

WHO COLLABORATING CENTRE ON AIDS CENTRE  
COLLABORATEUR O.M.S. SUR LE SIDA  
INSTITUT DE MÉDECINE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE  
AFRICAINES ET TROPICALES

(FONDATION Léon MBA)

## RECHERCHE-ACTION

# PROSTITUTION ET SANTÉ PUBLIQUE

## RAPPORT FINAL

(Novembre 1990)

Rédigé par:

Anne Coppel

Lydia Braggiotti

Isabelle de Vincenzi

Sylvie Besson

Rosemary Ancelle

Jean-Baptiste Brunet



RAPPORT RÉALISÉ À LA SUITE D'UNE RECHERCHE-ACTION  
EFFECTUÉE À LA DEMANDE ET AVEC LA PARTICIPATION DE  
FEMMES PROSTITUÉES PARISIENNES

AVEC L'APPUI DE :

- LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
- L'AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

## EQUIPE DE LA RECHERCHE-ACTION

Chef de projet :	Lydia Braggiotti
Coordination scientifique :	Anne Coppel
Enquêteur principal :	Mounir Elamri
Contact avec les services sanitaires et sociaux :	Jean-Paul Leflaguais
Enquêteurs :	Ingrid, Sophie, Fahty, Marina, Dominique, Véronique, Portos, Chriss, Annie
Comité scientifique :	Dr Isabelle de Vincenzi Dr Sylvie Besson Dr Rosemary Ancelle Dr Jean-Baptiste Brunet
Organisation :	Centre Collaborateur OMS sur le SIDA/ Institut de Médecine et d'Épidémiologie Africaines et Tropicales
Dactylographie :	Nicole Labiche

Ce projet a pu se réaliser grâce au soutien financier de :

- L'Agence Française de Lutte contre le SIDA
- La Direction Générale de la santé (Division SIDA)
- L'Oeuvre Hospitalière de l'Ordre de Malte

L'équipe de la recherche-action tient à remercier toutes les femmes qui dans la rue ont contribué à la réussite du projet, le personnel du Centre Collaborateur OMS sur le SIDA et de l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Africaines et Tropicales, en particulier, Mme Jane Alix, Dr Christine Chan Chee, Mme Nicole Labiche, Mme Janine Noël, Mlle Zahia Saadi, Dr Maria Solé Pla, Mr Daniel Dubois pour leur accueil et leur disponibilité, ainsi que Mme Pascale Staedel de l'Agence Française de Lutte contre le SIDA, qui a assuré une part du secrétariat de cette recherche.

**RECHERCHE - ACTION**  
**PROSTITUTION ET SANTE PUBLIQUE**

**1. PRESENTATION DU PROJET**

1.1. Introduction et objectifs.

1.2. Le dispositif de recherche:

1.2.1. La formation de l'équipe

1.2.2. Les lieux d'investigation

1.3. Déroulement de l'enquête:

1.3.1. Les cahiers

1.3.2. Les entretiens

1.3.3. Le questionnaire

1.4. Méthodes de recueil et d'analyse des données

1.4.1. Recueil des données

1.4.2. Analyse contextuelle des données

**2. RÉSULTATS**

2.1. Description des lieux d'investigation

2.1.1. Topographie de la rue St Denis

2.1.2. Aux Portes de Paris: enquête exploratoire

2.2. Les Cahiers de Confidence

2.2.1. Présentation des cahiers

2.2.2. Le choix de l'écrit

2.2.3. Typologie des écrits

2.2.4. Argumentaire



## 2.3. Le questionnaire

### 2.3.1. Présentation

### 2.3.2. Description de l'échantillon

#### 2.3.2.1. Les horaires

#### 2.3.2.2. Nationalité et origine ethnique

#### 2.3.2.3. Situation familiale

#### 2.3.2.4. Age et durée de la prostitution

#### 2.3.2.5. Remarques sur l'échantillon

### 2.3.3. Etat de santé

#### 2.3.3.1. Les problèmes médicaux non gynécologiques

#### 2.3.3.2. Problèmes gynécologiques (contraception, IVG, grossesses) 2.3.3.3. Les MST

#### 2.3.3.4. Le préservatif

### 2.3.4 Couverture sociale et accès aux soins

#### 2.3.4.1 Couverture sociale

#### 2.3.4.2. Recours aux systèmes de soins

#### 2.3.4.3. Dépistage HIV/MST et information sur le SIDA

#### 2.3.4.4. Connaissance et appréciation des services

#### 2.3.4.5. Qualités demandées à un centre de soins

### 2.3.5. Opinions des prostituées sur les propositions d'actions

## 3. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### 3.1. Le changement de comportements des femmes prostituées

### 3.2. La mobilisation de relais naturels

### 3.3. La nécessité d'une approche globale des besoins de santé

### 3.4. Une priorité de santé publique: les Portes de Paris

### 3.5. Une nouvelle alliance

## 4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D'ACTIONS

ANNEXE 1 : Questionnaire

ANNEXE 2 : SIDA et Prostituées - Revue des Données Françaises

ANNEXE 3 : Bibliographie



# 1. PRESENTATION DU PROJET

## 1.1. Les objectifs de la recherche-action

Le projet a pour objectif général l'évaluation des besoins de santé des femmes prostituées à Paris. Il fait suite à la rencontre de femmes avec plusieurs équipes, Centre Collaborateur OMS sur le SIDA, Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS), acteurs de terrain lors d'une journée d'information sur la prévention MST et SIDA organisée à la demande de femmes prostituées le 28 novembre 1989 à l'Eglise st Merri. Chacun des partenaires qui s'y sont engagés, partageait au départ une analyse commune : pour être efficace, la lutte contre les MST doit être intégrée aux pratiques prostitutionnelles.

Le projet s'est donc défini, dès le départ comme une recherche-action : il fallait évaluer le niveau actuel de cette intégration en le situant dans son contexte, connaître l'état de santé des femmes prostituées et identifier les problèmes qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins. En même temps, pour mettre en oeuvre de nouvelles actions de prévention, il fallait s'appuyer sur les prostituées elles-mêmes et rompre leur isolement. Le projet devait concrétiser cette démarche, ou, tout au moins, l'expérimenter.

Demander à une prostituée si elle utilise le préservatif avec ses clients, si elle consomme des drogues, si elle est malade, si elle se soigne, si elle est contaminée par le virus du SIDA, relève de la gageure. Chacune de ces questions peut être vécue comme une menace ou une agression. La prostitution est à la fois un commerce (elle a une image de marque à protéger) et une pratique non-reconnue, entourée d'activités illégales qui doivent être tenues secrètes. Les questions apparemment les plus anodines, peuvent être ressenties comme redoutables ou douloureuses. L'affiliation à la sécurité sociale par exemple, renvoie directement à la situation familiale, au mari ou concubin (qui peut être inculpé de proxénétisme) et aux enfants (parfois en nourrice ou menacés de placement). Le silence sur certains sujets est donc fonctionnel. Il peut être aussi culturel, comme tout ce qui touche à la pratique professionnelle et à la relation au client.

L'enquêteur peut toujours prétendre qu'il ne cherche ni à juger ni à nuire, et le professionnel de santé publique qu'il agit pour le bien d'autrui. La bonne

volonté ne peut suffire. Il faut des garanties effectives.

Conçu à l'initiative de Lydia Braggiotti avec la participation active et continue de femmes prostituées, le projet et chacun de ses objectifs ont été ainsi négociés à l'aune de leur utilité et dans la mesure où ils répondaient aux préoccupations de ces femmes.

Quatre objectifs ont finalement été retenus:

- a) Identifier les problèmes et les demandes en matière de santé de la population prostituée féminine de rue.
- b) Décrire les principales caractéristiques et les évolutions de cette population tout au moins celles qui peuvent être liées à leur santé.
- c) Identifier les services médicaux et sociaux auxquels elles ont recours pour les problèmes de santé.
- d) Evaluer la pertinence et l'acceptabilité d'actions de prévention destinées aux femmes prostituées et à leurs clients.

## 1.2. Le dispositif de recherche

### 1.2.1. Les lieux d'investigation

Afin d'appréhender l'évolution de la prostitution féminine de rue, deux types de lieux ont été retenus, des lieux traditionnellement voués à la prostitution (principalement rue St Denis, 1er, 2e, 3e, mais aussi Chaussée d'Antin, 9e et Champs Élysées, 8e) et les Portes de Paris où se développent de nouvelles formes de prostitution (Porte Maillot, Porte de Clichy, Porte de St Ouen, Bd Bessière, Bd Ney, Cours de Vincennes, Nation).

La rue Saint Denis a fait l'objet d'une étude systématique.

Malgré les évolutions, la prostitution continue d'y former un collectif qui se soumet à des normes et des habitudes communes. À ce titre, des relais, s'ils sont crédibles, peuvent garantir une pénétration effective du terrain.

Aux Portes de Paris, où le milieu est à la fois plus lâche et plus mobile, il s'est avéré très difficile d'identifier des relais dûment reconnus par les autres femmes. L'enquête ne prétend pas ici à une description exhaustive d'une population caractérisée d'abord par son hétérogénéité. Il s'agit là d'une première exploration.

### 1.2.2. La formation de l'équipe

Un premier travail de préparation du terrain a été nécessaire. Il a consisté à identifier des femmes capables de mener l'enquête dans la rue.

Quatre femmes pour la rue St Denis et un homme aux Portes de Paris ont été embauchés pour recueillir les données de terrain tout au long du projet. Quatre autres femmes et un autre homme ont participé ponctuellement à l'enquête. Le recrutement de ces enquêteurs a été effectué avec des critères très précis.

Le premier critère était l'adhésion au projet. Les enquêteurs devaient être à même d'y apporter une contribution effective. Ils devaient en particulier être capables de parler en leur nom propre et de prendre position dans la rue.

Second critère, les femmes devaient être connues et reconnues dans "leur coin", c'est-à-dire sur leur lieu de travail, défini, dans la rue St Denis, par les numéros des immeubles. Elles devaient y être considérées comme des femmes sûres, sur lesquelles on peut compter. Il fallait donc connaître leur réputation, leur façon d'agir dans le milieu de la prostitution, et leur capacité à entrer en relation avec les femmes qui travaillent autour d'elles, au-delà de leur propre réseau d'appartenance, qu'elles puissent, en résumé, se situer en tant que "femmes qui travaillent".

Enfin, la diversité de leurs caractéristiques propres, due à leurs histoires, les choix qu'elles avaient faits, les lieux où elles avaient travaillé, leur origine ethnique devait leur permettre de développer un point de vue différent de celui du Chef de projet, et de servir de médiation avec différents réseaux spécifiques (maghrébines, européennes, ex-toxicomanes, appartenance au réseau de prostitution française traditionnelle)

Aux Portes de Paris, le recrutement de l'enquêteur principal s'est effectué sur trois critères : sa capacité à entrer en contact avec ces femmes en rupture, sa compréhension des différentes formes de "galères", et, indispensable dans ce milieu déstructuré, sa capacité d'organisation.

Les enquêteurs se sont engagés avec le Chef de projet et les chercheurs dans une réflexion collective qui a tissé le fil de la recherche. Ils ont été les artisans de la recherche-action à la fois sur le terrain et dans l'analyse des données avec les chercheurs.

La construction d'une telle équipe a nécessité un investissement massif. Embauchées comme vacataires à temps partiel, les enquêtrices ont continué à être confrontées aux difficultés qui sont le lot commun de leur condition. Les difficultés personnelles ont dû être prises en compte et l'aide mutuelle renforcée. Dans ce métier qui ne connaît ni les congés payés, ni les week-end, chaque moment dégagé a son prix. Parce que le projet a suscité un espoir qui s'est propagé d'une femme à l'autre, les enquêtrices n'ont cessé d'être sollicitées. Elles ont choisi de privilégier le projet au détriment parfois de leurs intérêts. Un tel choix témoigne de l'investissement dans le projet. Il témoigne aussi des capacités du Chef de projet et de l'Enquêteur principal à maintenir une dynamique positive et à gérer une équipe.

### 1.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur le terrain de Février à Juillet 1990. Elle s'est orientée dans deux directions : auprès des femmes de la rue St Denis et des Portes de Paris, et auprès des services sociaux spécialisés dans la prise en charge des femmes prostituées. Plusieurs techniques de recueil de données ont été utilisées : des cahiers où les femmes prostituées ont pu noter leurs interrogations, leurs souhaits et leurs suggestions ; des entretiens individuels ou de groupe ; et un questionnaire destiné à préciser de façon quantitative les problèmes de santé et d'accès aux soins.

#### 1.3.1. Les cahiers

Huit cahiers d'écolier dits "Cahiers de confiance" ont circulé, six dans la rue St Denis et deux aux Portes de Paris. Chaque enquêteur s'était chargé d'un cahier, il prenait contact avec les femmes, les sensibilisait et les motivait à exprimer par écrit leurs difficultés, leurs propositions concernant la prévention des MST et du SIDA. Cet outil présente l'avantage de respecter la parole des femmes et de les impliquer de façon active dans l'analyse de leurs besoins.

Cette phase s'est achevée en Mai 1990. Cependant un dernier cahier nous est parvenu au mois de Juillet qui, faute de temps, n'a pas été intégré au corpus. Le corpus actuel est constitué de 50 écrits numérotés de 1 à 50. On peut estimer à 150 environ le nombre de femmes contactées, une femme sur trois environ acceptant d'apporter une contribution écrite.

Aux Portes de Paris, six filles seulement ont accepté d'écrire dans les cahiers. Il n'a pas été possible, comme dans la rue St Denis où les femmes les ont quelquefois gardés plusieurs jours chez elles, de laisser circuler les cahiers qui auraient pu disparaître.

