

LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LE MILIEU DE LA PROSTITUTION FÉMININE

Suzanne CAGLIERO
Hugues LAGRANGE

LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LE MILIEU DE LA PROSTITUTION FÉMININE

**Par Suzanne CAGLIERO
et Hugues LAGRANGE**

Ont participé au recueil des données :

Marie Pierre Ancel (ALRS)
Céline Bernard (ALRS)
Bertrand Fribourg (ALRS)
Texia Guerra (ALRS)
Suzanne Ketchian (ALRS)
Frédéric Dacquin (AIDES Nord-Pas-de-Calais)
Christine Defroment (AIDES Nord-Pas-de-Calais)
Stéphane Dumont (AIDES Nord-Pas-de-Calais)
Laurence Genty (AIDES Nord-Pas-de-Calais)
Marie Capelle (GPAL)
Vincent Dubaële (GPAL)
Lyla Itoumaïne (GPAL)
Marie Claire Brard (Centre Montecristo – Hôpital Georges Pompidou)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
METHODE	7
LE QUESTIONNAIRE	8
STRUCTURE DE L'ECHANTILLON	8
L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	9
LES SITES	11
LILLE	11
MARSEILLE	13
PARIS	16
LES RESULTATS	22
LA POPULATION	22
LA PRATIQUE DE LA PROSTITUTION	28
L'AVENIR	35
L'USAGE DE PSYCHOTROPES.....	37
A. L'USAGE DE DROGUES LICITES ET DE CANNABIS	37
B. L'USAGE DES AUTRES PRODUITS ILLICITES	40
<i>Les stimulants</i>	40
<i>Les hallucinogènes et les produits à inhaler</i>	42
<i>Les opiacés</i>	42
LES PROSTITUEES DEPENDANTES DES DROGUES.....	48
DISCUSSION.....	54
CONCLUSION	59
ANNEXES	61
Le dispositif d'aide aux personnes qui se prostituent	62
Questionnaire	70
Guides d'entretien	75
Bibliographie.....	88

INTRODUCTION

La prévalence de la consommation de produits psychotropes chez les femmes prostituées est malaisée à connaître car il est difficile d'évaluer l'importance numérique de la prostitution et plus encore de construire une étude représentative de femmes qui s'y livrent plus ou moins régulièrement. Les services de police disposent de statistiques qui résultent de l'enregistrement des personnes prostituées qui ont été contrôlées.

Si la prostitution a intéressé des romanciers, des hygiénistes comme Parent-Duchâtelet, des médecins et des historiens, de la Seconde Guerre mondiale aux années 1990 il y a eu peu d'études d'envergure si l'on excepte les travaux d'A. Corbin. La plupart des recherches sur la prostitution ont été réalisées au début des années 1990, en rapport avec la progression de la contamination par le VIH. Ces recherches ont mobilisé différentes disciplines : sociologie, anthropologie, épidémiologie. Elles fournissent des données sur la prostitution et la prévention du VIH, ainsi que sur l'usage de drogues chez les personnes qui se prostituent.

Au niveau international, selon L. Mathieu, dans tous les pays les mêmes tendances apparaissent : les taux de contamination les plus importants sont en étroite corrélation avec le mode de vie de ces personnes. Plus elles sont soumises à des conditions d'existence difficiles et à des modes d'exercice de la sexualité vénale précaires plus la prévalence est élevée. Une corrélation forte existe aussi entre toxicomanie (incluant la consommation d'alcool) et exposition au VIH.¹

En France, les études réalisées sur des échantillons parisiens², confirment la corrélation existante entre l'usage de drogues par voie veineuse et le taux de contamination par le VIH des personnes qui se prostituent. Les résultats d'une enquête européenne transversale réalisée dans neuf villes (Amsterdam, Anvers, Athènes, Copenhague, Madrid, Lisbonne, Londres, Paris et Vienne) vont dans le même sens. Elles montrent que le principal facteur de risque chez ces femmes reste l'usage de drogue par voie veineuse³. Les faibles taux de contamination chez les non-injecteurs (2,1 % à Paris et 1,5 % dans l'ensemble des villes) confirmeraient l'hypothèse selon laquelle la progression du VIH dans ce groupe est modérée dans les pays où les conditions de vie sont dans l'ensemble les plus favorables, même lorsque les personnes se prostituent dans la rue et sont le plus souvent en situation précaire, victimes de la stigmatisation et de la répression. En Europe occidentale les prostituées migrantes et celles qui consomment des drogues par voie veineuse seraient les plus exposées aux risques.

¹ Mathieu, L., *Prostitution et sida*, Paris, l'Harmattan, 2000, p. 25. Dans le premier chapitre il analyse les résultats des recherches réalisées dans le monde et en France.

² Voir : Coppel, A. et al., *Recherche-action prostitution et santé publique*, Centre collaborateur OMS, 1990 ; De Vincenzi I. et al., « Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris, in *BEH*, n° 47, 1992, pp. 223-224 ; Ingold, R., Toussirt, M., *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH*, Paris, IREP, 1993.

³ European Working Group on HIV Female Prostitutes, « HIV infection in European Female sex workers : epidemiological link with use of petroleum-based lubricants », in *AIDS*, 1993, vol. 7, n° 3, pp. 401-408, cité par Pryn, S., « Le monde social de la prostitution de rue : repenser l'approche par le risque », in *CLES*, n° 28, 2^{ème} semestre 1996, pp. 93-94.

La dernière recherche quantitative réalisée en France concernant cette population date de 1995⁴. L'objectif était d'explorer deux facteurs de risque et leurs corrélations : la dépendance aux drogues ; les conditions de vie et de travail. Pour ce faire, les chercheurs se sont associés aux équipes réalisant des actions de santé communautaire. Ces équipes incluent les usagers dans des structures d'accueil et mènent des actions de proximité. Les données ont été recueillies pendant le mois de mai 1995 dans les permanences d'accueil de six dispositifs dans cinq villes : Cabiria à Lyon ; le Pastt et le Groupe de Prévention Prostitution Masculine (AIDES) à Paris ; Désir (AIDES) à Nîmes ; Prostitution VIH & Santé Publique à Marseille et L'Endroit à Bordeaux. Six thèmes ont été retenus : le type de logement, la couverture sociale, les enfants, les demandes médicales et sociales, la dépendance à l'égard des produits et les agressions. Ils permettent de décrire les conditions de vie et, dans une certaine mesure, d'exercice de la sexualité vénale. Mais le thème de la sérologie VIH n'a pas été abordé face à la réticence des équipes de terrain. Des corrélations avec cette variable n'ont pas pu être établies. À part la difficulté d'aborder ce thème crucial, certaines équipes n'ont complété que partiellement le questionnaire. Le nombre de questionnaires rempli a été de 355 : 192 travestis, 137 femmes et 26 hommes. En ce qui concerne la consommation de drogues, deux équipes n'ont pas accepté d'interroger leurs usagers à ce sujet, et cette pratique apparaît d'ailleurs comme « l'une des informations les plus difficiles à obtenir car elle est mal acceptée par les personnes qui n'en consomment pas (les toxicomanes apportent le sida, cassent les prix, etc.) ». Quant aux résultats, les chercheurs soulignent la probabilité de sous-déclaration, notamment de l'usage de cocaïne et d'héroïne, étant donné les sites d'intervention et donc de passation du questionnaire. Ils considèrent que « la proportion de 16 % d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne est une estimation minimale ». Pour les autres usages, 15 % des personnes interrogées boivent de l'alcool de façon excessive et 11 % consomment d'autres produits illicites ou détournés de leur usage – cannabis, ecstasy, acides, amphétamines, anxiolytiques, etc. 37 % des personnes interrogées peuvent être considérées comme dépendantes au moins d'un produit.

Aucune autre étude n'a été réalisée depuis et les paysages de la prostitution ont considérablement changé. Phénomène mouvant en soi, l'arrivée de nouveaux migrants et les actions de réduction des risques dont bénéficient les personnes dépendantes d'opiacés ont vraisemblablement modifié les territoires de la prostitution de rue la plus précaire, c'est-à-dire celle pratiquée dans les lieux où le contrôle des pairs est plus diffus et donc plus ouverts aux nouveaux venants. Un article du journal « Le Monde » cite les statistiques de l'OCRTEH de l'an 2000 concernant les prostituées nouvellement arrivées en France. Il indique que 37 % des prostituées qui exercent en France proviennent des pays de l'est de l'Europe⁵. Selon les témoignages des responsables du secteur associatif, il y aurait autant de jeunes femmes venues des pays de l'Afrique anglophone, sinon plus. Dans certains milieux traditionnels de prostitution féminine on assisterait en quelque sorte à une stagnation due notamment au non-renouvellement d'une population qui vieillit. La prostitution de jeunes hommes et singulièrement de travestis tend à augmenter⁶.

⁴ Serre, A. et al., « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, 1996, pp. 407-416.

⁵ *Le Monde*, 11 octobre 2001. Nos lettres à l'OCRTEH et au ministère de l'Intérieur sont restées sans réponse.

⁶ L'OCRTEH estime qu'en France 15.000 à 18.000 personnes sont impliquées dans la prostitution, que les hommes sont de plus en plus nombreux et que la prostitution de trottoir régresse au profit de formes plus invisibles : salons de massage et relaxation, rencontres fixées via internet... *Le Monde*, 2-3 juillet 2000.

Pour l'usage de drogues, le point d'inflexion se situe dans les années 1995-1996 : après le développement du dispositif d'accueil de proximité et d'échange de seringues pour les usagers de drogues (1994-1995)⁷ et plus encore après l'autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine adaptée aux traitements de substitution pour les usagers dépendants d'opiacés (1996). Les décès par surdose enregistrés par les services de police sont en baisse depuis 1995 et les interpellations pour usage d'héroïne le sont également depuis 1996, ainsi que les interpellations pour trafic. Mais la relation entre les actions de réduction des risques et une éventuelle baisse de la consommation d'héroïne suggérée par ces données est insuffisante. Elle ne doit pas voiler les liens entre cette baisse et d'autres phénomènes sociaux et économiques, entre autres ceux liés aux marchés de produits illicites. Un rapport de l'OFDT de 2002 signale une « mutation profonde du paysage de la consommation d'opiacés »⁸, qui ne serait pas sans incidence sur la présence de femmes dépendantes dans les sites de prostitution les plus ouverts au tout-venant. Cela a été signalé par les structures qui prennent en charge les prostituées, dont le personnel dit ne plus recevoir ni rencontrer des femmes qui se prostituent pour acheter de l'héroïne, sauf en Lorraine (les associations qui interviennent à Metz et à Nancy ont signalé la présence sur le trottoir de jeunes femmes usagères d'héroïne). En 1995, Metz était la ville la moins touchée par la prostitution des usagers de drogues selon l'enquête multicentrique de l'IREP⁹.

Ces phénomènes, affectant ces deux univers si fluctuants, remettent en cause l'actualité des données des dernières recherches, notamment en ce qui concerne l'usage de drogues et les conséquences sanitaires ou sociales sur le groupe cible.

⁷ CEESCAT, *Les programmes d'échange de seringues pour la prévention du VIH dans les pays du sud de l'Europe*, rapport à la CCE, avril 1998.

⁸ OFDT, *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*, p. 159.

⁹ 5 % des usagers de drogues interrogés se prostituaient régulière ou occasionnellement, tandis que ce pourcentage était de 17 %, 16 % et 14 % à Paris, Marseille et Lille respectivement. IREP, *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, rapport de recherche, décembre 1996. Rapport des sites.

MÉTHODE

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de recherche du groupe TREND dont l'objet est de détecter les nouvelles tendances dans l'usage de produits psychoactifs et ses conséquences sanitaires. L'objectif mentionné dans le *projet d'étude*¹⁰ proprement dit vise à évaluer l'usage des produits psychoactifs chez les femmes prostituées. Il ne s'agit pas d'une étude sur les prostituées usagères de drogues mais d'une évaluation à la fois de l'importance de la proportion des prostituées qui utilisent des produits psychoactifs et des modalités de cet usage parmi les utilisatrices. Pour ce faire, trois modes de recueil de données ont été envisagés : l'outil classique pour les données quantitatives, le questionnaire, et deux outils pour les données qualitatives, des groupes focaux et des entretiens semi-directifs. Trois ou quatre villes parmi celles correspondant aux sites TREND (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Seine-Saint-Denis et Toulouse) devaient être retenues pour faire le recueil.

Nous avons d'abord procédé à la prise de contact avec des personnes susceptibles de nous informer sur les évolutions récentes (personnes travaillant dans des structures d'accueil ou de prise en charge des prostitués). Ces personnes ont été interrogées par téléphone. Dans les villes TREND on a aussi exploré les possibilités et l'intérêt des associations pour participer dans le recueil de données.

Après cette première étape d'information générale trois villes ont été retenues : Lille, Marseille et Paris. Ces villes présentaient a priori un double intérêt. D'une part l'information fournie par les personnes-clés révélait que dans ces villes le nombre de personnes qui se prostituaient était relativement élevé par rapport aux autres villes et qu'il était possible de procéder rapidement à la collecte des données quantitatives. L'étude devait se faire dans un court laps de temps, ce qui excluait a priori le travail, préalable au recueil de données, de mise en confiance avec la population cible. On a donc envisagé la possibilité d'associer les équipes travaillant sur le terrain. Ces équipes ayant déjà fait le travail de mise en confiance peuvent réaliser la collecte des données dans des conditions meilleures que les chercheurs ou des enquêteurs inconnus. La ville de Lyon, pressentie au départ pour faire partie de l'échantillon, a été ensuite écartée car ces équipes n'ont pas été disponibles pour participer. Dans les autres villes, elles se sont montrées plus réceptives à cette demande de participation mais se sont désistées par la suite, découragées par le questionnaire – trop intrusif – ou les conditions financières ; les seules équipes qui ont participé sont les équipes de Lille. À Paris et Marseille, le recueil des données a été réalisé par des enquêteurs. En dépit des efforts déployés, nous n'avons pu harmoniser complètement la méthodologie entre les trois villes, ce qui réduit l'homogénéité de l'étude.

¹⁰ Cf. Convention de recherche.

Le questionnaire

Toutes les questions sont fermées à l'exception de la dernière qui concerne la manière dont elles envisagent l'avenir. Ce questionnaire peut être rempli en une vingtaine de minutes quand la personne interrogée consomme moins de quatre produits ; pour les polyconsommateurs il a fallu prévoir une demi-heure. Il est divisé en trois parties :

- a) Données personnelles (socio-démographiques et sanitaires) ;
- b) Prostitution (histoire de l'entrée et du maintien dans le milieu de la prostitution, pratiques) ;
- c) Usage de drogues (produits consommés, ancienneté de la consommation, mode de consommation, modifications récentes de ces pratiques).

Il a été testé auprès de deux femmes consommatrices de drogues et de deux travestis car il a servi à deux équipes – la nôtre qui a enquêté exclusivement auprès des femmes et celle qui enquêtait auprès des hommes et des travestis.

Structure de l'échantillon

L'échantillon quantitatif non probabiliste est de 173 personnes : 104 à Paris¹¹, 48 à Marseille et 21 à Lille. Le remplissage des questionnaires a été réalisé entre les mois de mai et de décembre 2002.

La structure de l'échantillon constitué dans les trois sites n'est pas homogène. Si à Paris nous avons pu enquêter suivant un découpage géographique fixé à l'avance pour représenter à la fois la prostitution classique « intra-muros » et la prostitution nomade qui se déploie sur les boulevards des maréchaux, nous avons dû nous contenter à Marseille et à Lille d'un échantillonnage plus sommaire.

Pour Paris, la prostitution de rue se déploie sur deux types de voies très différentes qu'il est difficile de pondérer a priori : les rues de prostitution classique au centre de la ville et les boulevards extérieurs. Nous avons choisi d'enquêter dans deux de ces rues du centre. Pour les extérieurs, nous avons enquêté sur une large fraction de l'arc nord de la capitale, du boulevard Saout à la Porte Champerret, et sur le cours de Vincennes. Nous n'avons pas réalisé d'entretien avec les femmes qui se livrent à une « prostitution foraine » dans des minibus aux alentours de l'hippodrome. Cette forme de prostitution représente sans doute une modalité un peu différente de la prostitution à pied sur les extérieurs, en particulier le fait de travailler dans des camions donne des conditions d'hygiène et de sécurité supérieures¹². En raison de l'objectif de l'enquête – prostitution et usages de drogues – nous avons bien représenté la portion des boulevards située entre les portes de Clignancourt et de la Chapelle, où l'on rencontre notamment les utilisatrices de crack ; nous avons également bien représenté le Cours de Vincennes pour lequel la réputation d'usage de produits psychotropes était a priori plus ambivalente, comme le montre la distribution géographique des questionnaires passés à

¹¹ Quatre questionnaires ne comportent que les données personnelles.

¹² Comme nous avons pu le constater au cours d'entretiens informels en vue d'une interview.

Paris. De ce fait l'échantillon parisien est susceptible de majorer les usages de drogue, faute de pouvoir pondérer les rues en centre-ville à leur poids réel et du fait que les sections des boulevards extérieurs, qui ont la réputation d'être des lieux de consommation de produits, ont été échantillonnées plus systématiquement. Dans chaque rue ou section de boulevard, nous avons proposé des questionnaires de façon systématique aux femmes présentes. Le taux d'acceptation des questionnaires était élevé, en raison sans doute de sa brièveté et de la rémunération. Dans l'ensemble, les refus étaient un peu plus nombreux dans les rues en ville que sur les extérieurs, notamment de la part de femmes qui ne voulaient pas « perdre du temps ». S'il y a un biais de structure lié à ces refus, il serait plutôt du côté des femmes du centre ville et des femmes de plus de 50 ans.

Au total l'échantillon parisien est susceptible de majorer les usages de drogues illicites, en particulier de crack, dans une proportion qu'il nous est impossible d'estimer et donc de redresser.

À Marseille les questionnaires ont été remplis au centre ville et sur le boulevard Michelet (au sud). À Lille l'essentiel des questionnaires concerne des femmes qui travaillent entre le Pont-Neuf et la gare.

Pour ce qui est des résultats généraux, hors consommation de produits, ces données ont été systématiquement confrontées aux observations de terrain recueillies dans le questionnaire et dans un journal ; pour la consommation de produits, ces données ont été confrontées aux observations de terrain et au contenu des entretiens enregistrés.

Lors de la passation du questionnaire, les usagères de drogues illicites et les usagères de produits licites dépendantes ou à problèmes ont été sollicitées quasi systématiquement pour un entretien : les refus ont été moins nombreux que les rendez-vous manqués. À Paris, après les questionnaires, on a réalisé des entretiens dans les sites fréquentés par les usagers de drogues illicites, sites de prostitution ou sites de revente de produits.

