances maladie</i>	0	0
<i>retraite incomplète</i>	1	1	bonne connaissance	3	6
<i>réaction à P° financière</i>	1	1	mauvaise connaissance	9	24
<i>P° pendant règles</i>	2	5	IST	1	1
<i>mise en danger</i>	2	2	IVG	1	10
<i>santé reste plus important</i>	2	4	antécédents	1	1
<b>autres priorités ou difficultés</b>			fibrome	1	3
<i>apprentissage de la langue</i>	1	2	hépatites	2	2
<i>arrêt P°</i>			incompréhension	1	2
<i>expression désir d'arrêt</i>	4	7	médicaments	2	2
<i>temps depuis l'arrêt</i>	3	6	résultats examens	2	2
<i>autre travail</i>	7	18	type médecin	1	1
<i>enfants</i>	2	6	<i>sources</i>		
<i>logement</i>	3	5	témoignages amies	1	2
<i>manger</i>	5	6	télé - radio	1	5
<i>papiers</i>	9	17	<b>connaissance droits</b>	2	3
<b>connaissance corps - maladie</b>			méconnaissance	1	2
<i>CAT si rupture capote</i>			syndicat	1	1
<i>CAT non adaptée</i>	5	12	<b>difficultés accès soins</b>		
<i>Cs médecine générale</i>	1	1	non	7	12
<i>connaissances insuffistes</i>	1	8	oui	4	4
<i>pharmacie - norlevo</i>	1	7	<b>désirs</b>		
<i>tests labo - hôpital</i>	7	15	grossesse	2	3

partager son expérience	2	4	stigmatisant	3	4
soins	5	14	oui	2	9
<b>excision</b>	1	6	compétence	1	2
France	1	6	pas de honte	2	2
représentations	1	11	écoute adaptée	2	2
<b>expérience passée</b>			<b>impôts</b>		
<i>prostitution</i>			déclare pas de revenus	2	3
mauvaise	3	8	déclare revenus	2	2
<i>soins</i>			<b>lien avec la police</b>		
bonne	9	16	appel	1	2
mauvaise	4	11	bons rapports	1	3
<b>foi</b>			compliqué	1	2
abandon	1	7	contrôle drogues	2	3
catholique	2	2	interdiction maraudes	1	1
pardon	1	3	se laisse pas faire	1	4
prière	3	3	stationnement	1	4
<b>grossesse non désirée</b>			<b>maraudes</b>	1	4
IVG	5	10	Bus des Femmes	1	5
liée à prostitution	3	5	MDM	1	3
non liée à la P°	3	4	PASTT	1	2
<b>histoire menant à la P°</b>			Captifs	1	4
besoin toit	1	1	Lotus Bus	1	2
difficulté financière	2	6	<b>moyens vers le soin</b>		
enfant à nourrir	2	3	<i>intrinsèques</i>		
entrée d'argent rapide	1	2	connaissance du système	3	9
isolement - précarité	3	4	langue		
petit ami = proxo	1	5	apprentissage langue	3	4
études	1	1	médecin bilingue	3	6
<b>histoire migration</b>	1	1	traduction	1	2
arrivée en Europe	1	3	écoute-temps expliquer	3	5
espoir vie meilleure	1	1	service connu	3	5
grande souffrance	1	1	travail	1	1
pauvreté –support famille	4	8	<i>organisation système de santé</i>		
pays en guerre	1	6	assurance maladie	10	19
santé	1	1	CMU		
suivre conjoint	2	10	demandeur d'asile	3	4
trajet migratoire	2	4	titre de séjour	3	6
<b>histoires de vie avant prostitution</b>	8		via RSA	2	3
	23		AME	7	13
enfance	2	2	assurance privée	1	1
exploitation	1	3	mutuelle	1	2
famille	5	9	sécu	5	11
guerre	1	1	conjoint	2	3
lieu de vie	1	1	travail salarié	2	2
rue	1	1	travailleur indépendant	2	4
travail	5	6	étudiante	1	1
<b>idées pour améliorer</b>			densité réseau de soins	3	5
<i>aucune</i>	2	4	dépistage - vaccination organisés	4	3
<i>visite médicale</i>	1	1			
<i>lois traite/LSI</i>	2	8	service dédié	1	1
<i>redistribuer subventions</i>	1	2	soins gratuits		
<i>santé communautaire</i>	1	2	Cs gratuite - PASS	2	3
<i>structure adaptée</i>	1	1	IVG	1	1
avis membre assoc	1	2	association	1	1
avis mitigé	3	8	matériel prévention	1	5
non	3	6	dépistages IST	5	9
voir d'autres gens	1	1	vaccinations gratuites	5	6