### 1.3.2. Les entretiens

L'enquête a été complétée sur les boulevards extérieurs par des entretiens, individuels ou de groupe, dont 8 ont été enregistrés et 14 ont fait l'objet de compte-rendus. Environ 40 filles ont été contactées pour ces entretiens entre Février et Mars.

### 1.3.3. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré au cours du mois d'Avril, distribué et recueilli pendant Mai et Juin 1990. Il a été construit sur les hypothèses de travail élaborées avec l'équipe au cours de l'enquête, ainsi que sur une première analyse des écrits.

191 questionnaires ont été recueillis : 149 rue St Denis et 42 aux Portes de Paris. Globalement, on peut estimer qu'environ 600 filles ont été contactées. Le taux de réponse est donc, comme pour les cahiers, d'environ 30%.

### 1.3.4. Contacts avec les services sociaux

Parallèlement, des contacts ont été pris avec les services sanitaires et sociaux spécialisés dans la prise en charge des femmes prostituées avec les objectifs suivants :

- Identifier les différents services intervenant dans le secteur de la prostitution, leurs missions, le profil de clientèle, les demandes et besoins, le type de service offert, les moyens disponibles et leur mise en oeuvre, les difficultés rencontrées par les professionnels et les solutions proposées.

- Faire connaître le travail entrepris dans le cadre de la recherche-action, et susciter une collaboration pour l'analyse des besoins des femmes prostituées d'une part, pour les propositions et la mise en place d'actions d'autre part.

De Février à Juin 1990, huit associations et services ont été contactés: l'Association du Nid, le SAO, et le SMO dépendant de l'amicale du Nid, les Équipes d'Action, Aux captifs la libération, Altair, l'ANEF et le SPRS. Au cours de l'enquête,

des prises en charge de femmes en difficulté ont été effectuées, en particulier avec les Équipes d'Action et le SPRS, qui ont profilé une collaboration effective entre les femmes prostituées et les services.

#### 1.4. Méthodes de recueil et d'analyse des données 1.4.1. Recueil

##### des données

La méthodologie est celle de la recherche-action : elle implique la participation active de tous les acteurs, praticiens, enquêteurs de terrain, chercheurs. Les questions de méthode ont ainsi été travaillées collectivement tout au long de la recherche. Le premier travail a porté sur l'influence qu'exerce l'enquêteur sur la personne interviewée. Comment inciter les femmes à écrire dans les cahiers sans induire de réponses stéréotypées ? Un point de vue reconnu par la majorité des femmes (c'est le cas sur la nécessité du préservatif) réduit au silence la minorité. Une prostituée connue pour militer pour le préservatif, et faire pression sur ses compagnes pour imposer cette nouvelle loi, obtiendra difficilement un discours anti-préservatif. Mais si elle reconnaît les difficultés effectives du port du préservatif, elle peut s'autoriser, et autoriser ainsi son interlocutrice, à réfléchir et énoncer les obstacles rencontrés dans la pratique quotidienne ; elle pourra obtenir au moins les éléments d'un argumentaire.

Le travail méthodologique effectué a consisté à identifier collectivement certains de ces mécanismes, grâce à la confrontation des différents corpus, grâce aussi à la connaissance du terrain : comment font les filles ? Que disent-elles dans la rue ? Telle phrase, répétée dans plusieurs écrits, doit-elle être considérée comme la marque, la signature de l'enquêteur, ou bien s'agit-il d'un effet de réseau, l'enquêteur de part ses caractéristiques propres y ayant un accès privilégié ?

Dans l'élaboration du questionnaire, chaque question a été très longuement négociée. Les enquêteurs ne pouvaient faire passer un questionnaire dont ils ne comprenaient pas le sens et surtout l'utilité. Il leur fallait pouvoir le justifier sur le terrain. Il a fallu expliciter les règles qui sont celles des communications interpersonnelles dans le milieu de la prostitution : quels sont les

thèmes qui peuvent être abordés, ceux qui doivent être tus, quels sont ceux qui ne peuvent être traités qu'entre prostituées et dans ce cas, les enquêtrices peuvent-elles transmettre l'information ? Quels sont ceux sur lesquels les filles entre elles ne peuvent se faire confiance ? Seules ont été retenues les questions où les enquêteurs pensaient pouvoir obtenir des réponses fiables.

La méthodologie de la recherche-action a été soumise à un principe déontologique accepté par tous, femmes et partenaires institutionnels, chercheurs ou praticiens : ne pas nuire. Aucun groupe appartenant au milieu de la prostitution ; ne devait se sentir menacé par l'enquête.

Ces questions tant méthodologiques que déontologiques ont fortement contribué à souder l'équipe, les chercheurs découvrant les règles du milieu, les enquêtrices intégrant les logiques qui sont celles de la recherche, intégrant aussi un questionnement qui est celui de la Santé Publique.

#### 1.4.2. L'analyse contextuelle des données

L'interprétation des résultats a été effectuée en confrontant systématiquement toutes les sources d'information : écrits, entretiens enregistrés, observation directe par les membres de l'équipe de terrain, questionnaires, contacts avec les services.

Chaque fois que les résultats de l'analyse des corpus, écrits et questionnaires, ont paru insatisfaisants ou discordants, pour les chercheurs comme pour les enquêteurs, des compléments d'information ont été recherchés sur le terrain et des procédures de vérification ont été construites. Des enquêtes complémentaires ont donc été menées, parallèlement au travail d'analyse, sur les systèmes d'information informels en matière de santé, par exemple sur le choix des médecins généralistes ou gynécologues, les pratiques de soins des femmes d'origine étrangère, l'attitude des femmes avec leurs clients, ou encore la quantification du nombre de syphilis traitées dans l'année.

Comportement et cadre d'interprétation ont modelé la démarche de recherche en tenant compte de la situation des enquêteurs et des enquêtées : trajectoires, identités personnelles et sociales. Les questions soulevées ne sont pas

encore toutes exploitées ; le dispositif d'enquête est tel qu'il engage la réflexion du collectif. Au fur et à mesure que les questions sont réfléchies, renvoyées au terrain, elles peuvent alors s'énoncer et se traduire en propositions. En cinq mois, ce dispositif s'est toutefois révélé d'une efficacité surprenante qu'il faut attribuer à la bonne implantation de l'équipe sur le terrain, à leur réelle appropriation non seulement du projet mais aussi de la méthodologie de recherche, indicateur de l'exceptionnelle collaboration entre tous les partenaires du projet: chercheurs, praticiens et enquêteurs.

## 2. RESULTATS

### 2.1. Description des lieux d'investigation

La description des lieux d'investigation a été faite par l'équipe de terrain qui a fourni ainsi les éléments de l'analyse de la situation. Cette description doit être considérée comme une première exploration.

#### 2.1.1. Topographie de la rue St Denis

Nous avons repris la topographie de la rue décrite par les femmes elles-mêmes. Trois secteurs ont ainsi été délimités :

- de la Porte St Denis à la rue du Ponceau
- de la rue du Ponceau à la rue Turbigo
- de la rue des Lombards à la rue de Rivoli

Dans chacun de ces lieux, les femmes se différencient par l'âge, les origines, le comportement. Il est à noter qu'entre le 2e et 3e secteur se situe le nouveau quartier du Forum des Halles.

De la Porte St Denis à la rue du Ponceau, elles sont souvent plus jeunes, pratiquent une sélection plus stricte de leur clientèle dans la journée. Les chambres sont partagées par un nombre limité de filles.

De la rue des Lombards à la rue de Rivoli, les conditions de travail sont relativement comparables. Présentes sur ce terrain depuis plus de 20 ans, ces femmes ont été chassées du 3e arrondissement lors du réaménagement des Halles et se sont regroupées près de la rue des Lombards. Elles ont surtout une clientèle d'habitues, connaissent tous les rouages du métier.

De la rue du Ponceau à la rue de Turbigo, la population a toujours été fluctuante. L'accès y est plus libre qu'ailleurs, les filles y viennent de tous les horizons. La fermeture de la rue Budapest (St Lazare, été 1989, affaire Jobic) a certainement contribué à en augmenter le nombre. Ces femmes, nouvelles venues dans ce secteur, sont en majorité d'origine étrangère, maghrébine et africaine. Les conditions de travail sont des plus déplorables. Les studios y sont insalubres et

surpeuplés.

Dans l'ensemble de la rue le préservatif est considéré comme la norme que l'on essaie d'imposer aux clients. Cependant, la pression exercée par les femmes entre elles pour faire respecter la règle est plus forte dans les secteurs les plus stables.

### 2.1.2. Aux Portes de Paris: enquête exploratoire

L'enquête a été menée Porte Maillot, Porte de Clichy, Porte de st-Ouen (bld Bessière, bld Ney), Cours de Vincennes, Nation. La population y est caractérisée par sa grande hétérogénéité.

Une grande partie des femmes qui y travaillent, ne se vit pas comme prostituées. Comme il n'y a pas d'investissement particulier, de studios à payer, les occasionnelles y sont très nombreuses. C'est dire aussi que les conditions de travail y sont déplorables : les filles ne peuvent ni se changer ni se laver. Elles n'ont pas d'heures fixes, viennent travailler selon leurs besoins pendant de courtes périodes. Elles cherchent alors un complément de ressources aux fins de mois difficiles pour celles qui travaillent, ou en l'attente d'allocations ou d'aide. Il peut s'agir de toxicomanes qui viennent en cas de grandes difficultés financières, en particulier lorsque leur partenaire, souvent aussi toxicomane, est en prison. D'autres qui se vivent comme prostituées, se sont réfugiées sur les boulevards extérieurs parce qu'elles échappaient ainsi, aux contraintes et aux contrôles qui sont liés aux lieux où la prostitution est organisée. Elles se savent en rupture avec les lois qui régissent le milieu.

Chacune des Portes de Paris a sa configuration propre, liée aux clients et aux profils des femmes qui s'y prostituent. Cours de Vincennes, les toxicomanes étaient nombreuses au moment de l'enquête, alors que Porte Dauphine ou Porte Maillot, les femmes se sont situées en tant que professionnelles. Il existe donc bien des réseaux, une femme initiant une autre aux habitudes du lieu. Ces réseaux semblent toutefois peu étendus, et les prostituées rencontrées au cours de l'enquête sont d'abord des femmes seules. Les femmes vont et viennent, disparaissent sans qu'il soit possible de savoir si elles sont retournées à leur domicile, si elles ont arrêté de se prostituer, si elles sont en prison, ou si elles ont été hospitalisées, malades ou

victimes d'une agression. La loi est celle de la rue : "c'est comme les arènes", dit l'une d'elles, comme l'enquêteur s'inquiétait de la disparition de sa consœur de la veille, "seuls y survivent les plus malins".

## 2.2. Les Cahiers de Confidence

### 2.2.1. Présentation des cahiers

Une lettre apposée à la page de garde de chaque cahier définissait ainsi le cadre de l'action :

#### "Cahiers de Confidence"

Les services publics ont décidé de s'associer à vous :

- Pour lutter contre le Sida.
- Pour le droit à la santé de tous et de toutes.

Ce cahier est à votre disposition pour noter : - Vos idées sur la prévention.

- Les actions à entreprendre.
- Toute autre suggestion vous concernant".

Dans la rue, le premier mouvement a été celui de l'incrédulité. Il a fallu accumuler les preuves d'une collaboration inhabituelle : l'embauche de femmes prostituées, la visite des partenaires institutionnels sur le terrain, les réunions au Centre Collaborateur OMS et à l'AFLS, les cachets de la DGS Division SIDA et de l'AFLS apposés sur la page de garde des cahiers ont contribué à accréditer le projet. Il faut, pour mesurer l'incrédulité des femmes, se souvenir du silence qui les enferme, traditionnel moyen de contrôle du milieu, mais qui est aussi témoin du désintérêt dont elles sont victimes. Le dernier rapport officiel, le rapport Pinot, date de 1975. Au cours des années 70, des mouvements de prostituées ont, pour un temps, occupé une place dans l'espace public. Depuis le début des années 80, elles avaient disparu de l'actualité, et ne surgissent à nouveau que pour être associées à "fléau" et "risque mortel".

### 2.2.2. Le choix de l'écrit.

Au cours du travail de préparation de la journée du 28 Novembre 1989,

des notes avaient été rédigées avec les femmes sur leurs questions en matière de prévention et de soins. La démarche a été reprise et systématisée dans le cadre du projet. En ce sens, elle témoigne d'une première reconnaissance d'une mobilisation antérieure au projet lui-même.

Ce choix génère aussi, par définition, une certaine exclusion, celles qui ne peuvent s'exprimer par écrit dans une langue comprise par les enquêteurs, et plus généralement de celles qui étaient opposées à la démarche proposée.

Le choix d'une expression écrite, l'investissement personnel qu'il exige, relève d'une volonté de démonstration: en s'engageant personnellement au sein du collectif que forme la prostitution, elles entendent retrouver leur place au sein de la collectivité. Il y a dans le recours à l'écrit quelque chose de solennel où les femmes marquent le sérieux de cet engagement : "Je suis d'accord pour ... ", "Je suis d'accord pour lutter contre le SIDA, car je me prostitue depuis 8 ans" (1), "travaillant dans la rue depuis de nombreuses années" (27), "j'ai travaillé dans les maisons closes" (30).

Si l'expérience accrédite l'engagement, le simple fait d'être "une femme qui travaille" donne droit à une parole individuelle au sein du collectif. Cette parole individuelle marquée par le pronom personnel "je" est toutefois plus fréquente chez celles qui ont quelque chose à démontrer, non pas tant à l'extérieur qu'au sein du groupe. Ainsi les femmes étrangères prennent-elles soin d'affirmer que "personnellement" elles sont "d' accord pour le préservatif": "je sais qu'on dit que les Espagnoles travaillent sans préservatif, mais moi non, je tiens à la vie" (50). "There are still girls out there who have been working as a prostitute that don't use a rubber... I prefer to go out with a bang than with something that takes my life slowly and horribly that I caught for money and stupidity to myself." ( 40. Ghanéenne).