L'entretien semi-directif

Ils ont été réalisés auprès de prostituées consommatrices de drogues. Les thèmes abordés ont été les suivants : données biographiques, entrée et maintien dans la prostitution (rapport avec le client, avec les autres prostituées, choix et appropriation du territoire), usage de drogues (quelles drogues consomme-t-on ? où les consomme-t-on ? comment se procure-t-on les drogues ? comment les consomme-t-on ?), évolution de la consommation, perception de cet usage dans le milieu de la prostitution (qui consomme des drogues ? qui les revend ? comment les drogues sont-elles consommées ?). On a cherché à cerner les représentations sur les drogues (plaisir, danger, moyen de vivre, de supporter la prostitution, etc.) et la perception des risques liés aux usages de drogue (quels risques pour quelles drogues ? pour quels modes de consommation ? pour quelles pratiques ?). On a également cherché à savoir si ces personnes étaient en contact avec les services socio sanitaires, si elles avaient été incarcérées, etc.

Nous avons envisagé de réaliser vingt entretiens, distribués selon le nombre des sites retenus. Cependant les difficultés du terrain (rendez-vous souvent manqués, absence d'un lieu d'accès facile pour la réalisation de ces entretiens, négociations nombreuses pour que ces personnes

acceptent de se faire enregistrer, pour qu'elles se rendent disponible environ une heure) ont ralenti le recueil de données qualitatives à Lille et à Marseille ; ainsi, la plupart des entretiens ont été réalisés dans Paris. Ils ont permis de décrire plus spécifiquement les consommations de produits psychoactifs et de chercher les liens entre l'une et l'autre pratique. Les difficultés rencontrées dans la réalisation des entretiens semi directifs nous ont révélé que cet outil de recueil de données n'est pas adapté à la population cible ; les groupes focaux¹³ n'ont pas été mis en place. Les personnes interrogées ont reçu une rétribution de dix euros pour le questionnaire et de trente euros pour l'entretien.

¹³ L'objet du groupe focal est de donner libre cours à la parole. Dans la confrontation des arguments les participants font appel à des arguments qui se révèlent très utiles pour la compréhension d'un phénomène.

LES SITES

Lille

Le Nord-Pas-de-Calais, avec un taux d'incidence cumulée de 229¹⁴ cas par million d'habitants, reste la région la moins touchée par le sida en France, même si le taux annuel d'incidence estimé pour l'an 2000 (14,3) la place au onzième rang¹⁵. Pour ce qui est de l'usage de drogues, elle occupe le troisième rang avec un taux de prise en charge pour usage d'opiacés d'environ 11 recours pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans et reste aussi au-dessus de la moyenne nationale par le nombre de boîtes de Subutex® vendues par habitant de la même tranche d'âge¹⁶. Elle se situait en tête en 1995 et la montée de l'usage de drogues, que S. Pryen date des années 1989-1990, était visible dans le milieu de la prostitution¹⁷. Actuellement, les associations qui interviennent auprès des personnes qui se prostituent sont d'accord pour dire que ces personnes consomment plus de drogues licites dans un contexte de polyusage et que leur pourcentage tend à baisser avec l'arrivée de nouveaux migrants, femmes provenant de l'Afrique anglophone et travestis¹⁸ sud-américains.

Le SPRS de Lille a fonctionné de 1974 à 1992 sans remettre en question le quasi-monopole du Mouvement du Nid¹⁹ dans le département (cf. annexe). Actuellement deux associations mènent des actions spécifiques d'aide aux personnes qui se prostituent. Le groupe PEMP (Prévention et écoute en milieu prostitutionnel) de l'association AIDES intervient auprès de ces personnes depuis l'année 1996 dans le cadre de la réduction des risques sanitaires. La distribution de préservatifs et les messages de prévention sont complétés par un travail d'orientation et d'accompagnement vers le droit commun (services sanitaires, juridiques ou sociaux). Cette équipe coordonne son action et partage un local d'accueil de proximité avec le GPAL, seul service spécialisé de la ville. Le GPAL, qui est au départ un club de prévention, a mis en place en 1999 un dispositif spécifique pour les personnes qui se prostituent, incluant le travail de rue et l'accueil de proximité. Ce service mis en place par une équipe socio-éducative de prévention et de réinsertion est, avec Antigone à Nancy, représentatif de la nouvelle tendance à concilier dans une même structure les actions à bas seuil d'exigence et la réduction des risques sanitaires avec un travail de suivi socio-éducatif tendant à la réinsertion pour les usagers qui souhaitent s'engager dans ce type de démarche. Les deux équipes interviennent donc dans un local commun et dans la rue. Chaque association a son antenne mobile, mais elles interviennent dans le même secteur géographique et sont en contact avec les mêmes groupes. Chacune est en contact avec environ 200 personnes, qui sont fort probablement les mêmes, mais dans le respect de l'anonymat leur identité ne peut être établie.

À la suite des interventions policières tendant à déplacer vers la périphérie de Lille (le bois de Boulogne) les prostituées qui travaillaient sur l'avenue du Peuple Belge a été créé, en

¹⁴ Situation au 31 mars 2001. *BEH*, n° 24, 2001, p. 116.

¹⁵ Ce taux reste inférieur au taux de 27,4 estimé en France métropolitaine.

¹⁶ Données correspondant à l'an 2000. OFDT, *op. cit.*, p. 174.

¹⁷ Pryen, S., *op. cit.* p. 94.

¹⁸ On utilisera indistinctement le mot travesti pour désigner les personnes de sexe masculin qui se prostituent habillées en femme, incluant celles qui s'habillent aussi en femme en dehors du travail, appelés aussi transsexuels.

¹⁹ Pryen, S., « Usage de drogues et prostitution de rue », in *Sociétés Contemporaines*, n° 36, 1999, p. 35

mars 1998, un Collectif pour la défense et le respect des droits des personnes prostituées – ce collectif est constitué des deux associations, d'un groupe de prostituées et de personnes qui se sentent concernées par la défense de leurs droits.

Une enquête réalisée par S. Pryen en 1996 révèle que la prostitution de femmes qui consomment de l'héroïne ne s'exerce pas sur les mêmes territoires que celle de femmes qui n'en consomment pas. Dans le quartier de la gare, une femme sur huit avait consommé de l'héroïne le mois précédant la passation du questionnaire (septembre) ; onze sur dix-neuf dans le quartier situé entre la gare et le Vieux-Lille et dix-neuf sur vingt-huit dans le Vieux-Lille²⁰. Depuis le 9 janvier 1998, l'intervention de la police (injonctions verbales répétées, procès verbaux) sur les lieux de prostitution de rue du Vieux-Lille a déplacé ces personnes vers la périphérie²¹, sur la même avenue du Peuple Belge, sur l'autre côté de la rue du Pont Neuf et sur le rond point Churchill.

Lors du recueil de données, ce rond point était investi essentiellement par des travestis sud-américains et des femmes africaines, aussi bien des nouvelles migrantes que des femmes des anciennes colonies belges résidant en Belgique. Le quartier de la gare reste un lieu traditionnel de prostitution de femmes. Dans le Vieux Lille se prostituent des femmes africaines et françaises et des travestis sud-américains. Les usagères de drogues et quelques travestis européens se mélangent aux prostituées traditionnelles et aux nouveaux migrants, sans avoir un lieu de prédilection pour se prostituer et sans toutefois s'aventurer dans des lieux trop périphériques comme le rond point Churchill. Le « bois de Boulogne » lillois reste un lieu de rencontre pour les homosexuels. Dans ce milieu, des jeunes hommes se prostituent également, mais cette forme de prostitution reste discrète, peut-être même occasionnelle. Les équipes qui interviennent dans les lieux de prostitution ne le font pas à cet endroit – ces jeunes hommes bénéficient des actions de réduction des risques menées par le groupe PMGL (Prévention dans le milieu gay et lesbien) de l'association AIDES. À partir de l'été 2002, la pression des forces de police, dans un climat répressif où les effets d'annonce prenaient souvent le pas sur les actions, tentait encore de pousser les femmes qui se prostituaient dans le Vieux Lille vers la périphérie.

Vingt et un questionnaires ont été remplis et un entretien enregistré entre les mois de juin et novembre 2002 par le groupe PEMP de l'association AIDES et par le GPAL. La plupart de ces questionnaires ont été passés dans le Vieux Lille et dans un lieu d'accueil spécifique pour les personnes qui se prostituent (situé entre la gare et le Vieux Lille), seulement trois ont été réalisés de l'autre côté du Pont Neuf. Ces femmes sont majoritairement françaises (16 sur 21) et la moitié d'entre elles consomme de drogues illicites (11 sur 21). Les Africaines, très jeunes et, de même que les travestis équatoriens, bien plus visibles sur le terrain que les femmes de type européen ou maghrébin, n'ont pas été interrogées.

²⁰ *Ibidem*, p. 41

²¹ « La transformation du paysage où prend place la prostitution depuis une quinzaine d'années - de plus en plus favorisée socialement, accueillant des constructions immobilières nouvelles et plus luxueuses, et destiné à constituer la vitrine de la ville - mais également l'arrivée de nouveaux acteurs locaux (commissaire central, adjointe au Procureur de la République) ne supporte pas sa pérennisation dans un quartier symboliquement marqué par la présence de Palais de Justice ». *Ibidem*, pp. 33 et 36

Marseille

La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, contrairement au Nord, reste, avec un taux d'incidence cumulée de 1 514 par million d'habitants, une des régions les plus touchées par le sida. Le taux annuel d'incidence estimé de cas de sida par million d'habitants (39,0) la place également au deuxième rang en métropole. Pour ce qui est de la prise en charge des usagers d'héroïne, elle est également au-dessus de la moyenne nationale avec environ dix recours par 10 000 habitants de 20 à 39 ans. Le nombre de boîtes de Subutex® vendues par habitant dans la même tranche d'âge confirme cette tendance qui la place parmi les régions les plus touchées par l'usage d'opiacés. L'usage de drogues est d'ailleurs ancien dans la région – pour preuve, le premier centre d'accueil spécialisé pour usagers de drogues dépendants du secteur public a été l'Intersecteur de soins aux toxicomanes des Bouches du Rhône, créée en 1970, avant l'hôpital Marmottan, à Paris (1971). Elle fait partie, avec l'Ile-de-France, des régions qui enregistrent le plus d'interpellations d'usagers tous produits confondus²². Cependant les interpellations pour usage peuvent concerner également les petits trafics et Marseille est, depuis les années soixante-soixante-dix, touchée par ceux-ci, petits ou gros, du fait de son port. De plus les nombreux trafics marseillais, produits illicites inclus, n'épargneraient pas les milieux de la prostitution traditionnelle.

En 1996, l'Amicale du Nid prend en charge le SPRS des Bouches du Rhône avec ses usagers, une quarantaine de femmes. Actuellement trois associations d'aide aux personnes qui se prostituent existent à Marseille : deux services socio-éducatifs de réinsertion et une association de santé communautaire (cf. annexe). Leurs modes d'intervention diffèrent.

La plus ancienne est l'Amicale du Nid – c'est-à-dire le Mouvement du Nid d'avant la scission de 1971. En 1961 ? le Mouvement du Nid ouvre un foyer d'accueil pour des personnes prostituées qui fera ensuite partie de l'Amicale du Nid. Actuellement, l'association gère plusieurs établissements dont un accueil pour les femmes et un pour les garçons et les travestis. La population accueillie est une population très isolée et très marquée par des années de prostitution ; ces personnes n'arrivent pas à accéder aux services de droit commun et ont besoin d'un accompagnement spécialisé. La population féminine reçue n'est pas jeune : approximativement 80 % des femmes ont plus de trente-cinq ans, dont la moitié a plus de quarante-cinq ans²³. À peine plus de 10 % de ces femmes touche un revenu lié à une activité : stage rémunéré, salaire, allocation chômage – elles sont sans ressources ou touchent des allocations comme le RMI, l'AAH, une retraite ou une pension. Bon nombre de ces femmes, notamment celles qui sont prises en charge par le CHRS, ont abandonné ou sont au moins engagées dans une démarche d'abandon de la prostitution. Les hommes par contre sont plus jeunes, un peu plus de la moitié d'entre eux a plus de trente-cinq ans et un petit tiers a plus de quarante-cinq. Ils continuent pour la plupart à se prostituer. Leur situation socioprofessionnelle est semblable à celle des femmes et, à leur isolement, s'ajoutent des problèmes d'identité. Selon le rapport d'activités de l'an 2000, 86 % des personnes suivies par ce service²⁴ auraient des problèmes psychologiques ou psychiatriques, auraient fait une tentative de suicide ou seraient en dépression. Elles ne sont pas prises en charge par les CMP

²² OFDT, *op. cit.*, p. 129.

²³ Ces chiffres sont approximatifs, tirés de la courbe des âges du rapport d'activité de l'an 2000.

²⁴ Le service Horizons étant un ancien SPRS, en dépit de sa spécificité d'accueillir une population exclusivement masculine, maintient le suivi des femmes prises en charge avant 1996. Voir tableau 17.

parce qu'elles s'adaptent mal ou pas du tout aux protocoles imposés aux patients. Dans l'ensemble, ces personnes sont plutôt concernées par l'usage de drogues licites (dont l'alcool) que par l'usage de produits illicites.

Le Cabifoulet de l'ARS (Association pour la réinsertion sociale) accueille la population la plus jeune. Ce service ne prend en charge que les mineurs et les jeunes adultes de moins de vingt-trois ans : des mineurs en danger ou des jeunes en difficulté²⁵. Peu de mineurs ou de jeunes pris en charge se prostituent. Ce service a été créé en 1965 et depuis l'équipe a vu une transformation de la population de jeunes qui se prostituent. Dans les années soixante, au début des années soixante-dix, cette équipe rencontrait surtout des jeunes femmes qui se prostituaient régulièrement sans le dissimuler. Celles-ci étaient souvent elles-mêmes enfants et petits-enfants de femmes qui se prostituaient. Actuellement peu de jeunes femmes se prostituent et celles qui le font sont plus discrètes sur cette activité qui ne les occupe qu'occasionnellement. Il semble qu'une rupture s'est produite dans la filiation mère prostituée, fille prostituée. On cite le cas d'une jeune fille de seize ans, élevée par sa grand-mère, ancienne prostituée. On ne sait rien sur sa maman, sauf qu'elle l'a laissée à sa mère. On suppose qu'elle était ou est dépendante de drogues – les années quatre-vingt étant celles de l'usage d'héroïne. Cette jeune fille qui a des affaires à régler avec la justice ne se prostitue pas. Par contre, plusieurs garçons pris en charge se prostituent régulièrement. C'est au milieu des années soixante-dix que ce service a commencé à rencontrer de plus en plus de garçons en situation de prostitution.

L'association Autres regards est une association de santé communautaire, née d'un projet de recherche-action initié en 1991 par l'association AIDES. Actuellement autonome, elle intervient dans la rue (antenne mobile et travail de rue), dans tous, ou quasiment tous, les sites de prostitution marseillais²⁶ et a un centre d'accueil de proximité dans une rue voisine des sites traditionnels de prostitution du centre ville. Les femmes rencontrées en situation de prostitution sont bien plus âgées que les garçons et les travestis. Elles se situent dans les mêmes tranches d'âge que celles reçues par l'Amicale du Nid : presque deux tiers d'entre elles ont plus de trente-cinq ans et environ 40 % ont plus de quarante-cinq ans²⁷. Pour les hommes, un peu moins d'un tiers ont plus de trente-cinq ans. En fait, de par son mode d'intervention, cette équipe connaît peu certains de ses usagers. Les données citées ont été obtenues par les biais d'un questionnaire dont la passation n'a concerné qu'un sixième d'entre eux. Dans ce cas, il faut tenir compte du fait que les personnes qui répondent au questionnaire sont souvent celles qui ont le contact le plus fluide avec l'équipe, notamment dans les dispositifs offrant des services à bas seuil d'exigence où, en général, un nombre parfois important de personnes a des contacts très ponctuels. Dans notre cas, par exemple, les membres de l'équipe ont signalé la présence de jeunes femmes africaines anglophones qui se prostituaient dans les quartiers Sud, mais dans la distribution des nationalités aucun pays de l'Afrique anglophone ne figure.

²⁵ Ces jeunes sont pris en charge suite à une décision judiciaire, administrative ou de la DDASS.

²⁶ L'exhaustivité des sites touchés par cette intervention est probable, actuellement cette équipe fait une tournée hebdomadaire de prospection.

²⁷ Ces chiffres sont approximatifs, tirés de la courbe des âges du rapport d'activité de l'an 2000. Etant donné la nature du contact, ces chiffres ne concernent pas la totalité des contacts ou file active (environ 600 personnes), mais un échantillon non aléatoire de 95 personnes (47 femmes et 48 hommes).

Cependant les chiffres correspondants aux tranches d'âges des femmes qui se prostituent coïncident dans deux associations dont les modes d'intervention diffèrent et confirment également le témoignage recueilli à l'ARS concernant les jeunes de moins de vingt-trois ans²⁸. Ceci semble indiquer un vieillissement de la population touchée par les formes traditionnelles de prostitution ; elle serait remplacée, dans la rue, par des jeunes hommes, des travestis et des nouveaux migrants.

Les lieux de prostitution se trouvent dans le centre ville et son espace environnant et dans les quartiers Sud. Dans le centre ville, les quartiers de l'Opéra et la rue de Paradis restent des lieux de prostitution de femmes, les « traditionnelles ». D'autres sites de prostitution dite traditionnelle se trouvent dans les rues situées entre la gare Saint-Charles et la Plaine (place Jean Jaurès). Cependant, hormis la rue Curiol, dans ces rues les femmes partagent le territoire avec les travestis. Le contrôle des pairs est peut-être un peu flou, mais il n'est pas complètement absent. Noailles, le quartier africain de Marseille, est un lieu où aucune forme de petit commerce n'est absente et la prostitution s'exerce de façon très discrète par des femmes maghrébines mûres. Dans les quartiers Sud se trouvent les lieux les plus mouvants où les manières de faire sont moins contrôlées par les pairs : sites de prostitution de nouveaux migrants ainsi que des femmes moins installées dans la pratique de la prostitution. Le boulevard Michelet, le plus excentré, où travaillent quasi exclusivement des femmes, est un lieu ouvert, même si les conflits de territoires ne sont pas exclus. Les garçons se prostituent dans le parc Borély et les artères voisines, notamment les boulevards Pèbre et Gabès. Ce sont des lieux de rencontre des homosexuels où la prostitution et la drague ne connaissent pas de limite bien définie, notamment chez les jeunes hommes de condition très modeste, en rupture avec leur famille. À l'est, le boulevard Baille (Sébastopol) offre les mêmes caractéristiques. Bien entendu, ces lieux sont mouvants, soumis aux plans d'aménagement – comme dans le quartier de Belsunce ou à la gare, aux interventions de la police, etc.