bus médicalisés	1	9	<i>obstacles intrinsèques</i>		
médicaments	2	2	<u>Lié à éducation - caractère</u>		
planning familial	1	2	analphabète	1	1
système italien	1	5	inconstance		
tiers payant	2	2	difficulté à s'adapter	2	10
<i>pour assurer un soin de qualité</i>			manque autonomie	6	26
médecin habitué	2	2	rdv non honorés	1	3
qualité de l'accueil	2	9	non acceptabilité exam	2	2
qualité des soins	2	7	pas d'adhérence à PEC	2	2
<i>soins à l'étranger</i>	2	2	âge	1	2
<i>soutien association - tiers</i>			<u>achat médicaments rue</u>	1	1
accompagnement - motivation			cytotec	2	7
ami-client	2	2	<u>handicap</u>	1	1
association	5	9	<u>lié à la migration - précarité</u>		1
autres filles	2	2		1	
enfant	1	2	ignorance		
assistante sociale - acteur assoc		11	lieux	6	15
	48		système	8	24
aide administrative	4	6	incompréhension	2	2
médiation-prise de rdv	11	35	langue	10	31
communauté	9	34	masse d'infos nouvelles	2	2
éducation	4	5	pas de papiers	2	3
<b><u>obstacles à l'accès aux soins</u></b>			pas de travail	1	2
<i>obstacles extrinsèques</i>			pas moyen locomotion	2	2
<u>organisation système</u>			solitude	2	4
absence de couverture	15	42	survie	2	5
difficultés adm	4	8	<u>non recours à l'assoc</u>	1	5
délai obtention AME	3	6	<u>peurs</u>		
délai obtention CMU	1	1	crainte préjugés	6	8
françaises	3	4	expulsion	1	1
rupture de droits	7	15	facture impayée	1	6
complexité textes de loi	1	1	pas être prise en charge	1	3
coût	2	2	peur de l'hôpital - soins	5	9
Cs	4	5	phobie	1	2
Pas de tiers payant	2	3	rupture secret médical	1	1
dépassement honoraires	1	1	résultats dépistage	2	2
médicaments	1	3	<b>personnalité</b>		
délais rdv	2	2	battante - déterminée	7	23
régime sécu	1	2	bonne	3	9
<u>police dans hôpitaux</u>	1	2	caractère piquant	2	12
<u>qualité du soin</u>			diplomate	1	1
pas continuité des soins	2	2	faubourg	2	10
dans lien avec médecin			pas mise en œuvre projets	1	4
abus	2	8	humour	4	6
champs pratique lim	2	5	imaginative	1	1
défaut explications	4	5	immature - dépendante	4	6
indiscrétions	2	7	intelligente - débrouillarde	11	23
médecin pressé	4	5	joviale	4	10
non déclarations pb	3	6	libre	2	3
pas effort communicat°	5	7	naïveté	3	4
sexe masculin	1	3	pas d'anticipation	7	8
refus soin par structure	5	10	rambo	4	13
soins mauvaise qualité	4	9	relativise	2	2
<u>traite</u>	4	6	se laisse pas faire	2	5
bourrage de crâne	1	1	simple	2	2
impossibilité se confier	1	1	trouillarde	3	7
limitation sorties	2	4	<b>port plainte</b>	3	6