Les écrits les plus argumentés sont aussi les plus pauvres en indications personnelles. Le sujet y est gommé et ne sont conservées que les marques d'énonciation qui participent de la démonstration. Ces femmes parlent au nom du collectif "nous, les femmes prostituées", et plus souvent encore "la prostitution". Elles montrent ainsi leur souci de se distancer et d'envisager le problème sous

l'angle des intérêts de la collectivité.

### 2.2.3. Typologie des écrits

Les écrits peuvent être regroupés en cinq catégories :

a) Les témoignages : Dix témoignages sont écrits à la 1<sup>ère</sup> personne du singulier et ce sont les seuls où le "je" renvoie directement à l'identité personnelle. Ces écrits sont consacrés à l'histoire de ces femmes ou du moins à des éléments de leur situation personnelle qui en font des personnes en grande difficulté : telle cette femme âgée, dont la lettre est un véritable appel au secours : "moi, je me prostitue depuis des années et j'ai peur (...), je voudrais bien la sécurité sociale, et puis c'est pas facile de s'arrêter, je bois beaucoup quand j'en ai marre. Les logis, c'est cher et on est trop et c'est sale. C'est sûr, je termine ma vie dans la rue, mais il faut nous aider (38)".

Les plus nombreuses sont mères de famille, sans travail, sans logement et le plus souvent sans époux :

"je suis mariée ici, j'ai la carte de séjour 10 ans ( ... ), j'ai quatre enfants et parce que nous avons des problèmes de logement, je me prostitue. Je vis chez ma soeur. Je suis d'accord pour payer mes impôts ( ... ) mes enfants sont orphelins (34)".

Cette présentation de soi est surtout le fait d'étrangères (4 Maghrébines, 1 Espagnole, 1 Africaine), pour lesquelles cette situation est si générale qu'elle finit par participer de l'identité collective comme l'indique une Ghanéenne parlant de son groupe : "We are mostly unmarried women without employment. Almost every woman in our group has at least two children without father (39)".

Les témoignages les plus violents sont ceux de trois toxicomanes (7.45.49). Ce sont les seules à raconter crument leurs maladies et leurs relations avec les clients, l'infection vaginale de l'une, rejetée de l'hôpital sans soins (7), la mycose buccale de l'autre (45), le SIDA enfin pour une troisième (49). Peu soucieuses de l'image d'une profession où elles ne se reconnaissent pas, elles sont à bout de force et elles le disent. Toutes trois se prostituent sur les boulevards extérieurs.

Ces témoignages ne formulent aucune proposition et la seule demande est celle d'une assistance. Elles appellent à l'aide, crient "au secours" (28), avec un espoir teinté de scepticisme : "j'espère que vous allez faire quelque chose pour nous et que c'est vrai" (7).

b) Responsabilité de la femme prostituée : Douze écrits sont consacrés à la seule responsabilité de la femme prostituée. "Au départ, c'est elles qui doivent comprendre l'importance ... " (26), constate une des femmes, mais, et c'est là une des évolutions sensibles du monde de la prostitution, la plus grande partie refuse la culpabilisation de la seule femme prostituée : elles tiennent à souligner que la responsabilité est partagée, "filles et clients" (23), qui sont les deux responsables, ce qui ne signifie nullement qu'elles tentent de s'esquiver. "Je pense que les hommes venant nous voir devraient d'eux-mêmes nous présenter les préservatifs et non se sauver comme beaucoup" (toxicomane, séropositive, utilisatrice du préservatif (48»)).

Ces douze écrits n'ont pas la même fonction selon le destinataire, implicite ou explicite. certains écrits doivent être considérés comme un acte où la femme s'engage publiquement : "je ne travaille qu'avec" (28.50), "pour moi personnellement ... , le préservatif d'office" (8). Parmi elles, une toxicomane, une Espagnole et une femme Africaine : "I respect my person, my body, and my life" (50). D'autres, les plus nombreuses, s'adressent à leurs consoeurs, parfois de l'extérieur : "Mesdames qui acceptez les rapports sans protection, vous courrez à votre mort, qui, je pense, n'en vaut pas la peine" (15), parfois en s'incluant "et chacune de nous doit prendre conscience de ses responsabilités" (27).

Les dernières s'adressent à l'opinion publique et leurs écrits portent témoignage de la responsabilisation des femmes prostituées : "Bien entendu, nous ne travaillons qu'avec le préservatif, le risque est trop important" (31); "Personne ne peut nous accuser d'être les propagateurs de ce fléau" (21).

c) Contrôles et sécurité : six écrits sont destinés aux pouvoirs publics et réclament une intervention protectrice pour elles comme pour leurs clients. Ces femmes sont

celles qui veulent des contrôles obligatoires, et, dans le même moment, une amélioration des conditions de travail, et particulièrement l'ouverture d'Eros Center. La référence à l'Allemagne et à la Communauté Européenne est fréquente : "Je suis ahurie devant l'absence d'hygiène et de prévention voire de contrôle médical en France qui fait partie de la Communauté Européenne" (9), "contrôles obligatoires régulièrement et surveillés" (3), "en Allemagne, et dans d'autres pays, les filles sont contrôlées régulièrement presque deux fois par semaine (...) j'espère qu'un jour le nécessaire sera fait de ce côté-là" (4). La sécurité des clients est un des arguments avancés (13) mais de façon plus systématique, celle des femmes prostituées, y compris comme protection contre le proxénétisme (9).

d) Droits et responsabilités : Près de la moitié des écrits développe des mesures de prévention MST/SIDA, le plus souvent pensées en terme de responsabilité ou de devoirs liés à la pratique prostitutionnelle ainsi que les droits dans le domaine de la santé. La principale caractéristique de cette catégorie d'écrits est d'articuler les deux domaines, le comportement responsable des femmes justifiant la reconnaissance de leurs droits: "Ca a toujours fait partie de notre mentalité de lutter contre les MST" rappelle une des femmes, "les filles ont toujours eu l'habitude de penser aux autres", mais "personne ne nous informe de nos droits (24)". À peine sont-elles "traitées en femme (21)" et "le dédain de la femme de la rue, appelée communément 'PUTE' n'empêche nullement qu'on se serve d'elles, ( ... ). Comme le forgeron depuis des millénaires, il travaille dur, se noircit, mais lavé le soir, il ne sent plus la trace de son travail ingrat" et elle propose : "et pour finir avec cette maladie si effroyable soit-elle et pourtant si facile à prévenir : médecine du travail (6)".

La reconnaissance sociale, c'est, pour une part des femmes, la revendication d'un statut professionnel d'autant plus nécessaire qu'il donne droit à la sécurité sociale. Toutes ne le réclament pas. Mais deux revendications sont parfaitement consensuelles: le droit au respect et le droit aux soins.

e) Les revendications : Quatre filles s'adressent exclusivement aux pouvoirs publics et listent leurs revendications : droit du citoyen, droit à la sécurité

sociale, droit à de bonnes conditions de travail, droit à la sécurité. Elles sont peu nombreuses dans ce corpus, ce qui ne signifie pas que leurs idées ne soient pas partagées : ces revendications se retrouvent dans la plupart des écrits. Mais les choix méthodologiques de l'enquête, en particulier la médiation d'enquêtrices appartenant au terrain, favorisaient une expression plus large et plus personnelle.

### 2.2.3. Argumentaire

Dans l'ensemble, les cahiers développent un argumentaire très précis sous-tendu par une double préoccupation : celle de l'épidémie elle-même, et aussi celle de ses répercussions possibles sur la profession.

La proposition de départ est formulée de la façon suivante:

je suis (nous sommes) d'accord pour lutter contre Le SIDA.

Ce premier point repose sur un système de présuppositions, assez souvent explicitées dans les écrits :

- (nous) (moi)... femme(s) prostituée(s)
- (je) (suis)... nous sommes consciente(s) de la gravité du danger
- (je reconnais) (nous reconnaissons)... notre part de responsabilité
- (je m'engage) (nous nous engageons).. publiquement dans la lutte

Le raisonnement se développe ensuite sur trois propositions:

- a) lutter contre le SIDA, c'est mettre le préservatif.
- b) lutter contre le SIDA, c'est protéger sa santé.
- c) lutter contre le SIDA, c'est faire preuve de son sens des responsabilités.

Le premier raisonnement porte sur les contraintes du marché. Le préservatif se traduit d'abord par un manque à gagner, dans la mesure où beaucoup de clients s'y refusent. La pression économique est si forte que quelques femmes souhaitent un recours extérieur, un interdit légal ou réglementaire qui présenterait l'avantage d'assainir le marché...

Celles qui, dans les cahiers, reconnaissent "ne pas toujours mettre le préservatif" sont celles qui ne peuvent se permettre de refuser un client parce qu'elles ont "de gros besoins d'argent", telle cette femme âgée, manifestement à

bout de force et qui interroge: "J'ai peur du SIDA, mais les clients ne veulent pas toujours. Que faire?" (38). La solution envisagée dans 1/3 des écrits, c'est l'allégement des charges financières, les deux revendications citées les plus fréquemment étant d'une part, la suppression des PV et d'autre part, le logement social auquel elles ne peuvent avoir accès en l'absence de fiche de paye.

ARGUMENT N°I	PROPOSITIONS
→ je suis d'accord pour le préservatif.	
mais (les) (des) clients ne veulent pas	→ Les pouvoirs publics doivent les informer / leur faire peur
→ imposer le préservatif revient à perdre des clients	
(les) (d') autres filles ne veulent pas	→ il faut leur imposer des contrôles obligatoires
elles ne peuvent réduire leurs revenus: elles font face à des charges trop lourdes.	→ il faut alléger les charges financières suppression des PV et accès aux logements sociaux.

Le second argumentaire repose sur les difficultés d'accès aux soins, les femmes soulignant le paradoxe qui veut qu'elles protègent la santé de tous ceux qui, au contraire d'elles-mêmes, ont droit à la protection sanitaire.

Le problème prioritaire, évoqué dans la très grande majorité des écrits, est celui de l'absence de couverture sociale. Il se pose en terme financier, mais il se pose également en terme de statut.

Entrer en contact avec les services sanitaires et sociaux, c'est, en l'absence d'une couverture sociale, dévoiler ce qui est tenu secret. Plutôt que d'avoir à fournir des justificatifs, les femmes préfèrent éviter tout contact.

La sous-information en matière des droits dont les femmes se plaignent, est directement liée à leur méfiance face aux services et administrations. Elles ne connaissent pas leurs droits parce qu'elles ne se risquent pas à les faire valoir. La demande d'information est aussi une demande de reconnaissance sociale.

ARGUMENTAIRE N°2	PROPOSITIONS
(nous sommes) → (je suis) d'accord pour protéger notre/ma santé ↓	
Mais (je n'ai) (nous n'avons) pas la sécurité sociale	→ Il faut donner accès à l'aide médicale ou à la sécurité sociale
(je ne connais) → (nous ne connaissons ) pas nos droits	→ il faut faire reconnaître nos droits
(je ne connais) → (nous ne connaissons) pas les possibilités offertes (système de soins gratuits)	→ il faut une information adaptée

Le dernier argumentaire porte sur la reconnaissance du statut, statut professionnel pour nombre d'entre elles et pour d'autres très nombreuses aussi, statut du citoyen. Elles veulent, et c'est un des leitmotiv des écrits, avoir "le droit de vivre comme tout autre citoyen" (10.9.29), "comme les autres femmes" (11.8.31.36.47.43.19.26). La marginalité leur est imposée (5.6.21), elles demandent "de ne plus être traquées comme des bêtes" (17), ce qu'une femme africaine formule en ces termes "we, women, cannot live as criminals" (39). La véhémence du ton, l'emphase, la dramatisation indiquent que ce dernier argument est moteur.

Cet argument est étayé par trois types de raisonnement :

- a) Le constat d'une pratique que nul décret n'a pu abolir à ce jour : "La prostitution existe depuis que le monde est monde" (5).
- b) La reconnaissance de l'utilité de la prostitution, utilité publique (24.28.43.33).
- c) Leur sens des responsabilités, traditionnel dans la lutte contre les MST (24).

ARGUMENTAIRE N°3	PROPOSITIONS
→ je reconnais mes responsabilités envers la collectivité ↓	
mais la collectivité ne me reconnait aucun droit : pas même celui à l'existence →	droits du citoyen
→ je n'ai pas le droit ↓ d'exercer mes activités →	droits à un statut professionnel
je paye au prix fort des lieux d'exercice insalubres et sans hygiène →	amélioration des conditions de travail
mes relations privées ↓ (relations affectives, enfants) sont constamment suspectées	droit à une vie familiale



## 2.3. Le questionnaire

### 2.3.1. La présentation du questionnaire

Le questionnaire comprend 21 questions. Il exige entre 35 et 45 minutes d'entretien, ce qui est le maximum acceptable. Il porte sur la protection sanitaire, l'utilisation du système de soins publics et privés, la surveillance des MST et le dépistage du VIH. Il fournit des informations sur l'état de santé (dernière maladie non-gynécologique, dernière MST depuis un an), la connaissance et l'utilisation des services et centres de soins, l'opinion qu'elles en ont ainsi que des propositions de prévention ou d'information.