Quarante-huit questionnaires ont été complétés à Marseille entre les mois d'octobre et de novembre 2002 au centre ville (37) et dans les quartiers Sud (11). Trois entretiens avec des femmes ayant consommé de produits psychoactifs et trois entretiens avec des responsables des associations d'aide aux personnes qui se prostituent ont été réalisés.

Les quartiers sud

Dans ces lieux, les quartiers chics, les femmes se prostituent surtout la nuit, dans les contre-allées du boulevard Michelet. Les passes se font dans la voiture du client, garée dans les parkings des immeubles voisins. Les femmes interrogées partagent le territoire avec les nouveaux migrants, en l'occurrence les femmes d'Europe de l'Est²⁹. Les passants sont aussi rares que les bars ou autres établissements ouverts la nuit. La moyenne d'âge des femmes interrogées est de trente-sept ans et demi, un peu plus jeunes que les femmes qui se prostituent dans les rues Curiol et Sénac, mais surtout ayant une pratique de la prostitution plus récente ; elles se prostituent depuis moins de dix ans tandis que rues Curiol et Sénac elles ont plus de dix ans dans la pratique de la prostitution.

²⁸ On retrouve dans l'échantillon de quarante-huit femmes que l'on a formé la même distribution des classes d'âge.

²⁹ Les Africaines anglophones étaient absentes lorsqu'on a réalisé le recueil des données, par contre les femmes d'Europe de l'Est, non remarquées par les associations d'aide aux personnes prostituées avant le mois de mai 2002, y étaient. Ceci tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle ces groupes sont très mouvants.

Quelques femmes d'Europe de l'Est se prostituent aussi aux alentours de l'hôpital de la Timone.

Les Réformés

Ce quartier, très populaire, et les artères qui le relient à la gare Saint-Charles sont aussi des lieux de prostitution de nuit et même si les passants sont rares, il y a quelque épicerie ouverte, quelque bar, des restaurants qui ferment. Il s'agit du lieu de préférence des travestis mais les femmes se prostituent aussi malgré des relations parfois tendues entre les deux groupes. Dans ce quartier se trouve un site de revente de drogues, ce qui en ferait un lieu de prostitution susceptible d'accueillir les usagers de drogues dépendants. Les femmes qui s'y prostituent sont plus jeunes que dans les quartiers Sud. Celles qui ont répondu au questionnaire (8) ont entre vingt-huit et trente-cinq ans. En ce qui concerne l'ancienneté dans la pratique de la prostitution notre groupe de huit est peu parlant, deux de ces femmes se prostituent depuis quinze et vingt ans, tandis que les autres six se prostituent depuis quatre ans ou moins.

Curiol

Les rues Curiol et Sénac sont les rues traditionnelles de la prostitution. Les femmes qu'y travaillent font leurs passes dans leurs studios, dont elles sont pour la plupart propriétaires. Elles se prostituent depuis longtemps et sont plus âgées. La moyenne d'âge est de presque quarante-sept ans. Pendant la journée, la rue Curiol est très animée. Ces femmes partagent ce lieu avec quelques commerçants et les passants, mais elles le quittent le soir pour rentrer chez elles. La nuit il y a très peu de femmes, seulement quelques Africaines dans l'angle de la rue Messerer. Ici, le contrôle des paires semble assez fort : « elles se surveillent mutuellement ».

Le quartier de l'Opéra est aussi un lieu traditionnel, mais les femmes qui se prostituent ici sont de moins en moins nombreuses : quelques « anciennes » se prostitueraient encore et de temps en temps dans leurs appartements. Le peu de visibilité de ce groupe a rendu le recueil de données pour le moins difficile. Quatre questionnaires ont été passés : trois de ces femmes ont plus de quarante-cinq ans, dont une a soixante-trois ans ; elles ont toutes au moins dix ans de pratique.

Paris

En Ile-de-France, le taux d'incidence cumulée des cas du sida (2 216 par million d'habitants) et le taux annuel estimé de cas de sida (63,3 par million d'habitants) sont les plus élevés en France métropolitaine. En 2000, l'Ile-de-France occupe la deuxième place après la Corse dans la répartition régionale des recours aux soins pour l'usage d'opiacés avec environ 11 recours pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans ; elle se situe par contre près de la moyenne nationale dans la répartition régionale du nombre de boîtes de Subutex® vendues (24 boîtes par habitant de la même tranche d'âge), décalage qui peut s'expliquer par le nombre de « places méthadone », beaucoup plus important dans la région parisienne que dans le reste de la France. Comme à Marseille, la consommation d'héroïne commence à intéresser les futurs spécialistes, issus pour la plupart de la nouvelle psychiatrie, à partir des années soixante. Cependant, les conséquences sanitaires de son usage ont été largement sous-estimées et ne

furent prises en compte, comme dans l'ensemble du territoire national, qu'à partir des années quatre-vingt-dix.

Bien que le SPRS de Paris n'ait pas disposé de véritables moyens d'action, le Mouvement du Nid est implanté depuis sa création et le SMO (Service en milieu ouvert) de l'Amicale du Nid revendique des origines remontant à 1946 ; le SAO (Service d'accueil et d'orientation) de la même association revendique également des origines antérieures à la scission de 1971. L'association EACP (Equipes d'action contre le proxénétisme) a été également créée avant les ordonnances de 1960 et sa spécificité depuis 1975 est d'intervenir auprès des procureurs pour demander réparation aux proxénètes en application de la loi habilitant les associations constituées pour lutter contre le proxénétisme à exercer l'action civile (n° 75.229). Actuellement, les équipes qui interviennent dans le champ de la prostitution sont nombreuses. Ce sont soit des équipes socio-éducatives qui agissent dans le cadre des ordonnances de 1960, soit des équipes de santé communautaire et autres actions de réduction des risques sanitaires. Sept équipes sillonnent en camionnette les boulevards des maréchaux en distribuant des préservatifs et des conseils de prévention et certaines même des boissons. Les équipes proposent également des services médicaux et d'aide pour l'accès aux droits et notamment aux services de droit commun (cf. l'aide médicale pour les migrants qui ne bénéficient pas de la sécurité sociale ni de la CMU). Deux des antennes s'adressent spécifiquement à une population masculine, travestie ou non, deux autres aux usagers de drogues qui se prostituent, mais étant donné qu'ils sont de moins en moins nombreux elles touchent une population majoritairement de non usagers. Les lieux d'accueil de proximité sont très peu nombreux : La Boutique de l'association Charonne accueille des usagers de drogues près de la porte de la Chapelle et dispose d'un local destiné exclusivement aux femmes ; l'association ACLL dispose aussi d'un lieu d'accueil proche de la porte Dauphine, où elle reçoit surtout des garçons en errance. Dans le dix-septième arrondissement, l'association Altaïr a ouvert tout récemment un local spécifique d'accueil et écoute pour les personnes qui se prostituent.

Les boulevards qui ceignent Paris sont les lieux de prostitution les plus « ouverts ». Au cours des années quatre-vingt-dix, ils étaient fréquentés par des femmes, usagères dépendantes de l'héroïne et/ou du crack (cocaïne base). Ce groupe qui tend à vieillir exerçait une sexualité vénale à Vincennes : sur le cours ou les ronds points de la Porte de Vincennes et autour de la porte sur les boulevards Soult et Davout. Ces femmes partageaient ce vaste site avec d'autres femmes qui travaillaient plus ou moins régulièrement ainsi qu'avec quelques travestis, souvent usagers de drogues eux aussi. Sur le boulevard Ney, entre la porte de Clignancourt et la porte de la Chapelle ces femmes dépendantes avaient moins de concurrence : quelques maghrébines ou des très jeunes femmes qui travaillaient temporairement ou qui débutaient. Entre les deux, des garçons se prostituaient parfois dans le tronçon qui va de la porte de la Chapelle à la porte d'Aubervilliers. De la porte de Clignancourt vers l'ouest, les maréchaux étaient surtout fréquentés par des travestis mais aussi par des femmes mûres qui travaillaient souvent dans leurs voitures. À l'ouest, le bois de Boulogne et les portes qui donnent accès sont depuis la « fermeture » du bois en 1992 des lieux de prostitution masculine, travestie ou non. Pour le reste, l'arrivée des nouvelles migrantes a modifié la donne : de la porte Maillot à la porte de Charenton, les maréchaux sont fréquentés par des jeunes femmes étrangères. Le peu de femmes dépendantes qui se prostituent encore, partagent le territoire avec des femmes roumaines et africaines

anglophones sur le boulevard Ney, où elles sont moins visibles ; la nuit elles font le trottoir sur le cours et, plus rarement, sur les ronds points de la porte de Vincennes.

À l'intérieur de Paris, les femmes dépendantes qui se prostituaient dans les petites rues situées entre la rue Saint-Denis, site traditionnel de prostitution, et Strasbourg Saint-Denis, lieu de tous les trafics, n'y sont plus. Sur le boulevard de Strasbourg se prostituent des femmes asiatiques qui ne sont plus très jeunes. D'autres asiatiques se prostituent aussi sur le boulevard Barbès et quelques-unes s'aventurent sur les maréchaux. Le boulevard Barbès et dans les rues du quartier de la Goutte d'or, des femmes africaines et maghrébines se prostituent – es Africaines sont plus jeunes et visibles, les Maghrébines sont plus âgées et « font ça discrètement », comme elles le disent elles-mêmes. La rue Saint-Denis et la rue de Mogador sont les lieux par excellence de la prostitution dite traditionnelle – selon le rapport 2000 du SAO de l'Amicale du Nid, cette population relativement insérée socialement (logement, vie de famille, suivi santé, loisirs) ne fait appel à ce service que pour demander des conseils pour remplir un dossier administratif, lorsque les enfants ont des problèmes et très exceptionnellement pour demander une prise en charge globale. D'autres sites traditionnels de prostitution dans le dix-septième arrondissement, rue d'Amsterdam et de Budapest, autour de la gare Saint-Lazare, restent toujours des lieux de prostitution ; ces femmes, plus âgées, n'ont pas accepté de répondre au questionnaire.

Cent quatre questionnaires ont été passés entre les mois de mai et d'août 2002, à Vincennes (30), sur les maréchaux (52) et à Paris intra-muros (22). Cent questionnaires ont été validés, les quatre restants ne comportent que les données personnelles. Seize entretiens avec des femmes qui consomment des produits psychoactifs ont été réalisés³⁰.

Vincennes

Ce lieu offre la particularité de révéler assez rapidement à l'observateur son unité, définie par deux caractéristiques : la densité et un partage assez net des territoires. En ce qui concerne la densité, ce site n'est certes pas comparable aux plus réputés de Paris intra-muros, mais elle est plus forte que dans les autres lieux périphériques. La prostitution s'exerce la nuit – en été il faut attendre minuit pour pouvoir compter aisément, entre la porte de Vincennes et la place de la Nation, une trentaine de jeunes femmes (la moyenne d'âge est de vingt-six ans).

En ce qui concerne le partage des territoires, un des ronds points est investi par un groupe homogène, toutes des « Yougoslaves », en fait originaires du Kosovo. Elles se prostituent vraisemblablement tous les jours ou, au moins, tous les jours ouvrables et arrivent en deux voitures conduites chacune par un homme. Les deux hommes restent dans les lieux, même en présence des officiers de police et, selon certains témoignages, ils seraient armés. La plupart de ces femmes ont commencé à se prostituer ou ont séjourné en Italie avant d'arriver en France. La population du deuxième rond point de la porte de Vincennes est plus mouvante, par cela il est assimilable aux autres portes de Paris, mais le nombre de femmes qui se prostituent est plus important ; seulement deux Russes et une Roumaine travaillent quasiment

³⁰ Six personnes ont été contactées lors de la passation du questionnaire et les dix autres plus tard : cinq entre la porte de la Chapelle et la porte de Clignancourt (site de prostitution et de revente de crack), trois à Château Rouge (site de revente de produits illicites et de médicaments) et les deux autres ont été présentées l'une par un médecin et l'autre par l'équipe du centre Montecristo (Hôpital Européen Georges Pompidou).

tous les jours, les autres travaillent deux ou trois fois par semaine ou, n'ayant pas de lieu de travail fixe, sur d'autres lieux. Sur le cours, il y a plusieurs secteurs : l'un investi par des femmes moins jeunes, nées en France ; un autre est investi par des usagères de drogues ; un autre secteur par des Bulgares et un autre par des femmes originaires de pays de l'ancienne Union soviétique (Lettonie, Estonie et Russie). Des jeunes filles africaines anglophones se prostituent du côté de la porte de Vincennes, mais ce groupe est plus mouvant et moins visible sur l'ensemble du site. Vendredi soir elles sont plus nombreuses, mais placées sur les allées ou sur les boulevards Davout et Soult. Elles apparaissent à l'observateur un peu à l'écart, sur les territoires moins appréciés. Ces femmes africaines sont décriées par leurs pairs qui les accusent de « casser les prix ».

Les boulevards des maréchaux

Dans ces lieux, plus mouvants et plus vastes, la prostitution s'exerce aussi bien le jour que la nuit, mais parfois par des groupes différents : le secteur du boulevard Bessières voisin à la porte de Clichy est investi dans la journée par des femmes originaires des pays de l'Europe de l'Est et la nuit par des travestis. La nuit, les femmes qui se prostituent sur les boulevards des maréchaux semblent plus isolées que celles qui le font à Vincennes, où l'on peut trouver des bars ouverts, des épiceries, même si les passants sont plutôt rares. Dans la journée, dans les quartiers d'habitation, la présence de passants et notamment d'enfants est parfois mal vécue par ces jeunes femmes (la moyenne d'âge est de vingt-cinq ans) qui acceptent mal le statut de prostituées. Dans les zones industrielles ou d'entrepôts, certains lieux sont sordides ou miséreux. Après les passes, les clients ne ramènent même pas les prostituées sur leur lieu de travail, elles doivent le regagner à pieds.

Lorsqu'on parle des prix des passes, elles sont unanimes. Toutes ces jeunes femmes sont presque aussi chères que celles de Paris intra-muros : 50 euros la pénétration vaginale et 30 euros la fellation. Certains clients payeraient en plus l'hôtel³¹. Ça change lorsqu'on parle des prix pratiqués par les autres : « à la porte de la Chapelle, les Africaines touchent 5 euros pour la fellation » « sur les maréchaux les filles demandent 15 euros la pipe et 30 euros l'amour³² ; sur le cours on est plus cotés ». L'observateur a l'impression que tout est possible aussi bien en matière de prix que de pratiques.

Le secteur compris entre la Porte d'Asnières et la Porte Maillot, en passant par la porte de Champerret et la place Pereire est moins sinistre, notamment en été : les terrasses des cafés donnent vie à un paysage désolant de voitures qui passent. De ce point de vue, il serait assimilable à Vincennes, mais le nombre de jeunes femmes qui exercent la prostitution est plus réduit sur un espace plus vaste et, autre caractéristique des Maréchaux, les Africaines ne sont pas reléguées sur les places les moins visibles.

Les agressions semblent être fréquentes dans tous les lieux périphériques et à toute heure du jour ou de la nuit ; ces jeunes femmes ont quasiment toutes rapporté une ou deux agressions ayant eu lieu dans le courant de l'année 2002 (c'est-à-dire en six mois environ). Elles sont

³¹ Rue Saint-Denis, le prix de base de la passe a augmenté avec l'arrivée de l'euro, il est passé de 300 francs à 50 euros. Ce prix de base est celui que le client paye pour « monter », il suppose un temps et un service minimum, le reste se négocie ensuite. Ce qui n'est forcément pas pareil sur les sites périphériques, où ces jeunes femmes sont parfois en mauvaise position pour négocier.

³² En fait 100 et 200 francs, comme avant l'arrivée de l'euro.

agressées par des jeunes extérieurs au milieu et par des clients, ou plutôt des faux clients. Dans la plupart des cas, le mobile est le vol, mais aussi le viol.

Paris intra-muros

Les femmes qui se prostituent dans la rue Saint-Denis et dans les rues de Provence et de la Victoire, sont plus âgées (la moyenne d'âge est de quarante ans), ont plus d'expérience et craignent moins les agressions physiques que les redressements fiscaux.

Les rues de Provence et de la Victoire semblent accueillir une population assez homogène malgré la diversité des types. Elles sont pour la plupart propriétaires de leurs appartements et déclarent leurs revenus au titre de bénéfices non commerciaux³³ ; les redressements, pour celles qui déclarent leurs revenus, ont lieu surtout après un contrôle visant à leur faire justifier leur train de vie. Elles sont connues et contrôlées. Sur ces lieux, les usagers de drogue semblent ne pas avoir de place si l'on prête foi aux témoignages recueillis ; même si certaines de ces femmes ont certes goûté aux produits ou ont fumé des joints quand elles étaient plus jeunes.

Le jour, contrairement aux autres sites, la rue Saint-Denis ne se révèle pas rapidement à l'observateur. Dans ce fouillis, on a du mal à démêler les territoires et les groupes. Ces femmes semblent travailler toutes plus ou moins dans les mêmes conditions, mais cette impression serait fautive selon le témoignage de celles qui ont accepté d'en parler. Le haut et le bas de la rue Saint-Denis offriraient des différences ; les femmes qui se prostituent rue Blondel³⁴ ne veulent pas être assimilées à celles de la rue Saint-Denis. En fait, ce lieu serait plus ouvert aux nouveaux venants qu'il ne le semble. Les appartements sont loués même si l'on court le risque de le voir mettre sous scellés³⁵ ; on loue les appartements à une personne ou à plusieurs. Quand une femme loue seule un studio, elle paye entre dix et quinze mille francs par mois – ces studios n'atteignent pas trente mètres carrés de surface. Ils sont loués par deux ou trois femmes, chacune payant huit mille francs. Elle se repartissent l'usage dans différentes tranches horaires. Si elle sont plus nombreuses à louer l'appartement, elles travaillent à trois ou quatre en même temps dans chaque tranche horaire. Ces conditions diverses d'accès au lieu de travail déterminent les différences les plus visibles. Nous avons discuté de cet aspect de la pratique de la prostitution rue Saint-Denis avec trois femmes, toutes les trois propriétaires de leurs studios, dont une a décrit les étrangères qui louent les appartements à plusieurs, travaillent en même temps et en profitent pour faire les poches des clients pendant que l'une d'entre elles s'occupe de lui. Les « étrangères », c'est-à-dire les Africaines anglophones, seraient plus nombreuses dans le bas de la rue où les conflits de territoire seraient aussi plus fréquents que dans le haut. En ce qui concerne la consommation de produits, elles sont unanimes, elles ne consomment pas plus de produits que les autres catégories de la population, cependant elles ont quasiment toutes entendu parler d'au moins

³³ Selon le Code Général des Impôts « Sont considérés comme provenant de l'exercice d'une profession non commerciale ou comme revenus assimilés aux bénéfices non commerciaux les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commerçant et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits ne se rattachant pas à une autre catégorie de bénéfices ou de revenus. » (Impôt sur le revenu - Bénéfices des professions non commerciales article 92-1)

³⁴ La rue Blondel avait, il y a trente ou quarante ans, la réputation d'accueillir les plus belles femmes.