**problème de santé ou motif de consult**

<i>ancienneté du problème</i>	12	18
<i>problème de santé - symptomatologie</i>		
lié à la P°		
IST - infection urinaire	5	7
accident capote	4	6
gynéco	5	9
orthopédique	2	3
trouble de l'appétit	1	3
non lié à la P°		
ORL	1	1
chir viscérale	2	2
dentaire	1	2
dyslipidémie	2	2
gastro	5	9
gynéco	10	30
général	16	34
lié à la précarité - W rue	6	20
obstétrique	2	3
ophtalmo	2	4
orthopédique	5	13
vasculaire	1	1
rhumato	7	18
<b>prévention</b>		
<i>IST</i>		
gel	2	2
préservatifs	2	2
cadre P°	12	17
jamais	1	1
<i>contraception</i>	11	19
implant	2	2
pas de contraception	6	7
pilule	4	6
stérilet	3	3
<i>dents</i>	1	1
<i>dépistage</i>		
<u>CCR</u>		
non	2	2
oui	2	4
<u>IST</u>	9	20
CDAG	2	2
CMS	1	2
MDM	1	1
TROD	1	1
pas fait	1	1
urgences	1	1
ville	3	4
<u>bilan bio</u>	3	4
<u>check up</u>	3	3
<u>frottis</u>		
irrégulier	5	8
non	4	5
oui	8	15
tps depuis dernier frottis	5	5
<u>mammo</u>		
non	1	2
oui	5	10

*vaccins*

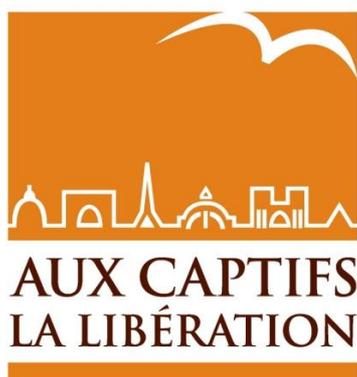
non- incomplète	10	23
DTP	4	9
grippe	3	3
hépatite B	2	4
oui - probable	4	5
BCG	1	1
DTP	2	2
grippe	2	3
hépatite B	5	8
<b>reconnaissance</b>		
France	1	1
association	1	2
gens de bonne volonté	1	2
Dieu	1	2
soignants	1	2
<b>relation avec médecin</b>		
<i>a parlé à son médecin de...</i>	1	1
<u>activité prostitution</u>		
non	7	16
mensonges	6	14
rupture de capote	1	3
motif IVG	1	2
travail	5	5
vie familiale	2	2
<u>motif</u>		
médecin peu connu	2	3
honte	6	11
intimité	1	1
pas maladie gynéco	1	2
non demandé	2	2
médecin connu	1	1
pas d'utilité	4	9
pas envie	1	2
pas facile à expliquer	2	4
sexe masculin	1	3
stigmatisation	2	3
pas d'étiquette	1	1
mais devrait savoir	3	6
enrichissant	1	1
traitement approprié	3	5
oui	7	11
confidentialité	1	3
grâce assoc	2	3
l'a dit simplement	4	4
motif d'information		
médecin habitué	1	1
pas gênant	1	1
PEC adaptée	8	13
demande médecin	4	5
<u>anxiété -stress</u>	4	4
<i>bonne relation</i>	4	7
<i>représentations médecins</i>		
IVG	1	2
contraception	1	2
grossesse hors mariage	1	1