Une des difficultés méthodologiques déjà signalée est liée au fait que les pratiques de soins et de surveillance, de même que l'usage du préservatif, participent d'un code professionnel. L'expérience des femmes de la rue a aidé à sélectionner les questions accompagnées d'une liste de réponses les plus proches des pratiques effectives, formulées de façon non culpabilisante. Ainsi le recours à l'automédication est-il proposé comme première réponse aux petites maladies gynécologiques et formulé de la façon suivante:

Comment l'avez vous soignée?

Médicament(s) conseillé(s) par:

- a)une amie
- b)un pharmacien
- c)un laboratoire
- d)je connaissais les médicaments à prendre.

Médicament(s) prescrit(s) par :

- a)un médecin généraliste
- b)un gynécologue
- c)un médecin d'hôpital
- d)pas soignée
- e)autre:

De même, la question sur le préservatif a exigé une description fine des comportements et en particulier du processus qui conduit à son adoption. Le préservatif ne s'adopte pas en une fois, il est d'abord testé dans certaines relations professionnelles puis progressivement étendu à l'ensemble de la clientèle. Il a donc exigé d'élaborer une première typologie des clients.

La passation du questionnaire a été effectuée par les femmes vacataires. D'un point de vue méthodologique, la formation des enquêtrices s'est effectuée en partie lors de l'élaboration du questionnaire où elles ont été associées. En matière de MST et de SIDA, une séance de formation a été organisée au Centre OMS. L'information a été complétée au fur et à mesure des besoins. Sur le terrain, la médiation des enquêtrices s'est révélée indispensable. Ces femmes, habituées à servir de relais, ont su traduire pour leurs compagnes les termes techniques. Elles n'ont pu éviter toutes les confusions dont certaines ont été détectées au moment de l'analyse des résultats, par exemple, confusion entre assurance personnelle à la sécurité sociale et assurances privées, telles les assurances scolaires.

Les questions portant sur la situation familiale n'ont pas été abordées directement dans la mesure où elles sont généralement tuées dans le milieu prostitutionnel. Lorsque l'enquêtrice ou l'enquêteur était informé d'une toxicomanie, il notait l'information, qui ne prétend pas être systématique. Il en va de même de la séropositivité dans la mesure où cette enquête explore seulement les besoins de santé et ne propose pas de test HIV.

### 2.3.2. Description de l'échantillon

L'établissement de l'échantillon avait pour objectif d'intégrer les différentes catégories de prostituées correspondant au système de catégorisation spontanée du terrain, certains de ces critères portant sur la nationalité mais aussi l'origine ethnique (les Blacks, les Beurs, les Algériennes) ou sur l'organisation du travail (celles qui travaillent de nuit, de jour). D'autres variables ont été retenues qui ont pu être considérées comme significatives dans les pratiques de soins (âge et âge de début de la prostitution).

Au total, 191 femmes ont été interrogées, 149 soit 78% travaillent rue St Denis et 42 soit 22% aux Portes de Paris.

#### 2.3.2.1. Les horaires

Les horaires de travail ont été notés précisément. Pour les besoins du rapport, les horaires ont été regroupés en quatre tranches correspondant aux plus grandes fréquences.

TRANCHES HORAIRES	<i>RUE ST DENIS</i>		<i>PORTES DE PARIS</i>	
	N	%	N	%
Matin	28	19	-	-
Jour	83	0,56	11	30,00%
Soir	17	0,11	4	11,00%
Nuit	21	0,14	22	59,00%
Totaux	149		37	

D'un point de vue quantitatif, il semblerait que les femmes travaillant de nuit rue St Denis soient sous-représentées dans l'échantillon. Les écarts maxima en matière de comportements et de protection sociale se situent entre les femmes travaillant de jour et celles travaillant de nuit, mais la taille de l'échantillon ne permet pas d'indiquer des différences significatives entre les différentes tranches horaires.

#### 2.3.2.2. Nationalité et origine ethnique

Nationalité et origine ethnique ont été retenues dans la mesure où ces variables peuvent déterminer des comportements culturels différents quant aux soins

et à la prévention.

La grande majorité des femmes interrogées est d'origine française, soit 62,8 % rue St Denis et 70,7 % aux Portes de Paris. La proportion de "Beurs" tend à être plus importante aux Portes de Paris.

NATIONALITE ET ORIGINE ETHNIQUE	RUE St DENIS		PORTES DE PARIS	
France	93	63%	29	71%
Beur*	21	14%	8	20%
Maghreb	18	12%	2	5%
Europe	7	4.7%	1	2%
Amérique du Sud	2	1.3%	1	2%
Afrique	7	4.7%	-	-
Totaux	148		41	
*Origine Maghreb, nationalité française				

### 2.3.2.3. situation familiale

Si la situation familiale n'a pas pu être explorée précisément, une question permet d'évaluer le nombre d'enfants, ainsi que les enfants vivant ou non avec la femme. Cette question porte sur le remboursement des frais de santé pour les enfants. "si vous avez des enfants, êtes-vous remboursée de leurs frais de santé" ?

SITUATION FAMILIALE	RUE SAINT DENIS				PORTES DE PARIS
	MATIN	JOUR	SOIR	NUIT	
Pas d'enfant	12 (48%)	34 (41%)	8 (53%)	14 (67%)	21 (50%)
Enfants à la maison	9 (36%)	38 (46%)	3 (20%)	3 (14%)	4 (10%)
Enfants ailleurs	4 (16%)	11 (13%)	4 (27%)	4 (19%)	17 (40%)

Au total, 68 femmes rue St Denis et 21 aux Portes de Paris, n'ont pas d'enfant. Plus d'une femme sur deux a un enfant au moins. Aux Portes de Paris, une grande partie de tous ces enfants ne vit pas avec leur mère. Les femmes qui travaillent de jour rue St Denis ont, comparativement aux autres, plus souvent leurs enfants avec elles à la maison.

### 2.3.2.4. Age et durée de la prostitution

L'âge moyen des 191 femmes de l'échantillon est de 32,5 ans (18 à 62 ans). 50% ont moins de 31 ans et 70% moins de 35 ans. Six femmes ont plus de 50 ans. L'âge moyen du début de la prostitution est de 21 ans (15 à 37 ans). 50% des femmes ont commencé à se prostituer avant 20 ans. Globalement, la durée moyenne de la prostitution est de 11 ans (5 mois à 39 ans).

Des différences sont notées entre les lieux investigués. Dans la rue St Denis, l'âge moyen des 149 femmes est de 33 ans (21 à 62 ans) et 30 femmes ont 40 ans et plus. L'âge moyen de début de la prostitution est de 21 ans (15 à 37 ans). La durée moyenne de la prostitution est de 12 ans. Pour 50% des femmes la durée de la prostitution est de moins de 11 ans et 16% des femmes sont prostituées depuis 20 ans et plus.

Aux Portes de Paris, l'âge moyen des 42 femmes est plus bas : 28,5 ans (18 à 58 ans), 50% ont moins de 27 ans et l'âge moyen de début de la prostitution est de 20 ans (15 à 28 ans). Une seule femme a plus de 40 ans. La durée moyenne de la prostitution est de 8 ans (5 mois à 39 ans). Pour 50% des femmes la durée de la prostitution est de moins de 6 ans. Pour 30% la durée de la prostitution est de 10 ans et plus.

#### 2.3.2.5. Remarques sur l'échantillon

Françaises travaillant de jour, avec une expérience de la prostitution d'une dizaine d'années, le plus souvent mères de famille : tel est le profil majoritaire des femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire. certaines catégories de femmes sont à l'évidence sous-représentées dans l'enquête (femmes très jeunes, Africaines, femmes travaillant la nuit) mais l'échantillon ne prétend pas être représentatif dans la mesure où le nombre des femmes prostituées est inconnu, à fortiori la proportion représentée par tel ou tel groupe. Il permet toutefois une première description des différentes catégories.

Comme dans l'enquête qualitative, les échantillons de la rue St Denis et des Portes de Paris sont nettement contrastés, principalement dans le rapport à la prostitution. Aux Portes de Paris, les femmes sont un peu plus jeunes, elles sont surtout plus instables, la proportion d'enfants vivant hors du domicile (80%) est impressionnante. Elles sont 24 à s'être identifiées comme toxicomanes, soit 57%. La toxicomanie n'y est pas cachée pour ceux qui sont à même de l'identifier. Rue St Denis, les toxicomanes ne cherchent ni à se reconnaître ni à se rencontrer.

Le non-dit sur la toxicomanie fait partie du code professionnel. Quatre femmes sont signalées comme toxicomanes dont une séropositive; une autre femme est. elle aussi HIV(+) mais non toxicomane. si là aussi, les chiffres ne prétendent pas être représentatifs, on peut toutefois affirmer en confrontant les différentes sources de l'enquête, que les toxicomanes rue St Denis sont beaucoup moins nombreuses qu'aux Portes.

### 2.3.3. Etat de santé

L'état de santé des femmes prostituées a été évalué par les indicateurs suivants : les problèmes médicaux non gynécologiques, les problèmes gynécologiques et les MST.

#### 2.3.3.1. Les problèmes médicaux non gynécologiques

La fréquence des problèmes médicaux dans l'année précédant l'enquête est différente rue St Denis et aux Portes de Paris. Rue St Denis 34% des femmes n'ont pas présenté de problèmes médicaux. si les problèmes ORL dominant (34% - 50/149), les autres problèmes plus généraux (problèmes de dermatologie, allergie, eczéma, fatigue, migraine) atteignent 14% (21/149). Aux Portes de Paris, il semble que la situation soit beaucoup plus grave. 40 /42 femmes (95%) ont présenté un problème médical. si là encore les problèmes de la sphère ORL prédominent (43% - 18/42), 19% (8/42) ont présenté une hépatite et 14% (6/42) ont présenté un problème pulmonaire grave, cité comme pneumonie. Pour la plupart, ces pathologies peuvent être rattachées à la toxicomanie.

### 2.3.3.2. Les problèmes gynécologiques

#### 2.3.3.2.1. Contraception et IVG

– Contraception : Une majorité des femmes utilise un moyen de contraception chimique ou mécanique autre que le préservatif. Ces moyens sont principalement: la pilule 50% (94/186) et le stérilet 10.% (19/186). Spermicides et diaphragme sont utilisés par 11% des femmes (20/186). Les spermicides sont rarement utilisés seuls comme contraceptifs. Ces proportions ne varient pas en fonction des lieux (rue St Denis ou Portes de Paris). Quatre femmes sont ménopausées et dix femmes utilisent systématiquement le préservatif avec tous leurs partenaires. La couverture contraceptive n'est pas élevée si l'on considère que 21% d'entre elles (39/186) ne sont protégées que par une utilisation irrégulière du préservatif.

– IVG : On constate que 47% (70/149) rue St Denis et 69%

(29/42) aux Portes de Paris ont eu, au moins une fois, une IVG.

La dernière IVG date de moins d'un an pour 36 femmes (19%), et de moins de trois ans pour la moitié d'entre elles. Globalement 33 femmes (17%) ont présenté plus de deux IVG.

Il n'y a pas de différence d'âge ou de durée de la prostitution entre celles qui ont subi une IVG et celles qui n'en ont pas subie. Cependant, il y a significativement plus d'IVG aux Portes de Paris que rue St Denis et significativement plus d'IVG chez les femmes "beurs" ou maghrébines que chez les femmes françaises.

Les femmes de la rue St Denis ayant présenté au moins une IVG sont allées pour moitié (47% - 33/70) dans un service public et pour moitié (50% - 35/70) dans un service privé. Aux Portes de Paris, la majorité sont allées dans un service public (20/27 - 74%). Aux Portes comme rue St Denis, 46% des IVG ont été prises en charge, dont les deux tiers par l'AMG (Aide médicale gratuite).

#### 2.3.3.2.2. Les Grossesses

Au cours de l'année passée, 11 grossesses ont été signalées par les femmes. La question ayant pour objectif le suivi de grossesse a été formulée comme suit: "si vous avez eu des enfants, à quel moment de votre dernière grossesse avez-vous commencé à vous faire suivre par un médecin?". La majorité des femmes ont vu un médecin avant le cinquième mois de grossesse mais une proportion non négligeable (St Denis: 17% et Portes: 10%) n'ont vu un médecin que tardivement entre le sixième mois et l'accouchement. Il faut noter que la question ne permettait pas d'aborder de façon plus précise, la nature et la qualité du suivi.

#### 2.3.3.2.3. Problèmes génitaux et MST

145 femmes (76%) ont rapporté une pathologie vaginale datant de moins d'un an. Pour 132 femmes, il s'agissait de problèmes mal identifiés (pertes, irritations... ). Pour ce type de problèmes, l'automédication est fréquente (41%). Lorsqu'elles font appel à un médecin, c'est dans une structure publique (dispensaire, hôpital) pour 17% des femmes rue St Denis mais pour 46% aux Portes. La plupart de ces problèmes sont de type mécanique (irritations dues aux rapports nombreux, aux savons antiseptiques utilisés avec excès... ). Il est toutefois évident que de nombreuses infections (chlamydiae, mycoplasmes... ) ne sont pas diagnostiquées, ces infections étant souvent peu symptomatiques, mais pouvant entraîner salpingites et stérilité: une infection a été diagnostiquée dans l'année chez 53 femmes; il s'agissait de 17 gonococcies, 5 syphilis, 16 herpès, 3 salpingites d'origine indéterminée, 15 trichomonases et 4 chlamydioses.

Ces deux dernières pathologies sont souvent peu symptomatiques et ne sont pas systématiquement recherchées lors des bilans. Leur fréquence est probablement très sous-estimée par ces chiffres.

La surveillance de la fréquence des gonococcies est un bon moyen d'évaluer le niveau d'acceptation du préservatif dans une population sexuellement très active. Dans cette optique, il est significatif de noter que 6% (9/149) des femmes rue St Denis ont présenté une gonococcie dans l'année, comparé à 19% (8/42) aux Portes. Il est

toutefois impossible de savoir si les partenaires infectants étaient des clients ou des relations privées.