³⁵ Les propriétaires qui louent des appartements aux personnes qui se prostituent sont susceptibles d'être inculpés pour proxénétisme.

une « fille » de la rue qu'en prenait du crack ou de l'héroïne, ce qui révélerait que cette pratique, rare et mal vue certes, ne serait pas complètement bannie.

La nuit, le partage du territoire est net, la rue Blondel est très fréquentée : des hommes se promènent sans cesse entre des femmes à moitié nues – la plupart des femmes blanches - ; la rue Saint-Denis se vide peu à peu de sa population diurne et reste très peu peuplée par des jeunes femmes africaines, les passants sont encore plus rares.

Le recueil des données rue Saint-Denis dans la journée fut difficile si nous prenons en compte le nombre de questionnaires : seulement quatre ont été remplis. Le refus du questionnaire a été massif mais beaucoup ont argumenté ce refus : « pourquoi nous soupçonne-t-on toujours ? » ; « faites-vous la même étude auprès des ingénieurs ? ». Certaines ont exprimé leur souhait d'être interrogées sur leur « statut » : « on ne peut pas louer nos studios à nos collègues sans avoir des poursuites judiciaires pour proxénétisme, on ne peut pas avoir un ami sans qu'il soit poursuivi pour la même raison, mais le plus grand proxénète, vous savez ? c'est l'Etat ! ».

LES RESULTATS

La population

L'âge et le lieu de naissance

L'âge moyen des femmes interrogées est de trente-trois ans et l'âge médian de trente. La plus jeune est une Roumaine de dix-huit ans qui se prostitue depuis peu pour s'acheter une maison et être indépendante et la plus âgée est une Française de soixante-trois ans qui a commencé à se prostituer à quarante-trois et qui se prostitue encore même si elle considère qu'étant propriétaire d'une villa son avenir est assuré.

1. Les classes d'âge selon les villes :

	25 ans ou moins	26 à 35 ans	36 à 45 ans	46 ans ou plus	TOTAL
Lille	33 % (7)	38 % (8)	10 % (2)	19 % (4)	100 % (21)
Marseille	- (0)	31 % (15)	33 % (16)	36 % (17)	100 % (48)
Paris	48 % (50)	33 % (35)	9 % (9)	10 % (10)	100 % (104)
TOTAL	33 % (57)	33 % (58)	16 % (27)	18 % (31)	100 % (173)

À Paris, ces femmes sont majoritairement très jeunes parce que les nouvelles migrantes sont très présentes sur les sites de prostitution de rue, notamment dans les lieux périphériques, et on a pu les interroger car les enquêteurs parlaient russe, anglais et italien – les Albanaises et les Kosovars ayant souvent séjourné en Italie parlent assez couramment l'italien. Ceci n'a pas été possible dans les autres villes.

2. Le lieu de naissance selon les villes :

	Europe de l'Ouest	Europe de l'Est	Afrique subsaharienne	Maghreb	Amériques	TOTAL
Lille	86 % (18)	- (0)	- (0)	5 % (1)	9 % (2)	100 % (21)
Marseille	63 % (30)	- (0)	12 % (6)	23 % (11)	2 % (1)	100 % (48)
Paris	32 % (33)	38 % (40)	26 % (27)	4 % (4)	- (0)	100 % (104)
TOTAL	47 % (81)	23 % (40)	19 % (33)	9 % (16)	2 % (3)	100 % (173)

La moyenne d'âge pour les femmes françaises est de trente-neuf ans et pour les femmes provenant des pays d'Europe de l'Est de vingt-quatre ans.

3. Les classes d'âge selon le lieu de naissance :

	25 ans ou moins	26 à 35 ans	36 à 45 ans	46 ans ou plus	TOTAL
E. de l'Ouest	12 % (10)	30 % (24)	27 % (22)	31 % (25)	100 % (81)
E. de l'Est	65 % (26)	35 % (14)	- (0)	- (0)	100 % (40)
Afrique	61 % (20)	24 % (8)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (33)
Maghreb	- (0)	75 % (12)	6 % (1)	19 % (3)	100 % (16)
Amériques	33 % (1)	- (0)	33 % (1)	33 % (1)	100 % (3)
TOTAL	33 % (57)	33 % (58)	16 % (27)	18 % (31)	100 % (173)

Parmi les nouvelles migrantes, la plupart des femmes venues des pays d'Europe de l'Est sont nées en Albanie (10) et au Kosovo (10) ; les Roumaines, très présentes aussi sur les sites parisiens, sont plus méfiantes et souvent contrôlées par l'une d'entre elles qui, étant un peu en retrait, intervient dès qu'on les approche pour savoir ce qu'on veut et se protéger derrière la barrière de la langue – qu'elles parlent assez bien d'ailleurs. Elles en arrivent à la brusquerie lorsqu'on insiste un peu ou qu'on propose de parler une autre langue. Les Kosovars, également surveillées de près mais par des hommes, sont plus à l'aise et se prêtent facilement à la conversation, peut-être parce qu'elles sont en France depuis un peu plus de temps.

Les Africaines, nouvelles migrantes, sont aussi jeunes³⁶ que les femmes d'Europe de l'Est, ce qui est moins visible dans les tableaux parce que des femmes africaines en France depuis plus longtemps ont répondu aussi au questionnaire, notamment à Marseille. Ces jeunes femmes anglophones sont d'ailleurs très méfiantes et très difficiles à aborder ; elles sont très peu représentées dans notre échantillon : vingt-cinq questionnaires dont trois ne comportent que les données personnelles.

En ce qui concerne les femmes d'Europe de l'Ouest, elles sont très majoritairement françaises (83 %) ; quelques femmes espagnoles et portugaises se prostituent à Marseille et quelques Belges le font à Lille³⁷.

La situation familiale

En ce qui concerne leur état civil, ces femmes, pour une très large majorité (94 %), déclarent être seules, soit célibataires (72 %), séparées ou divorcées (19 %) ou veuves (2 %). Seulement onze d'entre elles déclarent vivre en couple, soit mariées ou en concubinage. Comme l'a très justement signalé une des personnes interrogées, les unions libres seraient sous-déclarées à cause de la menace qui pèse sur leurs compagnons d'être accusés de proxénétisme., cependant ce pourcentage devrait rester plutôt faible – selon cette femme, les proxénètes existent certes, mais leurs compagnons sont plutôt des hommes qui profitent de la solitude de ces femmes comme ils peuvent en profiter de celle d'une infirmière (sic) ; une jeune femme parle de « gigolos casse-croûte ».

³⁶ La moyenne d'âge est de vingt-quatre ans ; les Ghanéennes de la rue Saint-Denis sont un peu plus âgées que les femmes de Nigeria et de Sierra Leone qui se prostituent sur les boulevards des marchés.

³⁷ Des femmes africaines et des travestis équatoriens résidant en Belgique ou en Hollande se prostituent aussi à Lille ; certains se déplacent en train et d'autres en voiture, à deux parce que le retour est difficile. Ces femmes n'ont pas été interrogées mais on les a rencontrées après la passation du questionnaire sur le rond point Churchill et elles ont dit qu'elles se prostituent en France depuis quelques années. L'objet de notre étude étant les femmes qui se prostituent, les travestis n'ont pas été interrogés.

En conséquence, elles déclarent vivre seules (44 %) ou seules avec leurs enfants (19 %) et un nombre assez important partagerait un logement, un hôtel le plus souvent, avec des amis (26 %). Cette dernière situation correspond essentiellement à celle des nouvelles migrantes. Des quarante-cinq personnes qui déclarent vivre avec des amis, trente sont venues des pays d'Europe de l'Est et dix d'Afrique ; des soixante-six personnes habitant un logement précaire (38 %), trente et une viennent d'Europe de l'Est et vingt-trois d'Afrique. Dans l'ensemble, la plupart des femmes interrogées vivent dans leur domicile personnel (52 %) ; ce pourcentage est de 70 % pour les femmes françaises.

La moitié de ces femmes n'ont pas d'enfant ; pour celles qui en ont, elles ont d'un à sept enfants et la moyenne est de deux enfants par femme. Elles ont pour la grande majorité leurs enfants à charge : des quatre-vingt-trois femmes qui ont répondu à la question, cinquante et une ont tous leurs enfants à charge, neuf ont une partie de leurs enfants à leur charge et vingt-trois n'ont aucun de leurs enfants à charge³⁸. Les nouvelles migrantes déclarent très majoritairement (plus de 70 %) ne pas avoir d'enfant ; pour celles qui ont des enfants, ils sont financièrement à leur charge mais restés le plus souvent chez les mères de ces jeunes femmes.

La situation socioprofessionnelle

Seulement 15 % de ces femmes ont eu le bac (ou un équivalent pour les étrangères) ou ont suivi des études supérieures. Souvent leur niveau d'études apparaît, dans leur discours, lié à l'exercice de la prostitution car, sans diplôme, aucun travail ne leur permettrait de gagner suffisamment d'argent pour vivre correctement. Neuf d'entre elles n'ont pas été scolarisées dont cinq Africaines, trois femmes des Balkans et une manouche française.

Cependant, les plus jeunes ne considèrent pas toujours la prostitution comme une situation. Les femmes d'Europe de l'Est, dont la moitié n'accepte pas sa condition, ont souvent des projets très précis : acheter une boutique ou un établissement ou plus simplement faire de l'argent pour s'acheter une maison, retourner chez elles et reprendre leur vie « normale ». La prostitution serait juste un passage pour réaliser ce projet. Une femme, qui se prostitue en France depuis 1999, disait qu'elle a acheté trois appartements et un terrain dans son pays d'origine ; deux appartements sont loués donc elle a déjà un revenu mais elle se prostitue encore parce qu'elle n'a pas fini de meubler le troisième appartement, où elle compte habiter, et pour construire une discothèque dans son terrain. Elle a ajouté qu'elle n'est pas une prostituée et qu'elle fait aussi des affaires avec ses clients. Il y a aussi celles qui refusent moralement leur condition de prostituée, comme si la sexualité renfermait une souillure qu'on peut laver en se débarrassant du plaisir ; elles ne sont donc pas des prostituées parce qu'elles font « ça » pour l'argent, les prostituées – d'après elles – le feraient pour leur plaisir. Les jeunes africaines, qui ont moins de peine à accepter leur statut de prostituées (elles sont 80 % à l'accepter), ne rêvent pas moins d'avoir des papiers et d'apprendre le français pour occuper un travail « normal ». Une de ces jeunes a dit que quand elle est sur le trottoir elle est une prostituée mais quand elle est ailleurs elle est « a normal girl ».

³⁸ C'est à dire qu'une femme sur trois n'a pas ses enfants à charge.

Les femmes françaises ou étrangères à Paris intra-muros acceptent d'autant plus la prostitution comme une situation qu'elles payent des impôts sur le revenu de cette activité. Mais les choses se compliquent lorsqu'on parle de la sécurité sociale ou de la retraite, que certaines d'entre elles cherchent à obtenir en investissant dans l'immobilier.

4. Situation socioprofessionnelle selon les classes d'âge :

	Actifs (CDI)	Sans emploi	Etudiants	Prostitution	TOTAL
25 ans ou moins	- (0)	39 % (22)	5 % (3)	56 % (31)	100 % (56)
26 à 35 ans	2 % (1)	28 % (16)	- (0)	70 % (39)	100 % (56)
36 à 45 ans	12 % (3)	4 % (1)	- (0)	84 % (22)	100 % (26)
46 ans ou plus	3 % (1)	- (0)	- (0)	97 % (29)	100 % (30)
TOTAL	3 % (5)	23 % (39)	2 % (3)	72 % (121)	100 % (168)

Pr. = 0.000

Pour les « actifs », deux sont fonctionnaires, l'une fait ses passes le week-end, dans une pompe à essence fermée pendant la nuit, pour arrondir les fins de mois et mettre de l'argent de côté, et espère vite arrêter ; l'autre travaille soir et nuit pour payer ses dettes à la banque. Pour les autres, une est auxiliaire de vie, une autre fait des ménages et la troisième a un emploi adapté à sa condition de handicapée. Parmi les trois étudiantes deux sont albanaises, l'une prétend suivre des études de médecine en Italie et venir de temps en temps se prostituer en France et l'autre a en fait abandonné des études qu'elle compte bien reprendre à son retour en Albanie³⁹ ; l'autre est une jeune française qui a à sa charge une fille en bas âge et se prostitue rue Saint-Denis pour subvenir à ses besoins, à ceux de sa fille et payer ses études.

Cette situation se reflète aussi sur l'origine des revenus. A part les revenus de la prostitution, vingt-six de ces femmes touchent des prestations sociales non liées à l'emploi, pour la plupart le R.M.I. ; une touche encore les Assedic ; les cinq qui ont un emploi touchent le revenu correspondant et deux autres femmes déclarent d'autres revenus : une femme, inscrite dans un programme méthadone, fait un peu de repassage ou des ménages quand l'occasion se présente et sans fiche de paye ; l'autre, usagère de drogues elle aussi, revend des objets volés ou des psychotropes sur le marché noir.

En ce qui concerne la couverture sociale, celles qui ont un emploi sont protégées ainsi que celles qui touchent une allocation sociale. Les jeunes femmes étrangères n'ont, pour la plupart, aucune couverture sociale : c'est le cas pour plus de trois-quarts des femmes qui viennent des pays d'Europe de l'Est et pour plus de la moitié des Africaines. Pour les femmes des pays d'Europe de l'Ouest leur situation n'est pas simple : une part de celles qui déclarent leurs revenus cotise aussi à l'Urssaf et a une couverture sociale partielle ou paie aussi une mutuelle pour être mieux protégées ; d'autres ont la CMU⁴⁰ ; celles qui préfèrent payer une assurance privée sont très minoritaires et celles qui n'ont aucune couverture sont plus nombreuses.

³⁹ Une façon de dire qu'elle n'est pas prostituée.

⁴⁰ Si nous excluons les femmes qui touchent une allocation sociale et celle qui a un emploi adapté à son handicap, neuf femmes d'Europe de l'Ouest et vingt et une femmes étrangères (hors UE) ont la CMU.

5. La couverture sociale selon le lieu de naissance :

	Sécurité Sociale	S.S. + mutuell e	CMU	Aide Médicale	Assurance Privée	Autres*	Aucune	TOTAL
Europe de l'Ouest	17 % (14)	24 % (19)	45 % (36)	- (0)	2 % (2)	1 % (1)	11 % (9)	100 % (81)
Europe de l'Est	- (0)	- (0)	10 % (4)	10 % (4)	- (0)	2 % (1)	78 % (31)	100 % (40)
Afrique subsaharienne	9 % (3)	3 % (1)	24 % (8)	6 % (2)	- (0)	6 % (2)	52 % (17)	100 % (33)
Maghreb	6 % (1)	25 % (4)	57 % (9)	6 % (1)	- (0)	- (0)	6 % (1)	100 % (16)
Amériques	- (0)	- (0)	- (0)	- (0)	- (0)	- (0)	100 % (3)	100 % (3)
TOTAL	10 % (18)	14 % (24)	33 % (57)	4 % (7)	1 % (2)	2 % (4)	36 % (61)	100 % (173)

* pour ces quatre femmes, les deux Africaines ont leurs papiers en cours, une Kosovar a la résidence et donc la sécurité sociale en Italie et une Ghanéenne en Belgique.

La santé

La plupart des femmes interrogées considèrent qu'elles sont en bonne santé (68 %) ou plutôt en bonne santé (21 %) : stress, maux de tête, mal au dos, mal aux jambes expliqueraient cette dernière réponse un peu hésitante. Pour celles qui sont plutôt en mauvaise santé : deux sont des usagères de drogues contaminées par des maladies infectieuses, les trois autres sont des femmes de plus de cinquante ans, l'une atteinte d'un cancer. Celles qui considèrent qu'elles sont en mauvaise santé sont un peu plus nombreuses (4 %) : pour la plupart il s'agit de personnes présentant des troubles psychiatriques plus ou moins importants, une usagère de drogues contaminée par le virus de l'hépatite C et une jeune femme qui se prostitue à Marseille, non loin de la gare, contaminée aussi par une hépatite C et ne connaissant pas son statut sérologique par rapport au VIH⁴¹.

Très peu de ces personnes déclarent avoir été contaminées par les maladies transmissibles et toutes celles qui ont admis être positives aux dépistages du VIH ou des hépatites ont déclaré avoir fait usage de produits psychoactifs par voie veineuse, à l'exception de l'exemple donné dans le paragraphe précédent. Mais il n'est peut-être pas inutile d'insister sur le fait que ces données ne sont pas forcément fiables et que le dix pour cent environ de personnes ne connaissant pas leur sérologie doit attirer notre attention, notamment en ce qui concerne le VIH :

⁴¹ Les tests de dépistage pour les hépatites ont été effectués en 1993 et dans ce questionnaire tout porte à croire qu'il s'agit de quelqu'un qui a souhaité dissimuler une consommation actuelle ou passée de drogues par voie veineuse.

6. Le statut sérologique selon le lieu de naissance :

	VIH			VHC			VHB		
	Inconnu	Négatif	Positif	Inconnu	Négatif	Positif	Inconnu	Négatif	Positif
Europe de l'Ouest	2 % (2)	94 % (76)	4 % (3)	4 % (3)	90 % (73)	6 % (5)	5 % (4)	94 % (76)	1 % (1)
Europe de l'Est	17 % (7)	83 % (33)	- (0)	27 % (11)	73 % (29)	- (0)	27 % (11)	73 % (29)	- (0)
Afrique subsaharienne*	15 % (5)	85 % (28)	- (0)	21 % (7)	79 % (26)	- (0)	21 % (7)	79 % (26)	- (0)
Maghreb	19 % (3)	81 % (13)	- (0)	13 % (2)	81 % (13)	6 % (1)	12 % (2)	88 % (14)	- (0)
Amériques	- (0)	100 % (3)	- (0)	33 % (1)	67 % (2)	- (0)	- (0)	100 % (3)	- (0)
TOTAL	10 % (17)	88 % (153)	2 % (3)	14 % (24)	83 % (143)	3 % (6)	14 % (24)	85 % (148)	1 % (1)

* pour les sept personnes originaires du Nigeria, seulement quatre connaissent leur statut sérologique.