idées du patient	1	1	<i>femme</i>	2	3
idées sur P°	5	6	<i>français</i>	1	4
<b>représentations-croyances</b>			<i>grossesse hors mariage</i>	3	7
<i>IVG</i>	2	7	<i>homme</i>	5	7
<i>P°</i>	1	1	esprit mal tourné	1	1
activité P°	1	1	lâches	1	1
choisie	3	5	pas confiance	3	5
multi-facettes	1	1	mari	1	5
non choisie	1	3	<i>honneur</i>	2	2
pas un bon métier	15	33	<i>justice</i>	2	5
surtout si prolongée	1	1	<i>mariage</i>	1	2
casse avec valeurs	5	8	<i>mort</i>	1	2
dégoût - marre	6	8	<i>médecin</i>	8	12
nécessité	6	7	MG / spécialiste	1	1
taboo	1	2	libéral / hôpital	2	2
trop dangereux	2	2	sexe	3	6
rôle de la prostituée	1	2	simple prescripteur	3	4
cunnilingus	1	2	un peu paternaliste	1	2
fellation	3	4	<i>police</i>	2	5
image			<i>responsabilité - choix</i>	1	3
habits particuliers	1	2	<i>santé</i>	1	1
importance du nom	1	1	collègues	2	3
intimité	2	3	important	11	17
législation	1	3	maladie	8	12
prostituées	2	4	notion prévention	10	20
insultée	1	1	uniquement pb urgents	5	8
machine	1	3	vaccinations	4	12
rôle protection client	1	1	pas prioritaire	1	1
étrangères	1	1	propre santé		
africaines	1	2	bonne	9	18
chinoises	1	2	focalisée sur un pb	2	3
filles de l'Est	1	2	mauvaise	2	4
maghrébines	1	1	moyenne	8	8
réseaux	1	1	semble coller à la réalité		
<i>URSSAF</i>	1	2	non	4	6
<i>arabe</i>	2	2	oui	6	9
<i>autres associations</i>	1	1	<i>sexualité</i>		
Bus des Femmes	1	5	sujet libre	1	5
Mouvement du Nid	1	10	sérieux	2	2
<i>ainé en Afrique</i>	1	2	taboo du sexe	2	10
<i>contraception</i>	1	1	<i>soins</i>	3	4
implanon	2	3	<i>traditions</i>	2	2
pilule	2	15	<i>vie en Europe</i>	3	6
préservatif	1	1	<i>vieillesse</i>	3	3
recettes grand-mère	1	7	<b>risques liés à la prostitution</b>		
contraception d'urgence	1	1	<i>estime que pas de risque</i>	4	5
<i>corps</i>	0	0	<i>estime que risque</i>	7	10
lien à son corps	3	3	<i>prises de risque</i>	1	1
marchandise	1	3	<i>risques sanitaires</i>	2	2
particularités son corps	2	2	IST	12	28
précieux	1	1	grossesse non désirée	1	1
règles	1	6	kyste ovarien	1	2
sale	3	6	mortalité	1	1
sang	3	7	risques liés au froid	4	6
toilette vaginale	1	6	risques liés à la pollution	1	1
<i>destin</i>	2	2	<i>violences</i>		
<i>famille</i>	1	4	<u>autres femmes</u>	1	5