#### 2.3.3.4. Les préservatifs

Le questionnaire s'ouvre sur une question qui appelle une réponse par oui ou non: "utilisez-vous des préservatifs régulièrement ?". La question suivante porte sur la fréquence de l'utilisation selon que le client est inconnu ou au contraire régulier c'est-à-dire attiré.

A la question: "utilisez-vous des préservatifs régulièrement?", 120/144 (83%) femmes rue St Denis et 38/42 (90%) aux Portes de Paris répondent oui. Le terme "régulièrement" n'a pas la même extension rue St Denis et aux Portes de Paris. Parmi les 25 femmes de la rue St Denis qui ne considèrent pas qu'elles l'utilisent "régulièrement", 60% l'utilisent néanmoins souvent avec les clients inconnus. Pour les 120 qui disent l'utiliser régulièrement, 95% l'utilisent toujours et 5% souvent avec les clients inconnus. Aux Portes de Paris, "régulièrement" signifie "toujours" pour 74% et "souvent" pour 19% d'entre elles. Cette question n'a pas été posée en ce qui concerne les fellations, mode de relation très fréquent, surtout aux Portes de Paris.

Des variations assez sensibles interviennent selon le type de clients et selon le type de relations, professionnelles ou privées.

## USAGE DU PRESERVATIF SELON LE TYPE DE CLIENT

### ET LES LIEUX DE L' ENQUÊTE

Type de client	Toujours		Souvent		Parfois		Jamais	
	St Denis	Portes	St Denis	Portes	St Denis	Portes	St Denis	Portes
Clients inconnus	122 82%	31 74%	17 11%	8 19%	8 5%	3 7%	-	-
Clients Réguliers	94 63%	21 50%	23 15%	13 31%	19 13%	6 14%	10 7%	2 5%
Relations privées	13 9%	2 5%	12 8%	2 5%	18 12%	20 48%	97 65%	17 41%

Avec les clients inconnus, 82% des femmes de la rue de St Denis, 74% aux Portes utilisent toujours le préservatif. L'usage baisse nettement avec les clients réguliers: il est toujours employé pour 63% rue Saint Denis et 50% aux Portes. Avec les relations privées, l'usage systématique est rare.

La variation des comportements selon les situations rend difficile la mise en relation de l'utilisation du préservatif avec les M.S.T. . Cependant, 38% seulement des femmes ayant eu une M.S.T. dans l'année utilisent toujours les préservatifs avec leurs clients occasionnels ou réguliers, mais 74% d'entre elles ne l'utilisent jamais avec leurs relations privées. A l'inverse, parmi les 20 femmes n'ayant eu ni M.S.T. diagnostiquée, ni symptômes gynécologiques locaux dans l'année, 85% utilisent toujours le préservatif quelque soit le type de clients et 40% seulement ne l'utilisent jamais avec leurs relations privées.

## 2.3.4. Couverture sociale et accès aux Soins

### 2.3.4.1. Couverture sociale

En majorité les femmes prostituées n'ont pas de couverture sociale. Aux Portes de Paris, elles sont seulement 17% (7/42) à être remboursées. Rue St Denis, elles sont 29% (42/146) à être remboursées; 33% (27/82) parmi celles qui travaillent de jour et 14% (31/21) parmi celles qui travaillent de nuit.

Vingt femmes de la rue St Denis ont droit à la sécurité sociale par un autre membre de la famille. Aux Portes de Paris, une femme a la sécurité sociale par son conjoint. Deux ont une autre profession et une, le RMI. A la question: "cotisez-vous à l'assurance personnelle?", quatre femmes aux Portes de Paris et dix-sept rue St Denis ont répondu oui. ..

Rue Saint Denis, 73% des femmes connaissent l'existence de l'assurance personnelle et 77% accepteraient de payer pour avoir la sécurité sociale. Aux Portes de Paris, parmi les 35 non remboursées, 16 connaissent l'assurance personnelle et parmi elles, 7 accepteraient de la payer, ce qu'elles ne font pas parce-que le prix est trop élevé, ou encore parce-que les démarches sont trop compliquées.

### 2.3.4.2. Recours au système de soins

Rue St Denis, 50% des femmes ont vu un médecin dans les trois derniers mois, 75% dans les six derniers mois et 98% dans l'année. Sur les boulevards extérieurs, toutes les femmes ont vu au moins un médecin dans l'année - ce qui ne signifie pas qu'elles se soignent. Elles l'ont alors parfois rencontré dans des contextes institutionnels contraignants, en prison par exemple pour 4 d'entre elles, ou bien en relation avec un problème de toxicomanie (3 femmes).

Autre indicateur : aux Portes de Paris, la rencontre avec le médecin s'est effectuée dans un hôpital ou un service public pour 28 femmes (67%), et 14 (33%) sont allées consulter un médecin libéral. La proportion s'inverse rue St Denis où 38 femmes (27%) sont allées consulter un service public et 101 (73%) un médecin privé. Le recours à l'automédication est néanmoins fréquent pour les problèmes gynécologiques (pertes, douleurs, irritations): 40% rue St Denis et 17% aux Portes de Paris.

#### 2.3.4.3. Dépistage HIV/MST - Information sur le SIDA - Le dépistage HIV

Il est à noter que nous n'avons pas demandé aux femmes leur statut sérologique.

Globalement, 75% (142/190) des femmes disent avoir fait un test. Rue St Denis, ce chiffre atteint 78% (116/148). Des variations sont notées en fonction des heures de travail: 87% (71/82) des femmes travaillant le jour disent avoir fait un test contre 62% (13/21) des femmes travaillant la nuit. Aux Portes de Paris, 62% (26/42) des femmes ont fait un test dont 75% (18/24) parmi les toxicomanes. 66% (97/148) des femmes rue St Denis déclarent faire un test régulièrement, quelque soit l'usage du préservatif. Pour celles qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif avec des clients inconnus, cette proportion descend à 15% (4/27).

– Lieux des tests : Pour la rue St Denis, les tests sont effectués principalement dans le privé: 24% (27/113) chez les médecins de ville et 42% (48/113) directement dans un laboratoire privé. Au près des services publics: hôpital - 25% (28/113); DAVICDAG - 7% (81/113). Deux femmes ont été testées à l'occasion d'une étude de séroprévalence. Aux Portes de Paris, les femmes s'adressent surtout aux services publics: à l'hôpital - 48% (12/25) et aux DAV / CDAG - 28% (7/25). 16% (4/25) sont allées dans le privé et 8% (2/25) ont été testées en prison.

– Information sur le SIDA : Les sources d'information les plus souvent citées sont la télévision, la radio, et les grands médias. Parmi les professionnels, les médecins jouent un rôle privilégié. Bien que l'information informelle (amis) vienne en cinquième position rue St Denis et en troisième aux Portes, elle peut être déterminante pour les changements de comportements. Chacune de ces sources joue un rôle spécifique.

## SOURCES D'INFORMATION

INFORMATION	Rue Saint Denis N=149		Portes de Paris N=42	
Télé-Radio	136	91,3%	35	84,5%
Clips & Cinéma	113	75,8%	20	47,6%
Journaux	105	70,5%	36	85,7%
Médecins	106	71,1%	27	64,3%
Amis	93	62,4%	27	64,3%
Brochures	75	50,3%	16	38,1%
Prison	16	10,7%	7	16,6%
CDAG	11	7,4%	2	4,7%

### - Les bilans MST

Au total, 26% (50/191) des femmes ne font jamais de bilan sanguin, 42% (81/191) en font moins d'une fois par an. Les proportions sont comparables pour les bilans vaginaux.

Les inégalités dans les pratiques de prévention sont nettes selon les catégories. Les femmes qui travaillent de jour et qui ont une longue expérience de la prostitution sont celles qui utilisent le plus régulièrement le dépistage. Les femmes étrangères sont les plus réticentes; sur les 18 maghrébines de la rue St Denis, 9 femmes seulement ont fait au moins un bilan, et cette pratique est récente (moins d'un an).

52% des femmes des Portes de Paris ne font jamais de bilans sanguins et 36% ne font jamais de bilans vaginaux.

Les proportions baissent à 19 et 17 % respectivement rue Saint Denis.

Les femmes qui font régulièrement des bilans vaginaux surveillent également leur sérologie HIV. 91 % de celles qui effectuent au moins un bilan vaginal par an ont fait un test HIV. En revanche, parmi celles qui ne font jamais de bilan vaginal, 39 % ont quand même fait un test.

Ces proportions sont identiques rue Saint Denis et aux Portes. Elles illustrent la place qu'a prise le SIDA dans les préoccupations des prostituées.

## BILAN MST

Bilan sanguin	Rue Saint Denis		Portes de Paris		TOTAL
Jamais	28	19%	22	52%	50
< 1 an	66	45%	15	36%	81
> 1 an	53	36%	5	12%	58
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>189</b>

Bilan vaginal	Rue Saint Denis		Portes de Paris		TOTAL
Jamais	26	17%	15	36%	41
< 1 an	70	48%	18	43%	88
> 1 an	51	35%	9	21%	60
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>189</b>

#### 2.3.4.5. Connaissance et appréciation des services

##### - Les dispensaires antivénéériens (DAV)

Les questions concernant la connaissance et l'appréciation des DAV ont été composées de deux items. Le premier permet d'identifier les dispensaires nominativement ainsi que leur fréquentation. Le deuxième permet d'évaluer l'appréciation de ces lieux.

Globalement, 55% (82/149) des femmes de la rue St Denis savent qu'elles peuvent avoir des prélèvements et des traitements gratuits dans les DAV mais seulement 20% (29/149) en ont fréquenté au moins un. Les plus connus, (qu'ils aient été fréquentés ou non) sont le Dispensaire de l'Hôpital st Louis (49%), celui de l'Hôpital st Antoine (31%) et celui de la rue d'Assas (28%). Environ 10% des femmes connaissent les DAV situés à l'Institut Alfred Fournier, à l'hôpital Tarnier, rue du Ridder et à la cité Universitaire. Les Dispensaires de la rue de Belleville, de la rue de Valois, de la rue Boursault sont les moins connus (environ 5%).

Aux Portes, 68% (28/41) des femmes connaissent l'existence des DAV et les services qu'ils offrent et 55% (23/42) en ont fréquentés au moins 1.

Etant donné la faible fréquentation des DAV, l'appréciation de ces services est difficilement interprétable. Cependant, globalement, celui de la rue d'Assas est considéré par la majorité des personnes l'ayant fréquenté comme bon, voire très bon, du point de vue localisation géographique, accueil, horaires et soins. Pour le dispensaire de l'Hôpital st Louis, l'appréciation est également bonne pour les soins, mais l'accueil, les horaires et la localisation géographique sont considérés comme moyens.

La fréquentation plus élevée de ce centre, malgré l'appréciation portée, pourrait être considérée, compte-tenu du rôle historique de l'hôpital st Louis, comme un indice de la persistance des traditions de la prostitution vis-à-vis des MST. Le même phénomène se retrouve (voir plus loin), à propos de l'association "le Nid".

##### - Les centres de dépistage anonyme et gratuit : CDAG

Les mêmes critères que ceux utilisés pour les DAV ont été pris pour connaître la fréquentation et l'appréciation des CDAG.

Globalement, 72% (105/145) des femmes de la rue St Denis savent qu'elles peuvent avoir un dépistage HIV gratuit dans les CDAG, mais seulement 12/145 (8%) femmes les ont fréquentés. Aux Portes de Paris, la connaissance des CDAG est aussi élevée (69%) mais la fréquentation est un peu plus forte: 9/42 (21%).

#### - Les services sociaux

La liste des services sociaux présentée ci-dessous comprend les services spécifiquement orientés vers la prostitution. Elle n'est pas exhaustive. Nous avons différencié le Nid (Mouvement ou Association) et le Service d'Accueil Ouvert de l'Association du Nid (le SAO).

Rue St Denis, le service le plus connu (voir Tableau) est le Nid; 49% des femmes en ont entendu parler sans l'avoir fréquenté, et 31% ont eu un contact avec l'association. Pour les autres services, la connaissance (sans fréquentation) varie de 25% (Equipe d'Action) à 12% (Althair). Le taux de contact est très faible, le plus élevé étant atteint pour le SAO avec 5%.

Aux Portes, les services les plus connus sont le Nid et les Equipes d'Action. Respectivement, 40% et 26% des femmes en ont juste entendu parler, et leur taux de contact avec ces deux associations est identique, autour de 20%. 10% ont entendu parler du SPRS et 10% l'ont effectivement fréquenté.

Il faut noter que la connaissance et le taux de contact ne sont pas en eux-mêmes des indicateurs de l'appréciation des qualités des services. Ils sont bien sûr liés à leurs moyens en personnel et à leur politique de communication. De plus, le fait d'avoir eu un contact avec une association, n'implique pas qu'un suivi se soit mis en place.

Etant donné le peu de fréquentation de la plupart de ces services, l'appréciation est difficilement évaluable. Les 8 personnes ayant fréquenté le SAO trouvent le service globalement très bon ainsi que la localisation géographique, l'accueil et les horaires. En ce qui concerne les autres, les avis sont partagés, voire très polémiques pour le Nid.

#### 2.3.4.6. Qualités demandées à un centre de soins

A la question: "Aimeriez-vous un lieu de soins réservé pour les prostituées", 82 % des femmes répondent oui.