7. L'ancienneté des tests de dépistage selon les virus :

	Moins de 3 mois*	De 3 à 6 mois*	De 6 à 12 mois*	Plus d'un an*	S/date	TOTAL
VIH	41 % (64)	31 % (48)	11 % (18)	15 % (23)	2 % (3)	100 % (156)
VHC	41 % (61)	32 % (47)	11 % (17)	14 % (21)	2 % (3)	100 % (149)
VHB	41 % (61)	32 % (48)	11 % (17)	14 % (20)	2 % (3)	100 % (149)

* le test de dépistage a été effectué... à compter de la date de passation du questionnaire

Environ deux tiers des étrangères hors Maghreb (entre 60 % et 70 % selon le lieu de naissance et selon le test) disent avoir effectué ces tests dans les trois mois qui ont précédé la passation du questionnaire⁴². Le statut sérologique des vingt-deux usagères dépendantes d'opiacés est pour la plupart incertain car neuf ont fait les tests plus de douze mois avant la date de passation du questionnaire et deux ne donnent pas la date des derniers tests – fort probablement parce qu'elles ne se souviennent plus. En plus ces dates sont approximatives et coïncident souvent avec les incarcérations ou les hospitalisations. Une d'entre elles dit avoir fait les tests lors de la naissance de son dernier enfant, il y a quatre ans ; elle ne les a pas refait parce qu'elle n'a pris aucun risque depuis ; elle n'a pas eu de rapports sexuels en dehors de la pratique de la prostitution et de ses passes qu'elle réalise toujours avec préservatif ; de plus elle sniffe l'héroïne.

La contamination par le VIH et le VHC telle qu'elle ressort des déclarations⁴³ paraît être en retrait sur les niveaux observés parmi les utilisateurs d'opiacés dans l'enquête multicentrique de l'IREP en 1995. Parmi les prostituées de moins de trente-cinq ans, on rencontre 17 % de femmes dont la sérologie est « non-négative », contre moins de 2 % de non-négatives chez les

⁴² Dans ce groupe nous trouvons également les pourcentages les plus élevés de femmes qui ne connaissent pas leur sérologie.

⁴³ Il s'agit des usagères de drogues qui dans la majorité des cas se sont prostituées par la suite.

femmes de trente-six ans et plus. De même, on rencontre 23 % de sérologies positives ou douteuses pour le VHC parmi les jeunes femmes contre 8 % parmi les femmes plus âgées⁴⁴. Les sérologies positives ou inconnues sont plus fréquentes chez les femmes qui sont entrées récemment dans la prostitution : pour les sérologies positives cela est la conséquence de la fréquence des usages de drogues chez les jeunes, pour les sérologies inconnues du fait que les nouvelles migrantes sont jeunes.

La pratique de la prostitution

L'ancienneté

Elle varie selon le site de passation du questionnaire. Le fort écart entre la moyenne (un peu plus de huit ans d'exercice de la prostitution) et la médiane (quatre ans) révèle une distribution asymétrique du nombre d'années de pratique dans l'histogramme. La grande majorité (92 %) des femmes qui se prostituent dans les rues Curiol et Sénac, à Marseille, le font depuis plus de dix ans ; à Paris intra-muros elles représentent exactement la moitié des femmes interrogées. Ceci ne veut pas dire qu'elles se sont toutes prostituées tout au long de ces années⁴⁵, beaucoup de ces femmes ont fait des coupures importantes ; il n'est pas rare de les entendre dire qu'elles ont commencé très jeunes parce qu'un homme aimé les a mises sur le trottoir ; qu'elles ont quitté grâce à un autre homme ; ensuite se retrouvant seules, pour une raison ou autre, avec des enfants à leur charge, elles ont repris la prostitution, mais cette fois-ci de façon indépendante. D'autres, souvent sans enfants, ont fait des parenthèses parce qu'elles ont parfois fait autre chose pour gagner leur vie, parce qu'elles ont rencontré quelqu'un ou poussées par les abolitionnistes : « vous savez, ils promettent, ils promettent, mais au bout du compte on se retrouve à toucher le RMI », qui n'est pas une alternative pour grand nombre de ces femmes.

Dans les lieux périphériques, les pourcentages s'inversent ; plus de la moitié (58 %) des femmes qui se prostituent sur les boulevards des maréchaux à Paris le fait depuis moins d'un an ; à Vincennes elles représentent presque la moitié (48 %). Cela s'explique par la présence de femmes d'Europe de l'Est et d'Afrique anglophone dans ces lieux : 40 % des Africaines⁴⁶ et le même pourcentage de femmes d'Europe de l'Est⁴⁷ se prostituent depuis quelques mois.

Par contre, les moyennes d'âge des débuts dans la pratique de la prostitution ne varient pas excessivement selon le lieu de naissance : un peu moins de vingt-cinq ans pour l'ensemble de la population, un peu moins de vingt-six ans pour les femmes nées en Europe de l'Ouest et un peu moins de vingt-trois ans pour les femmes d'Europe de l'Est. Très peu de ces femmes (6 %) ont commencé à se prostituer avant d'atteindre la majorité. La plus jeune est une Africaine qui a été vendue par sa famille à une maison close, dans son pays d'origine, à l'âge de douze ans. Elle est ensuite arrivée en France avec un légionnaire, qui l'a sortie de la

⁴⁴ Nous avons regroupé les déclarations de sérologie inconnue avec les déclarations de sérologie positive, ce qui majore sans doute les risques.

⁴⁵ On a calculé l'ancienneté avec les données des questions 1.2. (âge) et 2.1. (à quel âge considérez-vous que vous avez commencé à faire ce travail ?), les coupures n'ont donc pas été déduites.

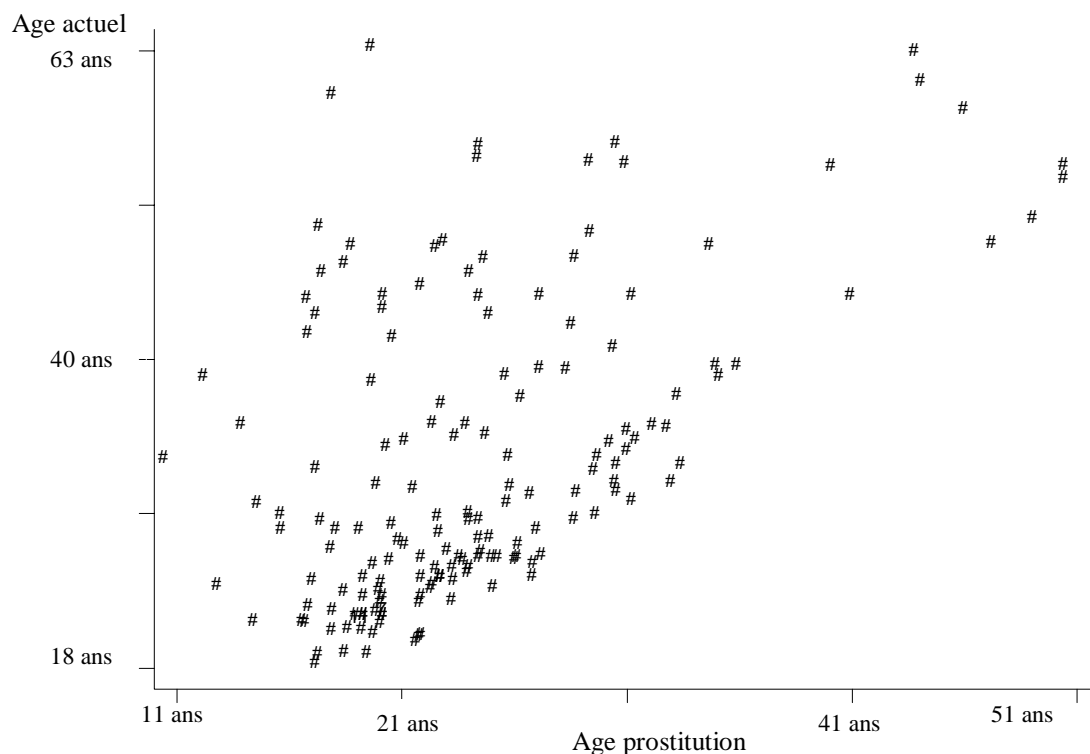
⁴⁶ L'écart entre la médiane (1 an) et la moyenne (2.93) est dû sans doute à la présence de deux groupes de femmes africaines, les nouvelles migrantes et celles qui sont depuis plus longtemps en France.

⁴⁷ La moyenne est d'un peu plus d'un an et demi.

maison close pour la mettre sur le trottoir. Celles qui ont commencé à se prostituer après quarante ans représentent un peu moins de 6 % – la plus tard venue est cette dame qui a commencé à se prostituer à cinquante ans pour payer ses dettes à la banque.

L'âge médian des débuts de la prostitution est de vingt-trois ans. Lorsqu'on compare l'âge d'entrée dans la prostitution selon les générations, on réalise que le début de cette activité n'a pas beaucoup changé depuis une trentaine d'années : il n'y a ni rajeunissement ni vieillissement de l'âge d'entrée.

Figure 1 : Âge actuel et début de la prostitution



Les temps et les lieux de prostitution

Quasiment la moitié de ces femmes (46 %) se prostituent entre trois et cinq jours par semaine, ce qui veut dire qu'elles travaillent les jours ouvrables ou un peu moins. C'est à Paris où l'on trouve le plus de femmes (31 %) qui travaillent tous les jours ; ce qui s'explique encore par la présence des nouvelles migrantes. La plus forte proportion (50 %) de celles qui disent travailler tous les jours se trouve parmi les femmes des pays d'Europe de l'Est. Les Maghrébines sont celles qui travaillent le moins fréquemment, plus de la moitié d'entre elles (54 %) disent travailler une ou deux fois par semaine. Celles qui travaillent moins d'une fois par semaine sont peu nombreuses (11 %) ; il s'agit surtout de femmes d'Europe de l'Ouest.

Quasiment la moitié de ces femmes (48 %) se prostituent la nuit. Les plus jeunes sont celles qui préfèrent le faire dans cette tranche horaire : deux tiers des femmes de vingt-cinq ans ou moins et un peu plus de la moitié (52 %) des femmes de vingt-six à trente-cinq ans disent travailler la nuit. Par contre les femmes plus âgées préfèrent travailler pendant la journée, notamment les femmes de trente-six à quarante-cinq ans – moins d’une femme sur cinq dans cette tranche d’âge travaille la nuit, peut-être parce qu’elles sont plus à l’aise dans leur pratique et aussi parce qu’elles ont des obligations familiales, puisque les femmes de plus de quarante-six ans sont un peu plus nombreuses à travailler la nuit.

En fait si l’on tient compte de l’ancienneté dans l’exercice de la prostitution, trois-quarts⁴⁸ des femmes qui se prostituent depuis moins d’un an le font la nuit et seulement un peu plus d’un quart de celles qui le font depuis plus de dix ans le font aussi dans cette tranche horaire.

8. Les horaires selon l’ancienneté dans l’exercice de la prostitution

	Matin	Après-midi	Soir	Nuit	Indifférent	TOTAL
Moins de 1 an	- (0)	10 % (5)	12 % (6)	76 % (38)	2 % (1)	100 % (50)
De 1 à 5 ans	- (0)	27 % (13)	23 % (11)	48 % (23)	2 % (1)	100 % (48)
De 6 à 10 ans	6 % (1)	19 % (3)	31 % (5)	31 % (5)	13 % (2)	100 % (16)
Plus de 10 ans	4 % (2)	44 % (23)	17 % (9)	27 % (14)	8 % (4)	100 % (52)
TOTAL	2 % (3)	26 % (44)	19 % (31)	48 % (80)	5 % (8)	100 % (166)

Pr. = 0.000

Très peu d’entre elles (6)⁴⁹ se prostitue aussi le matin. Elles sont aussi peu nombreuses (8) à ne pas avoir d’heures fixes, dont la plupart (5) sont des usagères de drogues.

En raison de la modalité du recueil des données, la quasi-totalité (95 %) de ces femmes rencontre leurs clients dans la rue, toujours dans le même site (90 %). Les autres fixent rendez-vous dans la rue après avoir été contactées par téléphone. Une seule femme, dépendante des opiacés, rencontre les clients aussi bien dans la rue que dans les boîtes de nuit ou bars et peut être aussi contactée par téléphone.

Selon les sites de passation du questionnaire, les passes se font soit dans la voiture du client (63 %) ou à l’hôtel (51 %), soit dans des studios ou appartements de ces femmes et réservés à la pratique de la prostitution (32 %). Pour les femmes qui se prostituent rue Curiol et rue Sénac, à Marseille, toutes font leurs passes dans leurs appartements ; c’est aussi le cas pour la grande majorité (86 %) des femmes qui se prostituent à Paris intra-muros – quelques nouvelles migrantes qui le font rue Saint-Denis, près de la porte, font leurs passes à l’hôtel. Dans les autres sites, les passes se font surtout en voiture, même si le risque de se faire agresser augmente, parce qu’on perd moins de temps à chaque passe que lorsqu’il faut se déplacer et aussi parce que c’est moins onéreux pour les clients. Ainsi, tout en allant à l’hôtel

⁴⁸ Nous trouvons aussi 70 % des femmes d’Europe de l’Est et 76 % des Africaines qui se prostituent la nuit. Ce sont les groupes où les femmes sont plus jeunes et la pratique de la prostitution récente.

⁴⁹ Si nous tenons compte des réponses multiples.

pour certaines pratiques, elles sont peu nombreuses à le préférer et celles qui le font, quelques femmes des pays d'Europe de l'Est, argumentent que cette pratique est plus sûre et mieux payée : une jeune femme qui demande 30 euros pour une fellation en voiture dit que quand elle va à l'hôtel ou chez les clients elle prend 80 euros et, quand ils veulent qu'elle reste un peu plus, 150 euros. Peu de ces femmes font leurs passes chez les clients (16), dans des lieux publics (5), dans les portes cochères (2), dans leur voiture (2) ou dans des clubs échangistes (2).

En lien avec la place sur le trottoir et sa protection, ainsi que celle de leur personne, on a cherché en vain d'obtenir quelque information sur le proxénétisme. À part quatre femmes qui travaillent la nuit rue Saint-Denis et rue Blondel, à Paris, et qui ont répondu qu'en cas de besoin elles peuvent faire appel à des « videurs », toutes ces femmes disent travailler de façon indépendante et être protégées par la police ou leurs pairs en cas d'agression. Il est très difficile de le croire en ce qui concerne certains groupes de femmes des pays d'Europe de l'Est, notamment les Roumaines et les Kosovars, qui arrivent en voiture, conduites par des hommes et qui repartent également en voiture. Trois femmes étrangères ont dit avoir été liées à un proxénète et s'en être débarrassées : l'une a été très peu explicite ; la deuxième a dit qu'elle a été mise sur le boulevard par une femme qui l'a fait venir pour travailler comme serveuse, qu'elle l'a dénoncé à la police mais que, faute de mieux, elle est restée sur le boulevard ; la troisième, la plus explicite, a dit que toutes les filles qui travaillaient sur le site étaient « maquées » et qu'elle-même l'avait été. Elle a quitté l'école et est arrivée en Belgique à dix-sept ans, il y a environ quatre ans, avec son fiancé. Ce garçon lui a demandé de se prostituer et cette situation a duré tant qu'ils sont restés en Belgique et ensuite en France où elle a été expulsée. Il s'est arrangé pour la faire retourner à Paris et à la prostitution jusqu'au jour où elle a réussi à se séparer de lui. Elle raconte cette histoire avec beaucoup de force émotive et de rage contre son ex fiancé mais ne nous éclaire pas sur un possible trafic organisé ni sur les liens que ce jeune homme aurait pu maintenir avec des réseaux de proxénétisme organisé. Somme toute, cette histoire, hormis l'expression d'un sentiment encore présent, ressemble aux histoires des femmes qui se prostituent rue Saint-Denis ou rue de Mogador, qui maintenant, et depuis un bon bout de temps, sont indépendantes.

Les pratiques et le préservatif

Une de ces femmes a dit que la fellation est la pratique par excellence des femmes qui se prostituent. Nos données confirment cette affirmation issue de l'expérience, seulement trois ont dit n'avoir jamais fait de fellation dans les six derniers mois, dont une Russe et une Estonienne qui partagent une chambre d'hôtel et ne font que « normal sex » à l'hôtel.

9. Les pratiques selon leur fréquence :

	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Pénétration vaginale	68 % (115)	22 % (37)	6 % (10)	4 % (7)
Pénétration anale active*	- (0)	5 % (8)	4 % (7)	91 % (153)
Pénétration anale passive	1 % (1)	2 % (3)	6 % (9)	92 % (153)
Fellation	86 % (146)	10 % (17)	2 % (3)	2 % (3)
Masturbation	21 % (36)	28 % (47)	11 % (19)	39 % (66)
Pratiques sadomasochistes	2 % (4)	9 % (16)	8 % (14)	80 % (135)
Caresses	17 % (29)	27 % (46)	9 % (15)	47 % (79)
Pratiques scatologiques**	1 % (2)	4 % (6)	11 % (19)	84 % (142)
Discuter	22 % (37)	20 % (33)	12 % (21)	46 % (78)

* avec un instrument

** il s'agit plutôt de pratiques « urologiques »

Deux femmes se prostituant rue Curiol ont dit faire aussi des massages. La pénétration anale passive reste un exercice périlleux et apparemment la pratique moins fréquente. Une des femmes de la rue Saint-Denis a dit qu'elle ne le faisait pas, non tant parce que « ça ne se fait pas » mais parce qu'elle en avait eu une expérience personnelle très peu concluante d'où elle a décidé que si on lui payait « dix fois le prix de la passe » elle le ferait, mais pas pour moins que ça. Les usagères de drogues dépendantes sont moins réticentes, quelques-unes (5) de ces femmes le font, dont une précise qu'elle le fait quand elle connaît le client et sait qu'elle ne risque pas trop.

Les nouvelles migrantes se montrent plus réticentes que les autres groupes lorsqu'il s'agit de pratiques sadomasochistes et « urologiques » ou scatologiques, qu'elles qualifient de « bizarreries ». Les autres le font peu parce que la demande n'est pas aussi forte, mais elles apprécient plutôt parce que ces pratiques sont mieux payées ou parce que les clients, en général, ne les touchent pas. Les femmes des pays d'Europe de l'Est sont aussi hostiles « à la causette ». La grande majorité (90 %) déclare ne l'avoir jamais fait dans les six derniers mois, et ce n'est peut-être pas exclusivement un blocage idiomatique : elles trouvent « bizarre » qu'un homme paye juste pour discuter.