clients	2	2	automédication	6	8
agression	8	30	chirurgie	6	11
tentative homicide	3	7	effets secondaires	5	17
coups	4	5	efficacité		
peur lors agression	1	2	efficace	3	3
négociations	2	6	inefficace	5	11
viol	2	3	moyen	3	3
vol	2	3	kiné	4	4
choses non consenties	3	4	observance	1	1
connaît pas le client	6	13	ostéo	1	1
force prise de drogue	1	3	prescription	1	1
menaces	3	6	antalgiques - ttt simple	9	10
arme	3	8	antiostéoporotique	1	3
entretien peur	1	1	diurétiques	1	1
pervers	1	1	fer	1	1
relations non protégées	5	8	gouttes	1	2
jamais été agressée	2	2	orthèses	2	2
proxénète	1	3	statine	1	1
rue - nuit	2	3	ttt hormonal	2	4
surtout si pas de papiers	2	3	ttt locaux	5	5
<b>riverains</b>	1	11	étranger	4	6
<b>réaction suite à un problème de santé</b>			<i>retard de prise en charge</i>	3	3
<i>non recours au soin</i>	17	55	déni	1	2
P°-survie	1	1	grossesse	1	1
absence couverture	2	3	urgences	4	5
pas d'accompagnement	1	2	<b>santé psy</b>	1	1
cordonnier mal chaussé	1	1	<i>PEC</i>	6	25
flemme	1	3	hypnose	1	1
méconnaissance structure	1	1	médicaments	2	4
minimisation symptômes	3	3	psychiatre	2	8
ne se sent pas malade	4	9	psychothérapie	5	11
pense que c'est inutile	4	9	structure	0	0
peur	2	4	CMP	1	1
plus de médicaments	1	1	centre Minkowska	1	1
séquestration	2	5	<i>PTSD</i>	5	14
<i>recours au soin</i>	0	0	besoin d'oublier	2	4
examens paracliniques	7	9	reviviscences	2	5
rdv pris	1	1	<i>demande PEC psy</i>	1	2
PEC incomplète	3	5	<i>difficulté raconter histoire</i>	1	3
structure			<i>psychosomatique</i>	3	11
CDAG	1	2	<i>réaction post-violence</i>	2	4
CMS	1	3	<i>signes d'amélioration</i>	4	11
clinique	1	1	espérance	1	1
hôpital	9	17	oublis	1	1
PASS	6	8	se rendre utile	1	2
consultation spé	4	4	se sent mieux	2	4
hospitalisation	2	2	<i>signes dépression</i>	5	8
orthogénie	2	2	altération image de soi	1	1
urgences	11	16	difficulté à avancer	3	5
médecin de ville	8	16	idéation suicidaire	1	2
MG autre que MT	3	6	tristesse - pleurs	5	7
MT	4	5	trouble concentration	2	3
gynéco	2	2	troubles de la relation	1	1
planning	1	1	troubles du sommeil	5	11
secours	2	2	<i>stress-anxiété</i>	12	55
thérapeutique	2	2	argent	5	12
RHD-conseils	10	14	cacher activité P° famille	1	2

double activité	1	1	<i>abattage</i>	1	5
grossesse - infertilité	3	4	<i>moyens de contrôle</i>	3	34
maladie - IST	5	11	ignorance	1	4
milieu - langue inconnus	2	5	isolement	2	5
mort d'un proche	1	2	joue sur la peur	1	4
peur pour propres enfants	1	3	menace de la famille	2	9
refus de soin	1	1	mensonge type activité	2	6
violences	2	5	pas d'argent	1	4
<b>stigmatisation</b>	4	15	passport retiré	1	1
<i>administration</i>	2	5	violences physiques	1	1
<i>collègues</i>	1	1	<i>non</i>	1	1
<i>pas de crainte</i>	3	4	<i>oui</i>	4	6
<i>société - pas case adaptée</i>	1	5	<i>probable</i>	4	8
<i>soins</i>	4	8	<i>réseau suisse</i>	1	1
<b>suivi médical</b>	0	0	<i>sortie de la traite</i>	2	6
<i>absence de suivi</i>	4	12	<i>traite nigériane</i>	0	0
<i>adressé par...</i>	0	0	Madam	1	5
acteur assoc	1	1	dette	2	10
autre structure sanitaire	1	2	juju	1	6
médecin	2	2	précarité	1	1
<i>lieu de vie</i>	2	2	<b>temps depuis dernière Cs</b>	6	10
<i>suivi de grossesse</i>	1	1	<b>temps passé en Europe</b>	8	13
absence de suivi	1	1	<b>type d'activité</b>	0	0
ok	1	2	<i>diminution activité</i>	4	9
<i>type soignant</i>	1	1	<i>lieux P° - racolage</i>	5	12
Cs douleur	1	1	<i>nb d'années de P°</i>	12	18
dentiste	1	1	<i>non tarifé</i>	2	11
dermato	1	1	<i>modalités d'exercice</i>	4	9
gynéco	4	4	<b>type de clients</b>		
irrégulier	5	8	<i>biens</i>	3	3
jamais	3	4	<i>connards - pavés</i>	3	8
suivi régulier	7	10	<i>origine</i>	3	3
infirmière	1	1	<i>tous les types</i>	2	3
médecin généraliste	7	8	<b>vie personnelle</b>		
+ DU gynéco	1	2	<i>amis</i>	2	2
motifs de consultation	0	0	<i>autre travail</i>	4	7
'vraie maladie'	1	1	<i>logement</i>		
IST	1	1	hôtel	3	4
RO long cours	1	2	lieu de vie	3	3
douleurs	2	4	<i>vie affective - familiale</i>	1	1
perte de poids	1	2	enfants	12	33
problème gynéco	4	5	fratrie - parents	5	20
prévention - dépistage	2	2	informés de l'activité		
symptomato 'banale'	4	5	non	4	7
médecin traitant			oui	4	11
non	7	7	vie affective		
oui	12	17	conjoint	5	7
suivi irrégulier	1	1	plus de RS	1	1
suivi régulier	8	24	célib	4	7
médecine chinoise	1	1	ex	4	8
ophtalmo	1	1	<b>violences conjugales</b>	1	13
rhumato	1	1			
<b>TEH</b>	11	62			