Quand on aborde les qualités jugées importantes pour un lieu de soins, celles classées très importantes sont, par ordre décroissant, le fait que le médecin ait une connaissance spécifique des prostituées (79 %), le respect de l'anonymat (68%), le choix du médecin (67 %) et la possibilité de trouver une aide juridique ou sociale (67%). Les problèmes d'organisation (horaires, rapidité des résultats, attente, proximité géographique, possibilité de rendez-vous) sont jugés très importants que par moins de la moitié des femmes.

Les commentaires sur cette question qui comportait une possibilité de réponse ouverte, font ressortir essentiellement des aspects qualitatifs cohérents avec les notions de compétence et de choix du médecin. Ils insistent sur le refus de la "curiosité malsaine" et des "discours moralisateurs".

### 2.3.5. Opinions sur des propositions d'actions

Plusieurs propositions d'actions figuraient dans le questionnaire. Les opinions des femmes sont présentées dans le tableau suivant :

#### PROPOSITIONS D'ACTIONS :

PROPOSITIONS D'ACTIONS	IMPORTANT TRES IMPORTANT	INUTILE A EVITER
BROCHURE D'INFORMATION		
- Sur les Services existants	143/146 (97%)	3 (3%)
- Sur la Législation	144/146 (99%)	2 (1%)
- Sur la Prévention MST/HIV	142/144 (99%)	2 (1%)
BUS d'Information	136/147 (92%)	11 (7%)
AMELIORATION DES SERVICES	142/145 (98%)	3 (2%)
BROCHURE CLIENTS	76/147 (52%)	71 (48%)
CAMPAGNE CLIENTS	50/147 (34%)	97 (66%)

La réalisation d'une brochure d'information concernant la prévention MST/SIDA, les services médico-sociaux déjà existants, la législation concernant la prostitution a été jugée importante ou très importante par 98% des femmes. La mise en circulation d'un bus d'information et l'amélioration des services ont recueilli l'approbation de respectivement 98% et 93% des femmes. Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'information des clients. 66% jugent que les campagnes d'information vis-à-vis des clients sont inutiles ou à éviter. Cependant, les brochures sont reconnues comme importantes ou très importantes par 52% (76/147). Cette information n'est pas contradictoire, si on sous-entend que ces brochures seront distribuées aux clients par les prostituées elles-mêmes.

### 3. SYNTHÈSE DES RESULTATS

#### 3.1. Les changements de comportements des femmes prostituées

Au total 85 % des femmes disent qu'elles utilisent le préservatif régulièrement. Quelle crédibilité accorder à ces résultats ? Dans quelle mesure doit-on les attribuer à une conscience commerciale des intérêts du groupe, à un contrôle du milieu ou encore au cadre même de l'enquête sur les besoins de santé: répondre à un questionnaire sur la santé, c'est d'entrée de jeu reconnaître son importance.

Cette question est celle des chercheurs, de l'opinion publique et des médias ; c'est aussi celle des femmes elles-mêmes. Le préservatif est le thème le plus fréquent dans les cahiers: 42 femmes le mentionnent. Le discours est consensuel mais il est sans cesse réaffirmé. Les femmes qui écrivent sont clairement engagées dans un combat qui n'est pas gagné. Les femmes elles-mêmes le rappellent: il y en a toujours qui font "sans". A l'exception peut-être des 11 témoignages et des trois textes strictement revendicatifs, le cahier est conçu comme une arme dans ce combat, un engagement pour certaines, un débat sur les stratégies de contrôle pour d'autres. Ce débat est parfois posé de façon brutale : faut-il imposer le préservatif dans la rue et chasser celles qui ne l'acceptent pas ? Faut-il recourir à des contrôles réglementaires et policiers, et transformer les P.V. sur le raccolage en amendes pour la non observation de l'usage du préservatif ou des contrôles sanitaires ? ou bien convaincre et laisser à chacune la liberté du choix ?

Pour comprendre les termes du débat, il faut le situer dans son contexte. La conversion au préservatif - car conversion il y a bien eu s'est construite en plusieurs étapes. Jusqu'en 1985-1986, les femmes qui utilisaient le préservatif régulièrement étaient tout à fait minoritaires; il s'agissait d'un choix strictement personnel ou lié à une suspicion de MST chez le client.

Entre 1985 et 1987, les femmes les mieux informées, les plus sensibilisées aux problèmes de santé l'ont tout d'abord adopté. Elles ont peu à peu convaincu leur entourage immédiat de la nécessité du préservatif . Jusqu'en 1989 l'utilisation du préservatif est resté variable selon les secteurs de la rue St Denis.

La généralisation du préservatif s'est effectuée rue St Denis après l'été 1989. La fermeture de la rue de Budapest a entraîné l'afflux d'une population mal informée, peu perméable aux mesures de prévention ainsi que l'arrivée de toxicomanes connues. Devant la menace de contamination la réaction a été collective. 29% des femmes interrogées par le questionnaire ont effectivement adopté le préservatif depuis moins d'un an. Dans le questionnaire, Septembre 1989 est une date qui revient fréquemment pour le premier test ou la première visite dans un dispensaire.

Dans la rue, la question du changement effectif de pratiques n'a rien d'une question théorique et les procédures de vérification, pour être empiriques, n'en sont pas moins efficaces. La femme "qui monte" avec un client refusé un peu plus loin dans la rue devient suspecte et sera surveillée et informée de l'obligation du préservatif. Il y a bien sûr des négociations moins visibles: avec les clients réguliers par exemple, la tractation s'effectue rarement dans la rue, elle est moins aisément contrôlable. L'écart, rue St Denis, entre les clients inconnus avec lesquels 82% des femmes utilisent toujours le préservatif et les clients réguliers, 63%, est sans doute l'indice de l'effet, comme de~ limites, du contrôle collectif exercé par les femmes.

D'autres éléments constatés pendant l'enquête de terrain, tels la présence de vendeurs de préservatifs "à la sauvette" dans la rue, les contacts avec les pharmaciens du quartier, ou la simple observation des poubelles, montrent la bonne intégration du préservatif, y compris, contrairement à une idée reçue, pour des prostituées africaines.

Peu à peu un consensus s'est construit: le préservatif est devenu la règle que la majorité des filles observe. Le préservatif est devenu "obligatoire". Ce n'est pas dire qu'il est systématique. Deux enseignements précieux en terme de stratégie de prévention peuvent être tirés de la recherche-action :

a) L'usage du préservatif s'impose dans un rapport de force entre les filles et avec les clients. Il suffit que la concurrence s'aggrave pour qu'il soit menacé. Toutes les femmes qui l'utilisent ne sont pas convaincues de sa nécessité, certaines l'utilisent avant tout pour être mieux acceptées par les autres. L'usage du préservatif exige encore une mobilisation constante.

b) L'intégration du préservatif dans les rapports sexuels est le résultat d'un processus complexe. Il y a une sorte d'apprentissage qui s'effectue dans la durée. Il faut apprendre à le négocier avec le client, ce qui implique une maîtrise de la relation afin de compenser la barrière physique ou psychologique qu'il représente. Entre "toujours" et

"jamais", il y a toute une gamme de comportements qui vont du "sauf avec" au "sauf quand". Plus les relations sont régulières, moins le préservatif est utilisé. La faible utilisation dans les relations privées démontre que là, comme ailleurs, les résistances sont loin d'être surmontées.

### 3.2. La mobilisation de relais naturels

Les femmes prostituées tentent d'imposer l'intérêt collectif dans un univers régi d'abord par la nécessité de survivre. Le préservatif est désormais associé à "la mentalité" et fait partie d'un code professionnel, au même titre que les prix ou la place. Le terme "professionnel", les femmes qui ont été les actrices de ce changement le revendiquent hautement. Comme le dit une jeune femme, toxicomane: "si vous faites un boulot, faites le proprement".

Un tel changement ne peut s'opérer que parce qu'il s'inscrit dans une tradition. Hygiène et prévention des MST font partie de l'héritage culturel de la prostitution au même titre que les techniques qui permettent de maîtriser la relation au client. "Les professionnelles" sont celles qui maîtrisent techniques et valeurs culturelles. Dans l'adoption du préservatif, elles ont joué un rôle clé parce qu'elles sont des relais dans la gestion de la santé conseillent un médicament orientent vers un médecin si elles le jugent utile. Ce sont elles qui transmettent aux plus jeunes, et aujourd'hui, aux femmes d'origine étrangère, ces techniques et savoir-faire.

Ces femmes sont le plus souvent françaises, elles travaillent de jour et ont environ une dizaine d'années de pratique prostitutionnelle. Ce sont elles qui se sont d'abord mobilisées dans le cadre de ce projet, qui ont écrit dans les cahiers, ont participé à leur diffusion, ont répondu, nombreuses, au questionnaire. Ce sont effectivement celles qui sont les plus sensibles à la protection de la santé. Elles seules réussissent à dégager du temps ne serait-ce que parce qu'elles parviennent mieux que les autres à équilibrer leur budget, à équilibrer également vie privée et travail.

Car chaque moment dégagé a son prix. Les plus fragiles se consacrent entièrement à la lutte pour survivre. Femmes âgées, toxicomanes, celles du moins qui ne parviennent pas à contrôler leur consommation, migrantes, mères célibataires, toutes sont suspectées de violer les règles communes: préservatifs et prix. La singularité de ce projet est d'avoir

mobilisé les femmes les plus professionnelles non pas contre les plus exclues, mais en solidarité avec elles. Dans les écrits, ce sont les obstacles économiques et financiers à l'usage du préservatif qui sont identifiés et non l'appartenance à une catégorie de population. Deux femmes seulement signalent expressément les toxicomanes et les étrangères. Toutes les autres savent et disent que le besoin financier est déterminant, celles qui pour "50 ou 100F" en plus, et quelquefois moins, sont contraintes d'accepter le risque. L'extraordinaire mobilisation de la rue St Denis ne tient pas seulement au nombre de filles contactées; elle tient à la solidarité des femmes les plus professionnelles qui se sont attachées, au contraire des conduites habituelles, aux femmes les plus exposées. Une telle stratégie n'est possible qu'en valorisant l'action des "femmes responsables", approche que le projet intégrait dès sa conception.

### 3.3. La nécessité d'une approche globale des besoins de santé

Réintroduites dans le débat public par le biais du SIDA, les femmes prostituées sont l'objet de la sollicitude des médias comme des chercheurs. "Eh oui, on parle de nous, les filles !!!" note une des femmes sur un des cahiers recueillis au cours de l'enquête, "mais est-ce réellement de nous que l'on parle?" Et une autre précise: "Protéger la population, ceci est très honorable, mais pour cela, il faudrait penser à l'hygiène des prostituées". De fait, le SIDA n'est qu'un des risques que les prostituées affrontent. Il est d'autres menaces plus immédiates, auxquelles elles font difficilement face. Comment prendre au sérieux la menace lointaine d'une contamination lorsque le traitement, qui d'une simple mycose, qui d'une infection urinaire, qui d'une pneumonie est vécu, au jour le jour comme une course d'obstacles ?

La grande majorité des femmes se montre tout à fait sensibilisée, avide d'information, soucieuse d'hygiène et de prévention. outil de travail, le corps est une machine fragile, la hantise, c'est la maladie qui obligera à s'arrêter, ou, plus grave encore, qui impliquera une hospitalisation.

Les femmes veulent se soigner, elles n'y parviennent pas toutes. Chaque consultation, chaque examen coûte en terme de manque à gagner. Chaque passe sert à payer ce qu'imposent les contraintes financières du jour: studio, amendes, logement etc. Une femme souffrant d'une maladie sexuellement transmissible effectuera ainsi une première passe pour payer le médecin, retournera dans la rue pour payer, avec deux ou trois passes, les examens de laboratoire, encore une pour les médicaments sans oublier l'examen de contrôle. Souvent les femmes s'arrêtent en cours de route. Seule une minorité est affiliée à la sécurité sociale: environ le quart des femmes dans notre étude (proportion comparable aux autres études existantes, cf Prévention, MST, Prostitution, Lyon 1988, voir aussi bilan d'activité, SPRS, Paris, 1988). Ces femmes obtiennent difficilement l'AMG, à cause des justificatifs demandés, sauf quand un service social instruit le dossier en urgence (c'est souvent le cas pour les IVG).

L'assurance personnelle nécessite elle aussi des justificatifs et des démarches complexes. Son coût est élevé pour les femmes les plus démunies.

L'information qui circule entre les femmes, l'automédication ne suffisent pas à enrayer les MST. A cet égard, les femmes qui peuvent jouer un rôle de relais dans la mesure où elles seules parviennent à toucher l'ensemble de cette population, doivent être soutenues et formées. L'état de santé des femmes prostituées témoigne de cette nécessité. Le nombre des syphilis et gonococcies identifiées représente un pourcentage qui ne doit pas être négligé. Dans la mesure où les femmes ne font pas toutes de bilan MST, les chiffres des MST doivent être considérés comme sous-évalués. Rappelons que 41% des "petits problèmes gynécologiques" automédiqués ne sont donc pas diagnostiqués. C'est en tout cas évident pour les chlamydiae et les mycoplasmes bien souvent négligés dans les bilans. Il n'est pas inutile de rappeler que la législation actuelle a une part de responsabilité dans cette situation. Les textes qui régissent l'organisation des dispensaires antivénériens ne s'appliquent qu'à quatre maladies: la syphilis, la gonococcie, la maladie de Nicolas Favre, et le chancre mou. Sauf situation locale particulière, les examens et le traitement des autres MST ne peuvent être pris en charge gratuitement par les D.A.V.

Autre domaine où l'information si avère insuffisante ou inadéquate: la contraception. Au total 36 femmes ont fait une IVG dans l'année, soit 19%. Quant aux femmes enceintes, 11 (6%) dans l'année, elles ne se font pas toujours suivre durant leur grossesse, et souvent, continuent de travailler enceintes. Ni la protection de l'enfant ni celle de la mère ne sont réellement assurées. Il y a là des actions qui relèvent du mandat PMI qui apparaissent tout à fait prioritaires.