Les corrélations sont fortes si nous tenons compte du pays d'origine, les nouvelles migrantes semblent être les moins susceptibles d'effectuer d'autres pratiques que la fellation et la pénétration vaginale, mais il serait légitime de se demander si cette réponse n'est pas un peu stéréotypée et, comme pour la date des tests de dépistage, destinée à combattre leur mauvaise réputation.

Il y a également une certaine corrélation entre la fréquence de la pénétration vaginale et l'expérience : les femmes qui se prostituent depuis cinq ans ou moins sont très nombreuses (80 %) à déclarer effectuer très souvent cette pratique tandis que celles qui se prostituent depuis plus de cinq ans ne sont que la majorité (50 %) à faire telle déclaration. La pénétration vaginale serait remplacée par la fellation et surtout par la masturbation, qui apparaît nettement comme une pratique de femmes expérimentées : 85 % des femmes qui se prostituent depuis

plus de cinq ans ont effectué la masturbation à des fréquences variables dans les six mois qui ont précédé la passation du questionnaire tandis que celles qui se prostituent depuis moins d'un an sont minoritaires (27 %).

10. La fréquence d'utilisation du préservatif selon les pratiques :

	Toujours	Parfois	Rarement	Jamais	TOTAL
Pénétration vaginale	100 % (161)	- (0)	- (0)	- (0)	100 % (161)
Pénétration anale active	100 % (12)	- (0)	- (0)	- (0)	100 % (12)
Pénétration anale passive	100 % (12)	- (0)	- (0)	- (0)	100 % (12)
Fellation	94 % (155)	5 % (8)	1 % (2)	- (0)	100 % (165)
Pratiques sadomasochistes	85 % (11)	- (0)	- (0)	15 % (2)	100 % (13)

Une seule femme, rue Saint-Denis, a déclaré utiliser le fémidon pour quelques clients qui se sentent gênés par le préservatif classique sans pour autant vouloir de pratiques non protégées. Des taux d'usages des préservatifs de 100 % concernant la pénétration sont évidemment une forme de présentation de soi guidée par la désirabilité sociale. Cela étant, comme pour les déclarations des nombres de partenaires sexuels dans les enquêtes en population générale qui sont incohérents, il n'y a guère de moyen d'évaluer le biais dans les réponses

Le nombre de clients habituels

Une femme sur cinq (20 %) dit ne pas avoir de client habituel ; il s'agit surtout des femmes africaines, qui se prostituent depuis moins d'un an et des plus jeunes⁵⁰. Pour celles qui disent avoir des clients habituels et qui peuvent donner un nombre approximatif (61 %), il est en moyenne de dix.

Un nombre non négligeable de femmes (16 %) ne connaît pas le nombre de ses clients parce qu'ils sont nombreux et que la fréquence de leurs visites est irrégulière, leur réponse est vague : « 80 % des mes clients sont des clients habituels » ou « je fais à peu près dix clients habituels par jour ». Quasiment la moitié des femmes se prostituant à Paris intra-muros a donné cette réponse. Pour d'autres, la réponse est marquée par le mépris : « je ne me souviens pas d'eux ! ». Rue Curiol, à Marseille. Même si ces femmes ont toutes des clients habituels, elles semblent en avoir moins que les parisiennes. Elle en auraient plutôt entre dix et cinquante (48 %) ou peut-être chiffrent elles mieux. Trois femmes se prostituant aussi dans Paris n'ont pas voulu répondre à cette question.

Les relations entre pairs

Les réponses à cette question peuvent paraître contradictoires. En fait, les relations sont le plus souvent bonnes entre les membres du même groupe et mauvaises avec ceux des autres groupes qui se prostituent sur le même site. Près de la moitié (47 %) de femmes interrogées qualifie ces relations d'amicales ; elles sont beaucoup moins nombreuses (13 %) à penser qu'il y a des vrais rapports de solidarité. Dans les lieux traditionnels de prostitution, les liens

⁵⁰ 60 % des femmes nées en Afrique sub-saharienne déclarent ne pas avoir de clients habituels ; c'est aussi le cas pour 40 % des femmes qui se prostituent depuis moins d'un an et pour 36 % des femmes de moins de vingt-cinq ans.

de solidarité prennent, semble-t-il, un peu le pas sur l'amitié qui prédominerait sur les lieux périphériques. Pour certaines, il s'agit de relations entre « collègues » ou d'une simple bonne entente, à ne pas confondre avec l'amitié ou la solidarité. Les mauvaises relations viennent en deuxième position : un tiers (36 %) dit que l'individualisme règne, tandis que les mêmes⁵¹ ou d'autres qualifient les relations entre pairs d'agressives (10 %) ou de conflictuelles (7 %). Quelques-unes utilisent leurs propres mots pour dire la même chose : elles ne sont « pas joviales » ou elles sont « chiantes » ou « jalouses ». Deux femmes disent n'avoir pas de relation du tout avec les autres femmes qui se prostituent.

11. Les relations entre pairs selon le lieu de passation du questionnaire :

	Amicales	Individualistes	Agressives	Solidaires	Conflictuelles	Autres	TOT*
Paris intra-muros	43 % (9)	38 % (8)	14 % (3)	24 % (5)	10 % (2)	10 % (2)	(21)
Vincennes	70 % (19)	15 % (4)	7 % (2)	19 % (5)	7 % (2)	11 % (3)	(27)
Bds des maréchaux	37 % (18)	43 % (21)	- (0)	8 % (4)	4 % (2)	22 % (11)	(49)
Rue Curial et Sénac	48 % (12)	32 % (8)	16 % (4)	20 % (5)	- (0)	- (0)	(25)
Reformés et Opéra	18 % (2)	27 % (3)	18 % (2)	9 % (1)	27 % (3)	9 % (1)	(11)
Bd Michelet	73 % (8)	27 % (3)	9 % (1)	9 % (1)	- (0)	- (0)	(11)
Lille	52 % (11)	57 % (12)	24 % (5)	5 % (1)	10 % (2)	10 % (2)	(21)
TOTAL	47 % (79)	36 % (59)	10 % (17)	13 % (22)	7 % (11)	12 % (19)	(165)

* les réponses multiples étant acceptées le total est supérieur à 100 %.

Pourquoi se prostitue-t-on ?

On se prostitue d'abord (93 %) pour assurer sa subsistance. En deuxième lieu (17 %) ces femmes, notamment celles d'Europe de l'Est, se prostituent aussi pour aider leur famille. Une d'entre elles précise que l'argent d'une semaine est pour elle, « l'hôtel, manger, les bas, les kleenex... » ; l'argent de la semaine suivante pour envoyer à la famille et celui de la troisième pour mettre de côté et ainsi de suite. Pour d'autres ou pour les mêmes⁵² (7 %) cet argent permet d'arrondir les fins de mois – il s'agit de douze femmes dont huit touchent un autre revenu, salaire ou allocation. Celles qui se prostituent pour leur plaisir (2) ou pour rencontrer des gens (3) représentent une infime minorité, comme celles qui se prostituent pour d'autres raisons : leurs enfants (3), payer des dettes (3)⁵³, le « caillou » (2)⁵⁴.

⁵¹ Cette question admet des réponses multiples.

⁵² Cette question admet des réponses multiples.

⁵³ Des dettes tout court (2) ou la dette fiscale après un redressement (1).

⁵⁴ Il semble que, pour les usagers de drogues, le produit fasse partie de leur subsistance.

Prostituée ou travailleuse sexuelle ?

La plupart de ces femmes ne revendiquent que le droit de travailler... puisque la prostitution a toujours existé et qu'elles ne font mal à personne ; très peu nombreuses (10 %) sont donc celles qui se considèrent comme des travailleurs sexuels et qui revendiquent un statut parce qu'elles travaillent, ne sont pas des « parasites » et contribuent en payant des impôts, « comme tout le monde ». Un gros tiers (37 %) accepte avec une certaine résignation le nom qu'on leur donne, celui de prostituées. Elles sont quasiment aussi nombreuses (32 %) à dire qu'elles ne sont pas des prostituées. D'ailleurs cette question est celle où le taux de non-réponses est le plus élevé – 16 % des femmes ne répondent pas, probablement parce qu'elles ne savent pas comment nommer leur activité ou parce qu'elles ne la nomment pas quand elles ne sont pas sur le trottoir.

12. Autodéfinition selon la situation socioprofessionnelle déclarée :

	Professionnelles du sexe	Travailleuses sexuelles	Péripatéticiennes	Prostituées	Putes	Non prostituée	Autres	TOTAL
Actifs	20 % (1)	- (0)	- (0)	60 % (3)	- (0)	- (0)	20 % (1)	100 % (5)
Sans emploi	- (0)	3 % (1)	3 % (1)	5 % (2)	- (0)	84 % (33)	5 % (2)	100 % (39)
Etudiants	- (0)	- (0)	- (0)	33 % (1)	- (0)	67 % (2)	- (0)	100 % (3)
Prostituées	10 % (11)	13 % (14)	10 % (10)	47 % (49)	3 % (3)	14 % (15)	3 % (3)	100 % (105)
TOTAL	8 % (12)	10 % (15)	7 % (11)	36 % (55)	2 % (3)	33 % (50)	4 % (6)	100 % (152)

Le nom de professionnelles du sexe ne comporte pas de revendication consciemment formulée, celles qui se sont définies ainsi le font par rapport à leur expérience ou parce que ça sonne bien. Dans la rubrique « autres » on trouve deux usagères de drogues qui se disent « occasionnelles » – un nom qu'on leur a donné dans les années quatre-vingt-dix par opposition aux « traditionnelles » –, une « cocotte », une « fille de joie », « madame bonheur » et une « clocharde en mieux habillée » – autant dire qu'elle n'est pas une prostituée.

L'avenir

À la question de savoir comment envisagent-elles leur avenir, à peu près la moitié de ces femmes hésitent entre un « je ne sais pas », un « je n'ai pas de projet » et un vague désir d'arrêter qui se traduit dans l'espoir d'avoir de papiers et pouvoir faire autre chose, un travail « normal », notamment pour les jeunes femmes africaines, quelques maghrébines et quelques femmes des Balkans et des pays de l'ancienne Union soviétique. Cependant la plupart des femmes d'Europe de l'Est se trouvent parmi les plus optimistes, celles qui ont un projet très concret et qui se sont fixées un temps pour faire de l'argent et le réaliser : « travailler six mois pour s'acheter une maison ou une boutique » ou « travailler le temps de finir mon école et

quitter la rue » ; elles ne sont pas nombreuses dans l'ensemble, une sur six, elles sont plus nombreuses parmi les plus jeunes, celles de trente-cinq ans ou moins⁵⁵, pas encore désabusées.

Il y a aussi celles qui comptent continuer à se prostituer⁵⁶ ; pour elles, c'est leur métier et ne voient pas pourquoi elles iraient se faire exploiter « pour six mille francs par mois » ; elles représentent aussi à peu près une femme sur six, mais leur proportion augmente avec l'âge. La moitié de femmes de plus de quarante-cinq ans envisage de continuer à travailler jusqu'à pouvoir prendre leur retraite, une d'elles envisage de ralentir un peu, « réduire le temps de travail ». Chez les femmes de trente-cinq ans ou moins, elles ne représentent qu'une sur vingt-quatre : deux de ces femmes considèrent qu'elles n'ont aucun avenir, que leur vie est gâchée – l'une d'elles espère, en se prostituant, pouvoir au moins offrir à ses frères et sœurs un avenir meilleur ; les autres deux tiennent à peu près le même discours que leurs aînées.

Et il y a les rêveuses irréductibles, celles qui attendent le prince charmant, l'homme argenté qui les sortira de la rue et celles qui font des projets à long terme qui ressemblent plus à des rêves qu'à de véritables projets : subventionner des études longues, se marier et faire des enfants pour les plus jeunes et, pour les plus âgées, mettre les enfants à l'abri du besoin, quitter la ville où elles se prostituent et oublier le passé. En fait, elles sont aussi nombreuses chez les jeunes que chez les moins jeunes. Elles représentent approximativement une femme sur sept. Ce qui change est le rêve : après quarante-cinq ans, elles attendent avec un peu moins d'empressement le « prince charmant plein de ronds » ; l'espoir est alors plutôt de gagner le loto ou de partir dans des pays exotiques.

⁵⁵ Une sur quatre chez les moins de vingt-cinq ans et une sur cinq chez les femmes de vingt-six à trente-cinq ans.

⁵⁶ Les femmes interrogées après le mois de septembre 2002, lorsque l'Assemblée Nationale débattait sur le projet de loi de sécurité intérieure, ont parfois dit que leur projet était « dans les mains de Sarkozy ».

L'USAGE DE PSYCHOTROPES

a. L'usage de drogues licites et de cannabis

L'alcool

Moins de la moitié (42 %) des femmes interrogées déclare avoir consommé de l'alcool pendant le mois précédant la passation du questionnaire ; elles le font surtout pour la convivialité ou le plaisir et lors de sorties ou de repas. Elles en consommaient avant de se prostituer et/ou ne voient pas de lien entre cette consommation et leur pratique ; seulement quatre de ces femmes disent en consommer pour se prostituer et huit pour se donner du courage.

Celles qui en consomment sont surtout les femmes d'Europe de l'Ouest : un peu plus de la moitié (56 %) boit mais plutôt modérément. Celles qui ne consomment pas sont les jeunes femmes d'Europe de l'Est : elles sont très majoritaires (70 %) à ne pas boire. Il s'agit surtout des musulmanes des Balkans. Les femmes venant de l'ancienne Union soviétique ne se refusent pas un verre pour se donner du courage, se réchauffer ou tout simplement pour partager un moment avec des amis ; mais cette consommation n'est pas quotidienne. Le pourcentage de personnes qui boivent de l'alcool augmente avec l'âge : 30 % des femmes de 25 ans ou moins en ont consommé le mois précédant la passation du questionnaire, 38 % de celles de 26 à 35 ans, 44 % de celles de 36 à 45 ans et 70 % de celles de plus de 45 ans.

Très peu de cas d'alcoolisme ou de consommation excessive ont été décelés. Seulement quatre de ces femmes se considèrent dépendantes de l'alcool dont une est en traitement et ne boit plus et l'autre – une femme dépendante des opiacées et fumeuse de crack – envisage de le faire. Les deux autres sont des jeunes femmes contactées dans le Nord-Pas-de-Calais, qui boivent et associent cette consommation, l'une à des médicaments psychotropes et l'autre à du cannabis. Deux cas de consommation excessive ont été aussi détectés parmi celles qui ne se considèrent pas comme alcooliques, toutes les deux sont dépendantes des opiacés. On peut évoquer un septième cas, une jeune femme qui boit quotidiennement de la bière, du vin ou des alcools forts le soir en rentrant « pour danser » ; elle prend aussi des antidépresseurs. En fait, toutes ces femmes boivent surtout de la bière ou des alcools forts. Si l'on exclut les usagères dépendantes d'opiacés, seulement quatre femmes ont une consommation d'alcool difficile à maîtriser⁵⁷.

En ce qui concerne le vin, le champagne ou les apéritifs, aucun usage excessif n'a été déclaré, très peu de consommations quotidiennes pour le vin – deux si nous excluons une usagère de drogues dépendante. Ceci induit plutôt à penser que cette consommation a été sous-déclarée mais l'on ne peut pas parler pour autant de consommations d'alcool abusives ou induisant une

⁵⁷ Ce qui ferait un pourcentage de femmes présentant des signes de dépendance à l'alcool de 2,7 %. La proportion de femmes présentant de signes de dépendance et d'usage problématique en population générale est de 4,1 % selon les données du Baromètre Santé 2000 exploitées par l'OFDT. Cependant ces indicateurs sont difficilement comparables vu que dans cette enquête on s'est contenté des quantités consommées au cours du dernier mois et de l'évaluation de la dépendance par les personnes interrogées elles-mêmes tandis que le test DETA du Baromètre Santé est plus complexe. Les tranches d'âge ne sont pas non plus représentées dans la même proportion qu'en population générale. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 78.

dépendance, sauf les sept cas décrits et celui d'une femme qui dit ne plus être dépendante mais qui boit un à trois verres de bière par jour parce que ça lui fait plaisir et aussi pour avoir le courage de se prostituer et apaiser son anxiété.

Cette jeune africaine dénonce « les légionnaires qui la faisaient boire ». Elle a trente trois ans, a été violée par son oncle à onze ans et « vendue par sa famille à une maison close commandée par la Légion Etrangère » « on travaillait de dix heures du matin à dix heures du soir » « on n'avait pas la protection, elle veut dire les capotes » « elle a eu la syphilis et l'hépatite B et a été soignée » « elle a continué à travailler pour les légionnaires en France » « celui qui l'a fait entrer ici, il a acheté un faux papier pour elle et elle a continué à travailler pour lui » « dans le quartier de la Légion à Aubagne » « bon ! l'alcool, ça a commencé à l'âge de treize ans » « ça a commencé par dire 'tiens ! tu goûtes ?' et quand tu disais 'non' on te disait 'si ! tu vas boire' et il faut obéir, voilà ! Au début la tête lui tournait et tout et après ça a commencé à devenir une drogue trop dure ». Ce n'est qu'à trente ans « qu'elle se rend compte qu'elle ne peut pas vivre sans alcool parce qu'elle tremble des mains le matin, qu'elle n'était pas bien, qu'elle était en crise de nerfs »⁵⁸. Il s'agit du seul cas décelé où un produit psychoactif a été utilisé pour exploiter une femme.

Le tabac

Les femmes qui ont fumé du tabac les trente jours précédant la passation du questionnaire sont par contre majoritaires (64 %)⁵⁹ ; les fumeuses ne sont minoritaires (13 %) que dans le groupe de femmes venues d'Afrique. Trois-quarts de celles qui fument (76 %) se considèrent dépendantes du tabac et le pourcentage de celles qui ont déclaré avoir fumé plus de vingt cigarettes par jour le mois précédant la passation du questionnaire n'est pas négligeable (40 %).

Le cannabis

Les fumeuses de cannabis sont minoritaires (16 %). En fait il s'agit du pourcentage de femmes qui ont consommé du cannabis les trente derniers jours avant la passation du questionnaire ; beaucoup de ces femmes ont dit avoir fumé quelques joints au cours de leur vie mais il ne s'agit que d'une consommation occasionnelle ou un « pêché » de jeunesse. Aucune femme d'Europe de l'Est n'en a consommé et une seule a dit avoir juste goûté : un jeune du quartier⁶⁰ lui en a proposé. Seulement deux des Africaines ont fumé du cannabis au cours du mois précédant la passation du questionnaire. Celles qui sont nettement majoritaires (73 %) sont les femmes dépendantes d'opiacés. Ceci veut dire que si l'on exclut les usagers de drogues dépendantes, les femmes qui ont fumé du cannabis dans le mois qui a précédé la passation du questionnaire ne sont que dix (7 %)⁶¹, dont trois l'ont fait tous les jours, deux

⁵⁸ On a juste remplacé les pronoms et les conjugaisons correspondantes d'un entretien enregistré.