## ANNEXE 3 – REGARD SUR LA PROSTITUTION – LES CAPTIFS



### REGARD SUR LA PROSTITUTION

ET

### SUR LA PROPOSITION DE LOI RENFORCANT LA LUTTE CONTRE LE SYSTEME PROSTITUTIONNEL

Mars 2014

L'association *Aux captifs, la libération*, forte de 50 salariés et 200 bénévoles, financée aux deux tiers par les pouvoirs publics et au tiers par la générosité privée, **intervient à Paris depuis 1981**, auprès des personnes sans abri et des personnes en situation de prostitution. L'association va à la rencontre des personnes prostituées **chaque jour** sur les territoires du **Bois de Boulogne**, du **Bois de Vincennes**, du **centre de Paris**, et bientôt des quartiers de **Pigalle** et du **nord du 16<sup>ième</sup>** arrondissement. Elle propose des ateliers de dynamisation et des séjours hors de Paris pour aider les personnes à prendre confiance en toutes leurs potentialités, et **les accompagnent dans l'explicitation et la mise en œuvre de projet personnalisé**, pour les aider à cheminer vers une sortie de rue ou de prostitution.

Aux captifs, la libération - 8 rue Git-le-Cœur, 75006 Paris - [www.captifs.fr](http://www.captifs.fr) - Contact : Emilie Chanson, Responsable communication -

01.49.29.89.95

Pour soutenir notre action auprès des personnes en situation de prostitution, contactez-nous.

*Aux captifs, la libération*, nourrie par une anthropologie humaniste chrétienne, privilégie la rencontre et l'accompagnement de chaque personne prostituée dont la dignité – comme pour toute personne – est sans mesure ; lutter contre un « système prostitutionnel » risque d'être sans effets s'il n'y a pas d'abord cette attention à chaque personne.

## UNE VISION CENTREE SUR LA PERSONNE

A partir de plus de 30 ans d'expérience auprès des personnes en situation de prostitution à Paris, *Aux captifs, la libération* distingue les personnes rencontrées en fonction du regard que chacune porte sur sa situation prostitutionnelle et sur les perspectives d'avenir qu'elle imagine :

- Certaines personnes rencontrées voient leur situation de prostitution comme provisoire ou transitoire ; pour elles, la prostitution n'est pas un choix de vie, elles envisagent un « après prostitution ».
- D'autres la considèrent comme leur réalité à part entière, elles nous disent l'assumer et se projettent peu dans un futur alternatif.
- D'autres enfin nous confient leur mal-être du fait de la prostitution et du mode de vie qui en découle, mais il leur semble difficile voire impossible de sortir de cette vie.