Les inégalités face à la santé et en particulier dans les pratiques de prévention sont particulièrement flagrantes au sein même du milieu prostitutionnel. Les femmes les plus anciennes ont souvent conservé les habitudes de contrôle prises au temps du fichage; elles font donc régulièrement des bilans. Ce n'est pas le cas des plus jeunes qui ni adoptent des comportements de prévention qu'à partir du moment où elles cessent de considérer la pratique prostitutionnelle comme une activité provisoire, à moins d'y avoir été initiée par une femme plus expérimentée.

Les femmes d'origine ou de nationalité étrangères cumulent les handicaps. Elles sont sous informées, se méfient d'un système qu'elles ne maîtrisent pas et qui les rejette. La notion même de prévention est mal intégrée: les femmes maghrébines ont peur, peur de l'examen proprement dit, peur d'évoquer la maladie, car cela pourrait porter malheur, peur d'avoir à déclarer leur identité, peur d'introduire un travailleur social dans leur famille. Les difficultés des femmes africaines ne sont pas moindres. Celles avec lesquelles le

contact s'est établi au cours de la recherche se sont montrées vivement intéressées. Elles se sont communiquées les adresses de DAV, ont interrogé les enquêtrices, les ont sollicitées, et ont suscité une nouvelle vocation. Le besoin d'information et d'éducation sanitaire est apparu si clairement au cours de l'enquête que les enquêtrices se sont attelées à la tâche.

### 3.4. Une priorité de santé publique.

Aux Portes de Paris, plus de la moitié des femmes interrogées dans le questionnaire (24 sur 42) sont toxicomanes. certaines sont séropositives ou malades ; 6 ont souffert d'une pneumopathie, et 8 d'une hépatite. "Le SIDA, on s'en fout, on l'a toutes" déclarent deux d'entre elles à l'enquêteur. Une autre ne l'a pas. Elle dit qu'elle devrait mettre une pancarte. 11 ont un enfant au moins, dont 2 seulement vivent avec elles. Mères de famille ou enceintes, elles ne peuvent s'arrêter. Elles sont là parce qu'elles n'ont pas d'autres ressources et la dépendance alimente une machine infernale. "A 50F la pipe et 100F l'amour", il faut assez de clients pour faire un gramme à 800F. Après, entre le taxi, la seringue, le sandwich, "les médocs pour la mycose", il faut choisir.

Le préservatif vient en dernier, d'autant que les clients, "ne veulent pas souvent" mettre des capotes. Ici la décision revient au client. Les femmes n'ont ni les moyens ni la volonté qui n'ont pas pu se protéger elles-mêmes? On peut s'étonner que des hommes acceptent de prendre de tels risques, en terme de HIV, mais plus banalement en terme de MST. Huit femmes sur 42, par exemple, ont eu une gonococcie au cours de l'année. Rue St Denis, la clientèle d'habitues se soumet bon gré mal gré aux règles qui sont celles du milieu. Sur les boulevards extérieurs, la relation peut ne pas être préméditée. Au dire des femmes, n'importe quel conducteur peut, à la vue d'une de ces filles en mini-jupe, freiner brutalement et s'engager dans une relation trop atypique pour lui pour que les risques en soient correctement évalués.

Ces femmes sont-elles disposées à participer à une action de santé ? Elles se sont montrées le plus souvent incrédules : impossible que des médecins veuillent vraiment faire quelque chose pour elles. Les relations avec le monde médical et social se sont le plus souvent nouées dans un contexte contraignant ; l'accueil à l'hôpital est froid quand elles ne se font pas purement et simplement éjectées. La demande est néanmoins très forte. Elle alterne avec le désespoir.

### 3.5. Une nouvelle alliance

Quelles sont les relations des femmes prostituées avec les professionnels de la santé et d'une façon plus générale avec les services sanitaires et sociaux? Quelles sont celles qu'elles souhaitent établir? Avec les médecins, bien souvent seuls alliés de la femme hors du milieu de la prostitution, les femmes prostituées ont toujours eu des relations privilégiées. Aujourd'hui, les femmes les plus professionnelles sont toujours de grosses consommatrices de soins : Rue St Denis, 50% des femmes ont vu un médecin dans les trois derniers mois et 75% dans les six derniers mois.

Lorsqu'elles consultent, la majorité des femmes ne s'adresse à un médecin ou à un service que dans la mesure où ils sont recommandés par une femme fiable. Des mini-réseaux s'échaffaudent ainsi, sur des critères qui sont à la fois d'ordre technique et interactionnel. Ces médecins, pharmaciens, laboratoires sont connus pour leur expérience et la sûreté de leur diagnostic. Ils savent aussi dans les prescriptions qu'ils font, tenir compte des contraintes liées à la pratique prostitutionnelle, contraintes financières et temporelles, dont ils perçoivent la logique.

Les professionnels de santé sont également choisis pour la qualité de leur accueil, parce qu'ils réagissent simplement, sans mépris ou curiosité malsaine. Autre avantage: les femmes n'ont pas à déclarer leur identité, soit qu'elles soient recommandées par une compagne identifiée, soit que ces professionnels aient l'expérience de cette clientèle. Le stigmate est déjà négocié ou bien il peut l'être aisément. S'identifier comme prostituée est en effet la première difficulté. Elle est redoublée pour celles qui cumulent les identités sociales négatives: prostituée, migrante, toxicomane, séropositive, mère-célibataire. Pour nombre d'entre elles, l'obstacle est insurmontable.

La qualité de l'accueil est ainsi une disposition d'esprit qui ne se limite pas à l'amabilité ou au respect de la personne, mais à un ensemble d'attitudes et de comportements face au monde de la prostitution. Elle est certainement déterminante, puisque même la perception de la proximité géographique avec le lieu de la pratique prostitutionnelle lui est subordonnée. Ainsi les clientes du DAV de la rue d'Assas l'estiment bien situé géographiquement, tandis que l'hôpital st Louis est jugé trop éloigné, alors que les distances sont équivalentes.

Les femmes souhaitent des lieux réservés aux prostituées. Cependant, elles veulent choisir leur médecin en fonction de ses compétences techniques et relationnelles. On comprend mieux pourquoi, malgré leur désir de lieux spécialisés, elles sont peu utilisatrices des services sanitaires qui leur sont en partie destinés et préfèrent, quand elles le peuvent, avoir recours à la médecine libérale qui permet, par définition, le choix du médecin.

Cette contradiction apparente s'explique en partie par le lien de la revendication du lieu réservé avec celle du statut professionnel. Un lieu pour elles, ce serait déjà la reconnaissance du moins sur le plan médical, de leur existence aujourd'hui clandestine. Cette explication est confortée par le poids qu'elles donnent, dans leur description des qualités demandées à un lieu de soins, à la possibilité d'y trouver une aide juridique et sociale.

Elles connaissent peu, fréquentent encore moins les services sociaux spécialisés. Les travailleurs sociaux les plus proches des prostituées travaillent dans des associations qui se consacrent à la réinsertion. Ils interviennent donc de façon privilégiée en amont et en aval de la rue. certains développent néanmoins un travail de rue et sont disposés à intégrer dans leurs pratiques la prise en compte des besoins actuels des femmes qui continuent de se prostituer. Ce nouvel objectif implique une modification des méthodes de travail ainsi qu'une réorientation des dispositifs existants. Au contraire des associations, le Service de Prévention et de Réadaptation sociale, seul service public spécialisé, doit, de par ses missions "exercer une action médico-sociale en faveur des personnes qui se livrent à la prostitution" (Pinot, 1975). Ce service, qui a vu ses ressources se réduire au cours de ces dernières années, peut difficilement développer des actions de prévention sur le terrain. L'équipe se limite à une demi-secrétaire et à une assistante sociale au lieu de trois en 1987.

Traditionnellement, les femmes prostituées vivaient les services sociaux comme des instances répressives et culpabilisantes. L'assistante sociale, c'était celle qui prenait les enfants et la réinsertion sociale était souvent vécue comme le rachat d'une faute. Ces images perdurent, d'autant que la question du placement des enfants reste d'actualité. Mais les femmes, plus autonomes, désirent vivement établir de nouvelles relations avec les institutions sans être pour autant contraintes à se renier. La mobilisation des femmes témoigne de leur volonté d'être acceptées pour ce qu'elles sont. Leur adhésion au projet est significative à cet égard: il ne s'agissait pas seulement de revendiquer des droits sociaux ou de meilleures conditions de travail, mais de s'associer aux services publics et par là même d'être reconnues comme partenaires légitimes, dans l'intérêt général. La demande d'information quant à leurs droits va dans le même sens : elles veulent être considérées comme des usagers des services, au même titre et avec les mêmes droits "que les autres femmes".

#### 4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D'ACTIONS

Le projet a pu se réaliser dans un contexte particulièrement favorable, permis par la confiance qui s'est instaurée à la fois au sein de l'équipe, entre les différents types d'acteurs, et avec les femmes de la rue.

- Le chef de projet qui en est à l'origine, les enquêteurs et .. enquêtrices qui ont apporté leur connaissance du terrain, leur expérience, leur énergie et leur engagement personnel, en ont assumé la responsabilité sur le terrain, et ont participé à toutes ses étapes, de la discussion des méthodes utilisées à l'analyse des résultats.

- L'équipe de chercheurs, associant une sociologue et les épidémiologistes du Centre Collaborateur OMS sur le SIDA a pu confronter des approches qualitatives et quantitatives, permettant le recoupement des différentes sources d'information.

- La Direction Générale de la Santé et l'Agence Française de Lutte contre le SIDA, ont cofinancé et suivi le projet, facilitant les contacts avec les services médicaux et sociaux, et témoignant par leur présence, de leur intérêt pour ses objectifs.

Cette triple association, maintenue de la conception du projet à l'écriture du rapport, a favorisé un échange réel, à partir de garanties réciproques de sécurité et de qualité de l'information recueillie.

A l'issue de cette recherche-action trois axes de travail et d'actions paraissent essentiels: l'information et l'éducation sanitaire, l'accès aux soins et la recherche.

##### **- Information et éducation sanitaire**

L'enquête a montré l'importance des inégalités parmi les prostituées elles-mêmes en matière d'état de santé, de consommation de soins et de connaissance des services.

Rappelons que près de 40% des femmes ayant répondu au questionnaire ne connaissent pas de dispensaire antivénérien et les possibilités de soins gratuits qui y sont offertes. Comme dans la population générale, les inégalités retrouvées sont corrélées avec les grandes variables socio-démographiques. La prostitution est, de ce point de vue, un milieu très peu homogène.

L'éducation sanitaire se retrouve dans ce contexte, face à des difficultés classiques : pour être efficace, elle doit s'appuyer sur des matériaux dont la tonalité est positive pour les populations auxquelles elle s'adresse, et dont le contenu doit être reconnu comme important, (par exemple, comporter à la fois des renseignements d'ordre général, des conseils pratiques et des adresses utiles). Elle doit aussi ne pas laisser de côté les groupes qui en ont le plus besoin, ici les femmes les plus jeunes et les plus âgées, les étrangères en situation légale ou irrégulière et les toxicomanes.

La prise en compte des différences d'origine culturelle implique de ne pas se contenter d'un matériel unique. Des traductions, des matériaux spécifiques, ou l'utilisation de matériels produits à l'étranger après vérification de leur adaptation à la situation française, peuvent être employés.

L'identification et l'utilisation de relais de terrain, la constitution de groupes plus ou moins formels sont des solutions fréquemment préconisées pour résoudre ces difficultés. L'enquête a montré sur ce terrain à la fois l'existence de relais naturels, et leur capacité de mobilisation.

Deux exemples en témoignent :

- la réunion tenue en Novembre 1989, avant le lancement du projet, avait attiré moins d'une dizaine de femmes prostituées. Celle tenue en Juin 90, pour discuter des résultats de l'enquête, et des propositions d'action, a rassemblé, pendant deux heures de discussion passionnée, 90 femmes de la rue Saint-Denis.

- Pendant la période où le projet se déroulait, le Centre OMS cherchait des volontaires pour participer à une étude sur la fiabilité des préservatifs dans les conditions réelles d'utilisation et dans différents groupes de population. Il n'a fallu qu'une semaine pour trouver les 40 femmes qui ont constitué bénévolement le premier groupe, et quelques semaines pour qu'elles testent les 6 000 préservatifs prévus par le protocole.

En ce qui concerne l'usage du préservatif, le rapport a souligné l'importance, mais aussi le caractère récent de sa progression. Elle en montre aussi les limites : d'une part les acquits actuels sont fragilisés par les mouvements continuels de population ; d'autre part, intégrée dans une relation commerciale, l'utilisation du préservatif est régulée par les lois du marché, c'est-à-dire de l'offre et de la demande.

La majorité des femmes, rue Saint Denis, sont aidées par leur attitude commune. Le préservatif est alors une norme de plus parmi celles, précises et variées, qui codifient la relation client-prostituée. Pour les autres, le refus des clients génère une impasse, ou peut aboutir à un tarif sans préservatif et avec supplément.

L'action d'information en direction des clients est donc nécessaire. Quel peut en être le support? L'enquête a permis de montrer l'opposition de la majorité des femmes prostituées à une campagne d'information auprès des clients qui prendrait place en dehors de leur "contrôle" et de leur volonté et dont elles peuvent craindre le caractère contre publicitaire pour elles.