⁵⁹ C'est-à-dire le double qu'en population générale (30,3 % des femmes) selon le Baromètre Santé 2000. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 230.

⁶⁰ Dans les boulevards des maréchaux, les jeunes qui habitent les cités voisines sont pour certains les amis et pour d'autres les bourreaux de ces jeunes femmes : elles ont des propos hostiles envers eux, c'est eux qui volent, mais en même temps on les voit souvent discuter et rire avec eux, leur demander une cigarette ou leur donner.

⁶¹ Bien que difficilement comparable aux indicateurs du Baromètre Santé 2000 exploités par l'OFDT selon lequel, en population générale, 3,6 % des individus de 18-75 ans ont fait un usage répété de cannabis (au moins dix fois dans l'année) et 1,4 % un usage régulier (dix fois par mois et plus), ce pourcentage est nettement supérieur, notamment si l'on tient compte du fait que les femmes en consomment moins que les hommes. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 98.

toutes les semaines et cinq une ou plusieurs fois dans le mois. Une seule de ces femmes se considère dépendante du cannabis, une deuxième hésite... « oui et non ». Pour les usagères d'opiacés, une seule dit être dépendante aussi du cannabis.

Les médicaments psychotropes

Quasiment un tiers (31 %) de ces femmes a pris des médicaments psychoactifs au cours de leur vie ; 20 % en ont consommé au cours des trente derniers jours qui ont précédé la passation du questionnaire. Si l'on exclut les usagères dépendantes d'opiacés qui ont tendance à en consommer en association avec des produits illicites ou pour pallier les symptômes du syndrome de sevrage, ces pourcentages baissent : 25 % pour les usages passés ou occasionnels et 16 % pour les consommations actuelles⁶².

Pour les femmes qui en ont consommé au cours de leur vie, ces usages peuvent être faibles et irréguliers : une boîte de Lexomil® consommé comme somnifère en trois ans ou plus par exemple, une prescription lors d'une dépression nerveuse. Selon elles, les antidépresseurs seraient les plus consommés : vingt-six disent en avoir pris au cours de leur vie. Cependant, il faut signaler que pour une de ces femmes, le Lexomil® en est antidépresseur. La consommation d'antidépresseur est suivie de près par celle des somnifères (25) et des anxiolytiques (21).

En ce qui concerne les marques, ou bien elles les connaissent peu ou pas du tout⁶³ ou bien elles ont négligé de répondre complètement à cette question. Le Lexomil®, qui est en fait un anxiolytique, a été cité neuf fois, suivi par deux autres benzodiazépines, à effet plus puissant et rapide, le Rohypnol® et le Tranxène®, qui ont été cités exclusivement par les usagères dépendantes d'opiacés quatre et trois fois respectivement. Le Xanax®, encore une benzodiazépine consommée par les usagères de drogues, a été aussi cité trois fois, comme le Stilnox®, substance apparentée aux benzodiazépines mais cité plutôt par les non-usagères. Le Lysanxia® a été cité deux fois par des non-usagères comme l'Imovane®, une autre substance apparentée, et l'Atarax®, citées deux fois mais par des usagères de drogues dépendantes. L'Urbanil® et le Valium® n'ont été cités qu'une fois par des usagères dépendantes d'opiacés. Le Stresam®, un autre anxiolytique, a été cité une fois par une non-usagère. L'antidépresseur le plus cité est le Prozac (trois fois), les autres n'étant cités qu'une fois : Deroxat® et Zoloft®. Un neuroleptique a été aussi cité, le Xypraxane®.

Lorsqu'il s'agit de consommations actuelles chez les sujets non dépendants d'opiacés, la plupart de ces médicaments sont pris tous les jours selon prescription médicale, sauf pour les somnifères qui peuvent être pris lorsqu'on éprouve le besoin. Le pourcentage de femmes qui en consomment augmente avec l'âge : seulement deux femmes (4 %) de moins de vingt-six ans – elles viennent des pays de l'ancienne Union soviétique, quatre femmes (7 %) de vingt-six à trente-cinq ans, sept (26 %) de trente-six à quarante-cinq ans et onze (37 %) de plus de quarante-cinq ans. La moyenne d'âge lors de la première prise est de trente-trois ans. Elles les prennent à la maison avant et/ou après le travail, pour calmer leur anxiété et ne voient pas de

⁶² Encore une fois les indicateurs du Baromètre Santé 2000 sont difficilement comparables, toutefois le pourcentage de femmes ayant fait un usage récent (dans l'année) en population générale adulte (18-75) est de 25,3 %. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p. 198.

⁶³ Conjecture la plus probable chez les personnes non dépendantes d'opiacés, certaines femmes ont ouvert leur sac et sorti une plaquette ou une boîte pour lire le nom du médicament.

lien entre cette consommation et la pratique de la prostitution. Cependant, deux femmes ont dit qu'elles ont commencé à les prendre par crainte d'une agression ou à sa suite.

b. L'usage des autres produits illicites

Les stimulants

La cocaïne

Trente personnes qui ont répondu au questionnaire déclarent avoir consommé de la cocaïne ou du crack au cours de leur vie. À Marseille, six femmes ont déclaré avoir pris de la cocaïne au cours de leur vie – dont une Espagnole qui l'a consommé aussi sous sa forme base⁶⁴ et une Portugaise qui a également consommé d'autres stimulants et du LSD. À Paris, elles sont deux à en avoir consommé, dont une Roumaine qui a pris aussi d'autres stimulants et hallucinogènes lorsqu'elle s'est prostituée dans des bars à Bucarest et en Hongrie. À Lille, une femme belge déclare qu'elle a consommé quelques fois de la cocaïne et de l'héroïne ainsi que d'autres stimulants. Le dixième est un cas suspect : une jeune femme rencontrée à Paris, porte de Vincennes ; elle se dit « toxico », consommatrice de crack ; lors de l'entretien, elle s'est présentée comme une jeune femme qui a passé des longues années enfermée et qui rêve de liberté⁶⁵, difficile à savoir si elle a vraiment consommé des drogues : elle a des mains trop nettes pour une fumeuse de crack. Les autres vingt femmes consomment ou ont consommé en association avec les opiacés. La consommation de crack est nulle pour les non-usagères d'opiacés.

Les usagères d'opiacés dépendantes⁶⁶ sont les seules à déclarer une consommation actuelle de cocaïne ou de crack : une sniffe tous les jours ; deux s'injectent le chlorhydrate, une ou plusieurs fois par mois, et fument la cocaïne base tous les jours ; quatre fument de la cocaïne base tous les jours ; trois le font une ou plusieurs fois par semaine ; une fume quelques fois dans le mois et une Lilloise prétend injecter la cocaïne base tous les jours. Lors des entretiens semi-directifs, pendant lesquels elles peuvent s'exprimer librement, ces personnes évoquent le plaisir perdu par l'accoutumance aux opiacés et récupéré dans l'injection de cocaïne ou dans le « flash » du crack, plus puissant encore. Dans le temps, la première prise de cocaïne et de crack se place quasiment toujours après la consommation d'opiacés. Elle peut se situer aussi bien avant qu'après la prostitution : lorsqu'elle se situe avant, notamment pour le crack, c'est elle qui agit en tant qu'élément déclenchant cette pratique. Mais les cas de femmes qui ont commencé à se prostituer pour payer l'héroïne et qui, dans les lieux de prostitution, ont connu le crack ne font pas exception. Dans ce cas, la consommation de crack accélère les cadences sans imposer pour autant une continuité comme celle imposée par l'héroïne : on peut se « défoncer au caillou » deux ou trois jours de suite et rester au chaud, méthadone ou

⁶⁴ Elle a consommé aussi de l'opium mais les données recueillies dans le questionnaire ne nous permettent pas de savoir si elle en a été dépendante.

⁶⁵ Elle revendique des identités révélatrices de ce désir : tsigane et « toxico » – on ne doit pas oublier que si la drogue rend dépendant elle fut aussi symbole de contestation et de liberté.

⁶⁶ C'est-à-dire que l'on exclu de la catégorie usagères dépendantes d'opiacés les deux femmes, l'Espagnole et la Belge, qui ont consommé l'une de l'opium et l'autre de l'héroïne : on ne dispose en effet d'aucun élément pour affirmer qu'elles ont été dépendantes car aucune des deux n'a déclaré de consommation actuelle ou passée de produits de substitution. La jeune belge précise sur le questionnaire qu'elle a consommé une fois de l'héroïne (fumé), trois fois de la cocaïne, trois fois des amphétamines, trois fois de l'ecstasy et une fois un somnifère.

buprénorphine aidant, le reste du mois. Le besoin quotidien d'héroïne amenait ces femmes sur le trottoir tous les jours pour ne pas être « malades »⁶⁷. Elles restaient ensuite toute la nuit pour fumer du crack. Cette dynamique est rompue par l'accessibilité des produits de substitution.

Les amphétamines et l'ecstasy

En ce qui concerne les autres stimulants, cinq personnes seulement ont consommé des amphétamines ; le nombre de personnes ayant consommé de l'ecstasy au cours de leur vie est également de cinq. Ces personnes ont toutes consommé de la cocaïne.

La consommation de stimulants dans les trente jours précédents la passation du questionnaire est nulle chez les femmes non dépendantes des opiacés. Cependant, certains témoignages indiqueraient que ces produits, notamment la cocaïne, ne sont pas absents dans les lieux traditionnels de prostitution. Lors de la passation du questionnaire à Paris intra-muros, une de ces femmes a dit qu'elle n'avait jamais consommé de la cocaïne ni aucune drogue. Mais une fois la passation finie, elle a avoué qu'elle avait consommé de la cocaïne, ce que nous avons consigné sur le questionnaire. Une autre femme a parlé d'un client qui a sniffé une poudre blanche avant la passe et lui a proposé de partager. Cette femme, qui dit ne pas avoir accepté l'invitation, a appris par ses voisines qu'il s'agissait d'une drogue. Cependant, si l'usage de ces produits a été vraisemblablement sous-déclaré, ces usages dissimulés peuvent n'être qu'occasionnels.

Parmi les femmes qui ont déclaré une consommation passée de cocaïne deux, qui se prostituent l'une rue Curiol et l'autre dans le quartier de l'Opéra, à Marseille, ont parlé un peu plus longuement, même avec beaucoup de réticence, d'usages de cocaïne plus qu'occasionnels. Une de ces femmes en a consommé par voie nasale pendant cinq ou six ans avec des pics de consommation où elle dit avoir pris entre sept et dix grammes par jour⁶⁸. Elle aussi a été invitée la première fois par un client mais elle a accepté. D'ailleurs la consommation de cocaïne, n'entraînant pas une dépendance physique, peut rester discrète plus longtemps que celle d'héroïne, en apportant, comme celle-ci, une sensation de bien-être qui rend plus supportable l'attente, le froid et le client :

« ça éveille les sens, ça t'empêche de dormir, ça te tient sous tension, tu travailles, quand tu as froid c'est impec ! »

Des neuf femmes non dépendantes des opiacés ayant déclaré une consommation passée de cocaïne, sept ont consommé aussi des médicaments psychotropes dont trois déclarent une consommation actuelle, une d'entre elles a dit qu'elle avait consommé de la cocaïne pendant trois ans et qu'elle a commencé à prendre des somnifères pour arrêter cette pratique.

Le crack bien que pouvant être une motivation pour se prostituer n'aide pas en général dans les rapports avec les autres⁶⁹ :

⁶⁷ C'est-à-dire pour éviter les symptômes du syndrome de sevrage.

⁶⁸ Si nous considérons que le meilleur prix de la cocaïne serait d'environ 100 euros, ceci fait une consommation quotidienne coûtant 500 à 700 euros.

⁶⁹ L'effet d'une ligne de cocaïne se maintient approximativement une demi-heure, elle ne provoque pas une montée puissante, la descente est aussi plus douce et se traduit par une sensation de mal être proche des symptômes dépressifs, et ceci dépend encore des quantités consommées et des fréquences. Par contre la cocaïne

« Ça ne m'aide pas à travailler, le caillou, au contraire. Quand je prends un caillou, c'est là que je ne supporte plus qu'un client vienne me voir, c'est pour ça que je suis toujours obligée de faire un Skenan® après »

Les effets de la cocaïne injectée sont plus proches de ceux du crack⁷⁰ que de ceux de la cocaïne prise par voie nasale, même si le « flash » est moins puissant et l'effet un peu plus prolongé – dix à quinze minutes.

Les hallucinogènes et les produits à inhaler

Très peu de ces femmes ont consommé du LSD et des poppers. Le LSD a été consommé par quatre femmes dont deux dépendantes des opiacés et deux qui ont consommé aussi des stimulants. Les poppers ont été consommés par huit femmes, aussi dépendantes aux opiacés. Aucune de ces femmes ne déclare une consommation actuelle de ces produits, même si les clients proposent parfois de partager un poppers – elles n'apprécient guère parce que ce vasodilatateur prolonge l'érection.

En ce qui concerne les produits à inhaler, seulement trois personnes en ont fait usage au cours de leur vie mais non pendant le mois précédant la passation du questionnaire ; toutes les trois sont dépendantes aux opiacés.

Les opiacés

Vingt-trois femmes interrogées ont consommé de l'héroïne au cours de leur vie, une seule d'entre elles ne l'a consommé qu'occasionnellement : onze à Lille (52 %) et douze à Paris (12 %). Elles sont plus jeunes à Lille, où la moyenne d'âge est de vingt-six ans et demi, qu'à Paris, où elle est de trente-deux ans et demi. Nous avons trouvé une seule usagère d'opiacés à Marseille qui a tenté de dissimuler sa consommation (cf. infra p. 27) : l'importance de la population enquêtée dans la rue Curiol ou près de l'Opéra (29) où, comme à Paris, on ne trouve aucune usagère d'héroïne, suggère qu'il était peu probable d'en trouver plus de deux ou trois⁷¹.

Seulement neuf de ces femmes ont consommé de l'héroïne pendant les trente jours précédant la passation du questionnaire : cinq l'ont fait quotidiennement, quatre autres ont alterné avec un produit de substitution – trois déclarent une consommation hebdomadaire et une dit ne la consommer qu'une ou deux fois par mois. Le produit de substitution le plus consommé est la méthadone (cinq ont consommé tous les jours, deux, une a plusieurs fois par semaine, et trois,

fumée est absorbée à travers la membrane des alvéoles pulmonaires, ceci fait une surface peut-être mille fois supérieure à celle qui offre la voie nasale et permet à la drogue d'atteindre le cerveau en six, sept secondes, ce qui provoque une montée très puissante, le « flash », et une descente aussi puissante qui rend les consommateurs paranoïaques et parfois violents. Voir : Roques, B., *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, Rapport au Secrétariat d'état à la santé, mai 1998, p. 84.

⁷⁰ Ceci lorsqu'elle est consommée en grosse quantité sans y être associée à un opiacé.

⁷¹ Il ne nous semble pas qu'il y ait eu un effet enquêteur spécifique à Marseille, ou s'il existe il aurait dû jouer de la même façon à Paris.

une ou plusieurs fois par mois), suivi par la buprénorphine (cinq personnes consomment quotidiennement) et par le sulfate de morphine (trois femmes en consomment quotidiennement et une alterne avec la méthadone). Quatre personnes seulement maintiennent la pratique de l'injection, une consommatrice d'héroïne et trois consommatrices de sulfate de morphine. Le sulfate de morphine n'est consommé qu'à Paris et les entretiens montrent qu'il n'est pas vraiment perçu comme un produit de substitution dans le sens thérapeutique du terme mais comme un produit qui « défonce » et remplace une héroïne de rue de mauvaise qualité – le maintien de la pratique de l'injection confirme cette hypothèse ainsi que le mode d'acquisition, car le Skenan® est acheté dans les lieux de revente de rue plutôt que prescrit. En ce qui concerne le Subutex®, elles déclarent le mettre sous la langue, une seule dit le piler et le sniffer. Trois femmes ayant déclaré une consommation passée d'héroïne et d'opiacés de substitution ne déclarent qu'une consommation actuelle de benzodiazépines (Rohypnol®, Tranxène® et Valium®), dont une associée à l'alcool⁷².

Comme on l'a dit plus haut, les douze personnes qui ont consommé de la cocaïne ou du crack les trente jours précédant la passation du questionnaire sont dans ce groupe. Seulement deux de ces femmes disent n'avoir pas consommé de la cocaïne (chlorhydrate ou base) au cours de leur vie.