Cette typologie, basée sur la parole même des personnes prostituées, aide à identifier ce qui maintient chacune dans sa situation actuelle. Il s'agit principalement de :

- Contrainte exercée par un tiers
- Précarité financière
- Accoutumance au mode de vie prostitutionnel
- Blessure(s) identitaire(s) fondamentale(s)

## UNE APPROCHE NOUVELLE DANS LE DEBAT DE SOCIETE

*Aux captifs, la libération* reconnaît que chacune des trois approches traditionnelles (prohibitionnisme, abolitionnisme, réglementarisme) met en lumière des points importants, mais ne se retrouve dans aucune de ces approches. Les statuts de « victime », « travailleur du sexe » ou « délinquant » nous apparaissent trop réducteurs et ne suffisent pas à considérer la personne dans sa globalité et sa complexité.

## **NOUS CROYONS QUE :**

### **LA PROSTITUTION :**

- est source de souffrance, car elle est un obstacle à l'épanouissement de la personne qui se prostitue, notamment elle provoque un morcèlement entre le corps et le reste de sa personne.
- résulte d'une décision prise au vu de la situation de la personne à un instant "t". Cette décision de se prostituer n'est ni définitive ni irrévocable.
- que nous définissons comme le « fait de fixer à un acte sexuel au sens large une valeur marchande avant cet acte », interroge la société sur son rapport avec l'argent, la sexualité, le désir.

### **LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION :**

- Ne se résument pas à être des « prostitué(e)s ». Ce sont des personnes avant tout, dans toutes leurs dimensions d'être humain : physiologique, psychologique, sociale mais aussi artistique, intellectuelle, spirituelle, sportive etc. Ce sont autant de forces de vie en elles.
- Ne sont pas des « victimes de la prostitution » qui seraient enfermées dans des expériences de vie destructrices. Elles sont capables de poser des actes libres aujourd'hui comme hier.
- Ont une épaisseur de vie qui fait qu'elles ont quelque chose d'unique à apporter à la société.

### **LES CLIENTS DE LA PROSTITUTION :**

- On ne peut porter un regard unique sur l'ensemble des clients : la diversité et la complexité de leurs motivations à avoir recours à la prostitution est grande et va au-delà de la recherche d'un acte sexuel.
- La relation client-personne prostituée est complexe et ne peut se résumer à une relation coupable-victime. Désigner le client comme le « bouc émissaire » des violences de la prostitution ne l'aide pas à s'interroger sur les motivations profondes de son recours à la prostitution.
- En parallèle d'un travail d'écoute du client, il est nécessaire de lui rappeler que derrière la/le « prostitué(e) » existe une personne dont le bien-être est mis en danger par l'acte prostitutionnel.

### **LES PROXENETES**

- Ont aussi besoin de présence et de vraie rencontre, le sens de la vie pour eux étant totalement écrasé par la recherche du profit, d'une soif de pouvoir ou de domination.

## POSITIONNEMENT SUR LA PROPOSITION DE LOI

De manière générale, *Aux captifs, la libération* salue :

- le rappel de principes fondamentaux tels que la non-patrimonialité du corps humain et la dignité égale de toute personne.
- les avancées en matière de droits et de protection pour les personnes en situation de prostitution désireuses de quitter la prostitution, dont les personnes victimes de la traite des êtres humains ou de proxénétisme.

**NOUS RAPPELONS QUE :**

- la prostitution n'est pas que féminine : elle concerne aussi des hommes et des personnes transgenres.

**NOUS SOMMES FAVORABLES A :**

- l'abrogation du délit de racolage (art 225-10-1 du code pénal).
- la dotation de moyens pour accompagner les personnes désireuses de quitter la prostitution.
- l'amélioration de la protection et des droits des victimes de la traite des êtres humains et de proxénétisme ainsi que des procédures pénales.
- la volonté affichée de sensibiliser la population, dès la période scolaire, aux questions liées à la prostitution, et de promouvoir un changement des mentalités.