Etre des relais de l'information auprès de leurs clients est par contre une situation dans laquelle la majorité d'entre elles se sent déjà investie et confidentes et conseillères, elles pourraient sans doute, comme le montrent les avis favorables à une telle démarche de la moitié d'entre elles dans les questionnaires, accepter de devenir les relais pour la distribution de brochures ou de dépliants, élaborés avec leur collaboration, auprès de leurs clients, ce qui permettrait de les soutenir dans leur effort pour imposer le préservatif, même si l'autre moitié semble être encore très réticente à ce type d'action.

#### **- L'accès aux soins et aux services sanitaires et sociaux**

Pour les femmes les plus professionnelles, l'absence de couverture sociale ne limite qu'en partie l'accès aux soins. Certaines sont de fortes consommatrices de santé, et recourent fréquemment à la médecine libérale. Cependant, même pour celles qui disposent de moyens importants, des problèmes majeurs apparaissent dès qu'une situation sérieuse (hospitalisation, intervention chirurgicale) implique des frais dépassant leurs ressources.

Les 3/4 des prostituées font face aux problèmes de santé sans couverture sociale. Cette situation est un indicateur de leur isolement social, dont les causes sont multiples. La question du rôle de la législation actuelle dans cet isolement est cependant incontournable :

– l'article 334 du code pénal, définit, d'une manière générale, le proxénétisme comme le fait de tirer des ressources de la prostitution d'autrui, ou de la faciliter.

A cette définition une ordonnance de 1958 a ajouté: celui "qui, sciemment, vit avec une personne se livrant habituellement à la prostitution".

– l'article 335-6, punit de deux mois à deux ans d'emprisonnement "quiconque, disposant à quelque titre que ce soit, de locaux ou emplacements non utilisés par le public, les met ou les laisse à la disposition d'une ou plusieurs personnes en sachant qu'elles s'y livreront ou qu'elles s'y livrent à la prostitution".

Il n'est pas question de critiquer ici la répression du proxénétisme. Simplement, nous désirons souligner l'étendue de sa définition légale et nous interroger sur ses conséquences. Pour celles qui ne veulent ou ne peuvent trouver d'autres emplois (rappelons que la prostitution n'est pas en elle-même illégale), comment faire pour bénéficier de la sécurité sociale, pour soi-même ou ses enfants, quand on ne peut avoir ni famille, ni adresse ?

Plus généralement, si certaines payent les impôts qu'on leur réclame, ou acceptent de cotiser à la sécurité sociale, l'activité qui le permet est réprimée, que ce soit dans un logement privé qu'il est interdit d'utiliser comme de fournir, ou dans la rue où le racolage entraîne des amendes de 1 200 F par infraction constatée.

Cette situation peut avoir d'autres conséquences : en banalisant à ce point la notion de proxénétisme, ne légitime-t-on pas, paradoxalement, auprès des prostituées et du public, le proxénétisme organisé? la réapparition du vieux débat sur la réouverture des maisons closes n'en est-elle pas un signe inquiétant?

Un contrôle médical obligatoire a été parfois réclamé par les femmes ayant participé à l'enquête. Cette proposition est d'ailleurs souvent reprise dans d'autres milieux. La question est évidemment complexe dans le cadre législatif actuel. Rappelons que c'est à la suite de la ratification par la France d'une convention internationale des Nations Unies de 1948 qu'une ordonnance de 1960 a supprimé ce contrôle, en même temps que le "fichier sanitaire et social de la prostitution". Depuis, aucun service public de soins n'a de mission particulière concernant les prostituées. Le dispositif médico-social qui devait contre-balancer cette suppression, dans une optique moins répressive, avec la création des services de prévention et de réadaptation sociale, n'a été mis en place que dans moins d'une dizaine de départements. On a vu qu'à Paris, ce service se réduisait à une assistante sociale et une secrétaire à mi-temps. Il est difficile de considérer comme un échec un dispositif qui n'a jamais eu les moyens de son fonctionnement.

Comme la réouverture des maisons closes, l'organisation d'un contrôle sanitaire obligatoire pose, de manière indirecte la question du statut professionnel. Ces deux solutions ont les défauts de leur facilité apparente. Les accepter à priori, sans avoir réfléchi aux problèmes de fond qu'elles 'soulèvent est assez superficiel, de même que de croire qu'il suffirait de revenir aux solutions mises en place au XIXème siècle, pour régler un problème de société actuel dont les formes se sont profondément modifiées dans les 30 dernières années. Rappelons d'autre part que l'intérêt de ces mesures pour lutter contre les maladies vénériennes n'a jamais été démontré et que la critique de leur efficacité prétendue était l'un des éléments majeurs des débats de 1960 sur la suppression du contrôle.

D'autres freins que l'absence de couverture sociale compliquent . l'accès aux soins médico-sociaux. Parmi Les problèmes, figure la mauvaise connaissance des services. Cette situation peut être améliorée. Elle ramène à une politique d'information et d'éducation sanitaire précédemment évoquée.

Plusieurs actions simples permettraient, de façon pragmatique, d'améliorer l'existant, ce qui n'empêche pas de développer sérieusement une réflexion de fond: citons l'identification de relais personnalisés dans les services sanitaires et sociaux, la formation de personnels des services non spécialisés, l'aménagement de plages horaires avec un accueil spécifique dans les institutions les plus concernées.

#### **- La recherche**

Cette étude était limitée à la prostitution féminine de rue à Paris sur quelques sites.

Il n'existe aucune information sur les problèmes de santé et de prévention rencontrés dans le cadre de la prostitution "moderne", celle qui s'exerce en salons de massages, clubs privés, par minitel ou par petites annonces. Ce constat vaut également pour la prostitution masculine.

Des problèmes spécifiques existent probablement dans d'autres grandes villes, dans les villes moyennes qui sont parfois le siège de garnisons militaires, dans les départements d'outre-mer.

Le champ de la recherche sociale sur la prostitution est large et ne fait l'objet que de rares travaux. L'absence quasi-totale de données sur les clients rend difficile d'autre part la conception d'actions d'information qui leur seraient destinés.

Au plan de la recherche épidémiologique, sur les M.S.T. et le V.I.H., d'autres techniques (enquête d'incidence et de prévalence) peuvent être développées.

Soulignons que dans le contexte actuel ces enquêtes sont difficiles. L'approche objective de populations qui vivent dans une semi-clandestinité nécessite d'établir suffisamment de relations de confiance pour recueillir des informations fiables.

La qualité des relations établies au sein de l'équipe qui a mené cette recherche permet de prolonger sa démarche.

Deux actions proposées dans le questionnaire permettent, grâce au soutien des organismes officiels qui s'y sont associés, de la concrétiser : C'est d'abord un manuel comprenant des informations sur les dispositions législatives, sur les droits sociaux et sur les services et le dispositif de soins.

L'idée d'un bus a pris corps au cours de la recherche-action pour aller à la rencontre de celles qui ne fréquentent pas le dispositif de soins. Il a été proposé comme lieu de rencontre entre elles, et différents acteurs, chercheurs, professionnels de santé et du travail social. Moyen de transport entre la rue et les services, le bus est devenu le symbole d'une rencontre entre les femmes, les chercheurs et les services publics.

Ces actions ne prétendent pas résoudre l'ensemble des problèmes soulevés.

En 1975, le rapport de Mr Pinot, Premier Président de Cour d'Appel, indiquait :

*"Chassée de tous les lieux qu'elle fréquentait, elle n'en continue pas moins à exercer son activité mais dans des conditions plus clandestines, plus dégradantes et, en définitive, plus dangereuses pour la sécurité et la santé publique. Déjà dans certaines villes la prostitution, ne pouvant plus s'exercer dans les hôtels ou les studios, s'éparpille sur la voie publique, dans les véhicules, dans les parcs, sur les aires de stationnement, etc. (...).*

*Nous estimons qu'à une situation aussi dégradée et dégradante, des solutions doivent être apportées au plus tôt (...). Une solution nous paraît devoir être écartée d'emblée : celle d'un retour aux maisons de tolérance (...). Seule une mauvaise information sur les conditions réelles d'existence dans de tels établissements explique qu'une partie de l'opinion puisse envisager favorablement cette éventualité (...).*

*En France, la répression du proxénétisme dans ses formes les plus dangereuses et les plus choquantes doit certes demeurer l'un des objectifs de l'action de la Police et de la Justice. Mais cette répression s'insère dans un projet plus vaste qui tend à la resocialisation des prostituées. **Elle ne doit pas dépasser la limite***

*au-delà de laquelle elle provoque ou aggrave la dégradation de la condition des prostituées.*

*Il est donc indispensable que des créneaux soient aménagés dans la législation afin que la prostitution puisse trouver des lieux décents où s'exercer dès lors qu'elle n'est pas interdite. Il n'appartient pas, en France, aux pouvoirs publics, à moins de renoncer au système abolitionniste de la cantonner dans des lieux impérativement fixés. Il convient donc que cette détermination du lieu d'exercice revienne à la prostituée elle-même qui, en l'absence de toute règle discriminatoire, devrait pouvoir pratiquer, selon les particularités locales, soit en hôtel meublé, soit en studio ou en appartement dont elle serait locataire ou propriétaire. »*(Les caractères en gras étaient soulignés par l'auteur).

On nous pardonnera une aussi longue citation, faite dans le but unique d'inciter à la lecture, ou à la relecture, d'un texte qui n'a rien perdu de son actualité.

Rappelons les espoirs que le rapport Pinot fondait sur l'assurance personnelle pour résoudre les problèmes de couverture sociale et d'accès aux soins des prostituées. Force est de constater que, faute d'une prise en compte des questions soulevées dans toute leur étendue, ces espoirs ne se sont pas concrétisés.

Comme dans bien d'autres domaines, l'urgence qu'implique le SIDA ramène au jour des questions qui dépassent le strict cadre de l'épidémie.

Quinze ans après la publication du rapport Pinot, il est sûrement possible, pour y répondre, de mettre en place une nouvelle réflexion, sous une forme de mission ou de groupe de travail, qu'il ne nous appartient pas de déterminer. que ces questions soient traitées dans une démarche globale, sérieuse, et actualisée nous paraît devoir être la dernière, mais non la moindre des propositions qui découlent de ce rapport.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADLER L. La vie quotidienne dans les maisons closes - 1830-1930. Hachette, 1990.
- BRUNET JB. Evolution de la législation française sur les maladies sexuellement transmissibles. In: Santé Publique et maladies sexuellement transmissibles. Ed. John Libbey Eurotext, Montrouge, 1990.
- BUNING EC. AIDS related intervention among drug users in the Netherlands. 1989.
- CHALEIL M. Le corps prostitué, 1er tome : le sexe dévorant. Ed. Galilée, 1981.
- COHEN J, ALEXANDER P, WOFSY C. Prostitutes and AIDS: Public Policy Issues, AIDS and Public Policy Journal, 1988, 3, N°2.
- COPPEL A. Les femmes et le SIDA. Appart / Secrétariat d'Etat chargé des droits de la femme, 1989.
- CORBIN A. Les filles de noces. Ed. Aubier, 1978.
- CREDES. Recours aux soins et morbidité des défavorisés, l'expérience de 5 centres associatifs de soins gratuits, CASA, CREDES, MSF, REMEDE, 1990.
- DAY S, WARD H. The praed Street project: a cohort of prostitute women in London. In: Plant M, Ed. AIDS, Drugs and Prostitution, Tavistock/Routledge, London, 1990.
- DE VINCENZI I. SIDA et prostituées: revue des données françaises. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, N°40/1989.
- ESTEBANEZ P, ZUNZUNEGUI G, NAJERA R, COL OMO C. Study of the prevalence of HIV among Spanish female prostitutes. 1989.
- HECKMANN W. Drug addicted prostitutes and their customers, SPI, Berlin.1990.
- LEQUIN Y., DELUMEAU J, Les malheurs du temps : Histoire des fléaux et des calamités en France. Larousse, 1987.
- MATTHEWS L. Outreach work with female prostitutes in Liverpool. In Plant M, Ed. AIDS, Drugs and Prostitution, Tavistock/Routledge, London, 1990.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Report on the consultation on the epidemiology of prostitution and HIV, Global Programme on AIDS. 1989.
- PARENT-DUCHATELET A. La prostitution à Paris (1836). Ed. A Corbin, Le Seuil, Paris 1981.
- PEETERS M. A sociological and epidemiological study of female sex workers and male clients, Co-ordinating centre : Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, report of

the pilot study, September 1990.

PHETERSON G. The category 'Prostitute' in scientific inquiry, *The Journal of Sex Research*, Septembre 1989.

PINOT G. Mission d'information sur la prostitution, Ministère des droits de la femme. 1975.

ROSENBERG JM, WEINER MJ. Prostitutes and AIDS: A Health Department Priority. *American Journal of Public Health*, 1988, 78, N°4.

SADDIER P, LASSET C, MEYRAN S. Prévention - MST - Prostitution, un projet de prévention et de soins à partir d'une enquête de terrain, sous la direction du Dr. Claude DUCOS-MIERAL, D.P.A.S., Lyon 1988.

STÖRI D. Conference de presse de l'aide suisse contre le SIDA du 26.04.89. Exposé de D. Störi, membre du comité de l'association ASPASIE, Genève.

VAN DEN HOEK J., HAASTRECHT H, SCHERRINGA-TROOST B, GOUDSMIT J, COUTINHO R. HIV infection and STD in drug addicted prostitutes in Amsterdam: potential for heterosexual HIV transmission, *Gen. Med.* 1989, N°65.

VASEGHI M, ALFARO C, LOMBRAIL P, GOTTOT S, HAMA M, BRODIN M, CHANFREAU B, AZAN F. Enquête sur les MST dans le département de la Seine-St-Denis, présentation et discussion des résultats d'une enquête réalisée en février 1987. Mission de coordination, DDASS Seine-St-Denis.