**NOUS PROPOSONS :**

- 1) La prise en compte des hommes et des femmes en prostitution comme des « personnes »**
  - ✓ que l'expression « *personne en situation de prostitution* » remplace celle de « victime de la prostitution » dans l'ensemble du texte.
  - ✓ que le « parcours de sortie de prostitution » devienne un « *parcours personnalisé de sortie de prostitution* » dont la personne est actrice à part entière.
- 2) La facilitation de l'accès au parcours de sortie de prostitution :**
  - ✓ que les dispositifs d'aide et d'accompagnement spécifique pour les personnes en situation de prostitution ne soient pas réservés à des associations ayant cette compétence exclusive, afin d'éviter que ce public soit stigmatisé, et de répondre à tous les besoins de la personne (accès au droit, hébergement/logement, santé, juridique).
- 3) Des actions ciblant directement les clients de la prostitution :**
  - ✓ *actions d'« aller vers » sur les lieux de prostitution*, création de groupes de parole clients-personnes prostituées, ouverture d'une ligne téléphonique d'écoute...
  - ✓ *expérimentation d'espaces d'écoute et d'accueil pour les clients de la prostitution* dans lesquels un accompagnement par des entretiens individuels et des groupes de parole puissent être mis en place.
  - ✓ *compléter le stage de sensibilisation* aux conditions d'exercice de la prostitution prévu pour les clients *par un volet de travail sur soi* et de réflexion sur ce qui les amène à avoir recours à la prostitution.
- 4) Des actions de prévention bien réfléchies**
  - ✓ *élargissement des messages de prévention et sensibilisation* aux questions inhérentes à la prostitution telles que la sexualité, le respect de l'autre et de la différence, le rapport à l'argent, etc.
- 5) Des actions de prévention vers les publics spécifiques**
  - ✓ *actions de prévention auprès de publics particulièrement vulnérables* : les étudiants, les jeunes bénéficiant de l'Aides Sociale à l'Enfance, jeune travailleurs et jeunes migrants en foyer...
  - ✓ *inclure un module de formation sur la prostitution dans les écoles de travail social.*

# PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université *Paris Diderot*

Le Professeur

*AUBIN-AUGER Isabelle*

Date

*15/12/2015*

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



**Isabelle AUBIN-AUGER**  
Directrice du Département  
de médecine Générale,  
de l'Université Paris Diderot  
16 Rue Henri Huchard  
75890 PARIS Cedex 18

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

# RÉSUMÉ

**INTRODUCTION :** Les femmes se prostituant dans la rue (FPR) sont particulièrement à risque sur le plan sanitaire. Les études sur ce sujet sont relativement rares en France. L'objectif de cette étude est d'identifier les obstacles à l'accès au soin des FPR.

**MÉTHODE :** Nous avons interrogé 19 femmes en Île de France, se prostituant ou s'étant prostituées dans la rue ou en conditions précaires, et réalisé une observation participante. Le recrutement de la population s'est fait grâce à des associations de terrain prenant en charge des FPR. Les entretiens étaient enregistrés, retranscrits verbatim, codés et analysés selon une analyse de contenu.

**RÉSULTATS :** Les femmes avaient entre 19 et 74 ans, et étaient de huit nationalités. Les problèmes de santé retrouvés étaient multiples. La plupart des femmes n'avaient jamais parlé de leur activité à leur médecin. Les obstacles retrouvés étaient les problèmes d'accès au système (absence d'assurance maladie, difficultés linguistiques), les problèmes d'accès physique, les peurs, la stigmatisation, l'isolement, la précarité, les méconnaissances et représentations, la personnalité. Les facilitateurs d'accès aux soins les plus retrouvés étaient l'assurance maladie, la médiation par les associations, les actions de prévention et de dépistage, l'éducation, la lutte contre l'isolement.

**CONCLUSION :** Les FPR sont vulnérables car elles cumulent plusieurs facteurs de fragilité, comme la précarité, la migration ou l'isolement. Il nous faut changer notre regard pour lutter contre la stigmatisation, lutter contre les représentations qui enferment l'autre, renforcer les mesures de prévention et d'éducation. La lutte contre la traite est essentielle.

**MOTS-CLÉS :** prostitution ; accès aux soins ; précarité ; trafic d'êtres humains ; stigmatisation ; recherche qualitative ; médecine générale