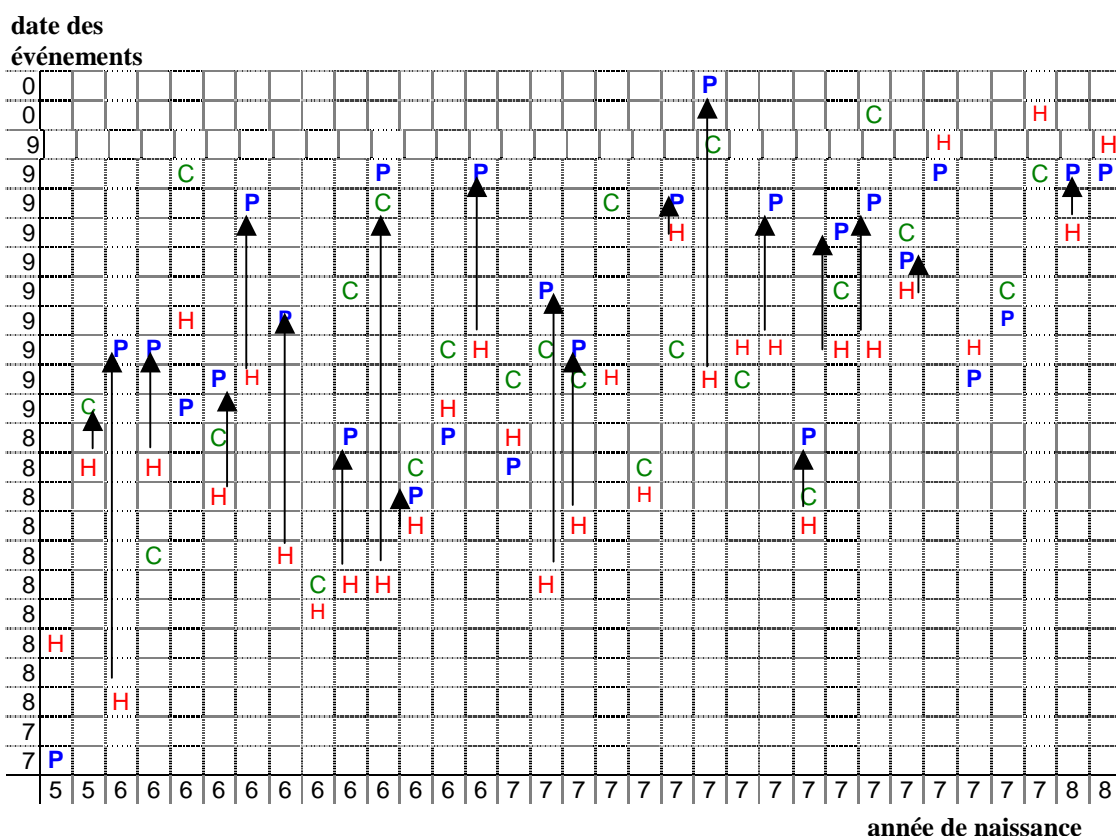
En ce qui concerne les questions touchant au lien entre l'usage d'opiacés et la prostitution, les réponses consignées dans le questionnaire nous donnent peu d'éléments, mais ceux-ci sont confirmés par les entretiens qualitatifs. Seulement une des femmes a dit, lors de la passation du questionnaire, avoir connu l'héroïne dans le milieu de la prostitution. Une autre femme, dans un entretien, raconte que la première fois qu'elle a pris de l'héroïne c'était sur le trottoir avec une jeune femme qui se prostituait, comme elle, dans une des portes de Paris – cependant cette femme, après cette première prise continue à en consommer en boîte, dans un autre milieu, mais toujours avec des relations très récentes. Sinon les entretiens confirment que l'usage d'héroïne précède la pratique de la prostitution et quelquefois des longues années se passent avant que ces femmes y recourent, des peines de prison longues sont nécessaires avant qu'elles ne se décident à se mettre sur le trottoir. Cela ne veut pas dire qu'une dynamique où les deux pratiques s'enchaînent dès le début soit une exception. Alors elles ne savent pas établir des liens de causalité : « tout est venu ensemble ». L'exception est le cas déjà évoqué de la femme qui se prostitue et qui connaît l'héroïne par un client ou dans ce milieu. Pour les femmes qui se sont prostituées avant de consommer, la prostitution les a ensuite entraînées probablement à la dépendance parce que ce n'est pas par hasard que la diacétylmorphine s'appelle héroïne : « je trouvais que ça m'allait, puis je ne sais pas, je me trouvais encore plus forte, voilà ! Pour moi ça veut dire que je suis capable de tout, que je suis la plus forte : 'j'ai pris de l'héro, maintenant je suis la championne... de la rue' ». Ainsi une des femmes qui a commencé à se prostituer avant d'en prendre dit que quand « Madame Claude » est « tombée » et que réseau a été démantelé, il lui a fallu un temps pour se faire une place dans la rue. Elle a été battue et chassée par les anciennes et comme elle était toute seule elle sentait que l'héroïne, dont elle avait partagé quelques lignes avec des amis, « quelque part la protégeait ». Elle se sentait plus ferme et avait moins peur. L'héroïne, comme la cocaïne,

⁷² Elles ont été incluses dans la catégorie d'usagers d'opiacés dépendants même si la dépendance aux opiacés a été remplacée, comme il serait vraisemblable de croire vu les produits consommés, par une dépendance aux benzodiazépines.

ou mieux encore, aide à supporter le froid, la fatigue et même les violences. Mais associée à la seringue et à la maladie, notamment depuis les années quatre-vingt-dix, elle est bien plus mal perçue que la cocaïne. Il semble d'ailleurs difficile de cacher longtemps cette consommation dans un milieu aussi vulnérable.

Aussi, parmi les vingt-deux questionnaires complétés par des femmes dépendantes aux opiacés, une petite partie déclare avoir connu l'héroïne dans le milieu de la prostitution ; pour le plus grand nombre cette consommation précède la pratique de la prostitution. La moyenne d'âge lors des premières prises d'héroïne est d'un peu plus de dix-neuf ans ; l'âge moyen du début de la pratique de la prostitution pour les personnes dépendantes des opiacés est de vingt-deux ans – trois ans plus tard. L'âge moyen lors de la première prise de cocaïne en poudre est pour les usagères dépendantes d'opiacés de vingt ans et lors de la première prise de crack de vingt-trois ans.

En ajoutant les personnes interviewées plus longuement et qui n'ont pas répondu au questionnaire, l'on obtient le tableau suivant :



La consommation de cocaïne et de crack est fortement liée à la recherche de plaisir. La consommation d'opiacés par contre véhicule l'idée de « soins » suivie par la recherche de détente, d'apaisement. Il est vrai qu'un usager dépendant est « malade » lorsqu'il ressent les symptômes du syndrome de sevrage, mais cette idée de se soigner peut évoquer également

d'autres malaises que ceux provoqués par l'abstinence. Cinq femmes disent qu'elles en consomment aussi pour avoir le courage de se prostituer ; sans aller aussi loin, cette idée du besoin du produit pour travailler n'est pas absente des entretiens. Mais il y a parfois un flottement parce qu'en fait ces femmes se sont quasiment toutes toujours prostituées sous l'effet du produit. La question concernant le moment où les produits sont consommés ne nous apporte pas d'éléments éclairants sur les liens entre les deux pratiques.

Ces femmes dépendantes sont plus nombreuses à avoir consommé de l'alcool (57 %) et fumé du cannabis (74 %) – elles sont aussi plus nombreuses à fumer plus de vingt cigarettes par jour (57 %). Presque la moitié d'entre elles (45 %) a consommé des médicaments psychotropes durant les trente jours précédant la passation du questionnaire et, si l'on s'en tient à leurs déclarations, elles sont très majoritaires (78 %) à en avoir consommé au cours de leur vie. Cependant, il est extrêmement rare qu'un usager d'opiacés dépendant n'ait jamais pris un médicament psychoactif au cours de sa vie, lors d'une tentative de sevrage par exemple. Mais cette pratique est minimisée plutôt que cachée par ceux qui n'en prennent que lorsqu'ils ne peuvent pas faire autrement (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas se procurer un opiacé) ou parce qu'ils vont mal ou ne peuvent pas dormir. Dans les entretiens, par exemple, ces consommations n'ont pas été évoquées spontanément, ou peu :

« - As-tu pris des médicaments ?

- Oui, Rohypnol®, Rivotril®... je ne sais pas.

- Et tu les prenais pourquoi ? pour te soigner ? parce que ça te plaisait ?

- Ce n'est pas parce que ça me plaisait, c'est parce que j'étais déprimée, quand j'étais déprimée. C'était par déprime tout simplement.

- Pas pour te défoncer ?

- Non, ce n'était même pas par plaisir, parce que j'étais déprimée, je n'étais pas bien et... en fin de compte, ça ne m'a jamais rapporté.

- Tu n'as jamais eu du plaisir ?

- Dans les cachés ? non »

Par contre elles apparaissent spontanément dans les discours lorsqu'il s'agit de consommations d'alcool problématiques ou quand elles ont eu lieu à l'adolescence et sont ressenties comme le point de départ. Ainsi une jeune femme dit que plutôt que fumer la cigarette elle cherchait à se « défoncer la tête » avec de l'herbe et une autre, en crise avec les modes de faire des parents :

« De zéro à treize ans on a le droit de faire ce qu'on veut. On sort, on rentre, on va dehors et tout et tout, on ne nous dit rien et après, du jour au lendemain on nous interdit de sortir... ça fait drôle, ça fait tout drôle le fait de ne pas sortir, comme ça, du jour au lendemain... qu'est-ce que j'ai fait ? je me suis enfermée dans les cachetons. Comme j'ai vu que mon père en prenait, j'ai lu le truc, le papier qu'il y a à l'intérieur et j'ai vu que ça sonnait un petit peu quoi, ça défonçait un peu, j'ai commençais à prendre un peu. Après j'ai vu qu'en fin de compte je ne faisais plus attention à ce qui se passait, je ne calculais plus, je faisais ce qu'il y avait à faire... comme un robot... et je ne faisais plus attention »

Elle n'a connu l'héroïne et la cocaïne que lorsqu'elle injectait le Temgésic® acheté aux Halles. Les consommations d'alcool par contre sont tardives et souvent associées aux produits de substitution : « une petite bière pour faire monter la méthadone » par exemple, quand l'individu n'accepte pas la sensation de régularité qui procure la méthadone lorsqu'elle est bien dosée. Cette dérive alcoolique qui n'est pas trop difficile à maîtriser dans certains cas – la connaissance d'une contamination par le virus de l'hépatite C est parfois une motivation suffisante – peut dans d'autres cas devenir chronique et remplacer la dépendance aux produits illicites.

La fragilité de leur état de santé est mieux perçue que chez les autres femmes ou bien, on peut aussi supposer qu'elles parlent plus librement. Même si pour la plupart de ces femmes les tests de dépistage des maladies transmissibles sont anciens, faits en prison ou lors d'une hospitalisation, elles sont les seules à déclarer leur sérologie positive : trois femmes ont été contaminées par le virus de l'hépatite C, une par l'hépatite C et le VIH, une par les deux virus des hépatites et une par le VIH. En ce qui concerne le mode de contamination, bien que les femmes qui ont été interrogées plus longuement hésitent, elles n'omettent pas les risques pris en partageant le matériel d'injection :

« Je suis séro, j'ai dû faire une bêtise quelque part... avec M. on a partagé ensemble et jusqu'au jour d'aujourd'hui, je suis restée sept ans avec lui, je ne sais pas s'il l'est ou pas »

« J'ai contracté le virus... je me suis fait violer, alors est-ce que c'est ce viol, est-ce que c'est la copine qui m'a prêté la seringue ? »

Elles sont peu nombreuses à dire qu'elles sont en bonne santé, seulement six d'entre elles ; dix disent être plutôt en bonne santé ; deux sont plutôt en mauvaise santé et quatre préfèrent dire qu'elles ne vont pas bien autrement : « je tourne mal », « je suis dépressive, j'entends des voix » ; « je ne me prononce pas, la dernière fois que j'ai fait mon test j'étais en prison, il y a au moins deux ans de ça » et la quatrième parle d'une déficience de la thyroïde et de son hépatite C non active « mais à part ça, tout va bien ». Une seule déclare être en mauvaise santé :

« J'ai un début de cirrhose du foie, une vésicule biliaire en moins, j'ai l'estomac en miettes, j'ai une hépatite C »

Cependant, lors des entretiens, elles passent sous silence les problèmes de santé et ne parlent de maladie que lorsqu'elles parlent de symptômes du syndrome de sevrage ou pour parler d'une hospitalisation. Elles parlent plutôt ouvertement des leurs souffrances psychiques mais refusent les soins de type psychanalytique et préfèrent la médicalisation de cette douleur, sans pour cela mettre un voile, elles sont très lucides : à la question de savoir quand et dans quelles circonstances elle avait pris de l'héroïne pour la première fois, une de ces femmes a répondu plus ou moins que cette question n'avait aucun sens si elle ne racontait pas ce qui s'était passé dans les premières années de sa vie.

Elles reconnaissent aussi plus facilement que les autres la transgression des règles de la « bonne pratique » de la prostitution : un quart d'entre elles pratique parfois ou rarement la

pénétration anale passive et déclare dans la même proportion qu'elles n'utilisent le préservatif pour la fellation que parfois ou peut-être rarement⁷³. On ne sait pas réellement si elles le font et non les autres ou si elles le reconnaissent plus facilement, soit parce qu'elles sont plus familiarisées avec le discours de la « réduction des risques » et considèrent qu'elles peuvent se permettre des écarts lorsqu'il s'agit de pratiques à faible risque de transmission des virus, soit parce qu'elles se savent stigmatisées et une fois qu'elles ont déclaré la consommation de produits illicites elles peuvent parler librement du reste : « puisque je t'ai tout dit... ». Elles sont aussi moins attachées que les autres à un lieu de rencontre : neuf sur vingt-deux n'ont pas de lieu fixe pour rencontrer leurs clients ; elles ont aussi des pratiques plus variées en ce qui concerne les lieux où elles font les passes⁷⁴ : les portes cochères, les lieux publics, leur propre voiture, les clubs échangistes...

Elles vivent plus souvent dans des logements précaires (55 %), à l'hôtel, chez des amis ; certaines déclarent même n'avoir pas de logement. Elles ont moins souvent que les autres femmes leurs enfants à charge : sur les treize femmes qui ont des enfants, cinq n'ont aucun enfant à charge et trois ont seulement une partie de leurs enfants à charge⁷⁵.

⁷³ Celles qui ne le font pas, ce n'est pas tant pour éviter le risque de transmission des maladies ou par respect de la « bonne pratique », c'est plutôt par dégoût.

⁷⁴ C'est à dire que la plupart des femmes donnent rarement plus de deux lieux de passes tandis que les femmes dépendantes d'opiacés donnent plutôt trois ou quatre.

⁷⁵ C'est-à-dire que plus d'une femme sur deux n'a pas tout ses enfants à charge ou peut-être plus car avoir ses enfants à charge veut souvent dire pour ces femmes que la DASS n'est pas intervenue pour les placer.

LES PROSTITUÉES DÉPENDANTES DES DROGUES

Les lieux de prostitution⁷⁶

La plupart de ces femmes ont commencé à se prostituer hors des lieux de prostitution, aujourd'hui connus comme étant les lieux de prostitution des usagers de drogues : dans le seizième arrondissement de Paris, à Vincennes⁷⁷ ou rue Saint-Denis – où il fallait cacher sa consommation à la « taulière », aussi dans des bars d'entraîneuses ou dans des boîtes de nuit. La dynamique imposée par la consommation des produits mais peut-être aussi et surtout par la consommation de crack, les a entraînées à changer aussi bien de lieu de prostitution que d'emploi du temps. D'ailleurs, quelques femmes non-consommatrices de crack maintiennent un rythme régulier de prostitution quotidienne. Elles travaillent pour faire une telle quantité d'argent et ensuite rentrent chez elles et n'achètent pas leur produit dans la rue⁷⁸. Les allées et venues continuelles du site de prostitution à celui de revente ont conduit la plupart à se rapprocher du lieu de revente pour chercher un peu de produit après chaque passe. Ces femmes se prostituent le plus souvent entre les portes de la Chapelle et de Clignancourt, qui est aussi un lieu de revente et de surcroît proche d'un autre site de revente. Elles se sentent ainsi harcelées par les revendeurs et si elles vont se prostituer parce qu'elles ont besoin d'argent pour autre chose et dans l'intention de ne pas fumer du crack elles se sentent tentées par les « modous »⁷⁹. Si elles vont se prostituer à Vincennes pour ne pas les rencontrer, elles les trouvent quand même. Cela est confirmé par les femmes qui se prostituent dans ce site et qui disent que des revendeurs de crack passent, bien que de façon irrégulière, et proposent aussi de l'héroïne. Elles, préfèrent, disent-elles, cacher leur consommation et n'en achètent pas. Une de ces femmes rapporte que quand elle a commencé à se prostituer dans la rue⁸⁰, sur le lieu où elle se prostitue toujours, elles étaient cinq ou six approvisionnées sur le lieu de travail par un revendeur ; les autres femmes étant parties pour des raisons variées, dont la maladie, elle reste seule usagère de drogues et dissimule sa consommation aux femmes d'Europe de l'Est.

⁷⁶ Seize entretiens sur vingt ont été réalisés à Paris et ceux réalisés dans les autres villes ne comportent pas de description du lieu de prostitution, on se limitera donc à la description des sites parisiens. D'ailleurs à Lille il n'y aurait pas, selon le témoignage des personnes qui travaillent dans les associations d'aide aux personnes prostituées, un lieu de prostitution qui ait la réputation d'être un lieu de prostitution des usagers de drogues, elles seraient un peu dispersées entre le Vieux Lille et la gare – les données du questionnaire montrent plutôt que les femmes dépendantes n'ont pas de lieu fixe pour racoler. À Marseille, même si le quartier de Réformés semble être le lieu où les femmes dépendantes se prostituent de préférence, proche aussi d'un lieu de revente, la présence de travestis et d'autres groupes de femmes plus les tensions (voir tableau 12) feraient de ce lieu un site où l'usage de drogue est dissimulé – d'où peut-être le cas de cette femme qui semble en avoir fait usage par voie intraveineuse et qui ne le déclare pas.

⁷⁷ Vincennes, proche d'un foyer où l'héroïne était vendue de la fin des années quatre-vingt au début des années quatre-vingt-dix, reste aussi un lieu de prostitution de femmes dépendantes même si actuellement elles sont très minoritaires et bien plus discrètes qu'il y a dix ans.

⁷⁸ Les usagères de drogues dépendantes rencontrées à Vincennes ne consomment pas de crack, sauf un. Celles rencontrées sur le boulevard Ney ou à Château Rouge, qui par contre en consomment, ont dit qu'ils allaient aussi se prostituer à Vincennes.

⁷⁹ Nom donné aux revendeurs de crack.

⁸⁰ Avant elle s'est prostituée à Pigalle dans des bars d'entraîneuses où elle se sentait exploitée et aussi peu protégée que dans la rue.

Les femmes dépendantes qui travaillent à Vincennes sont celles qui parlent le plus ouvertement de la présence des hommes qui surveillent les nouvelles migrantes et montrent leurs armes pour leur faire peur. Mais le lieu étant assez vaste, les conflits de territoire sont peu violents ; ils ne vont pas au-delà des altercations ou menaces. Une des femmes a insinué que les forces de police reçoivent des gratifications pour ne pas voir ce que tout le monde voit. Sur le boulevard Ney la présence de ces hommes, plus discrète, a été aussi remarquée. Elles hésitent lorsqu'elles parlent des Africaines anglophones :

« Les Africaines ? je n'ai jamais vu encore. Ils sont encore plus vicieux, ils font attention. Elles prennent le bus, que les Roumaines, ils viennent les chercher, mais les Africaines, elles rentrent toutes seules. J'ai l'impression quand même qu'il y en a une qui commande les filles, parce que dès qu'il y a une qui est assise ou des trucs comme ça, elle vient et tu vois la fille se lever et aller devant le trottoir. C'est toujours elle qui gueule ».

Le témoignage des usagères de drogues désavoue les déclarations des nouvelles migrantes selon lesquelles elles travailleraient de façon indépendante ; par contre il confirme leurs déclarations en ce qui concerne l'usage de produits illicites. Elles seraient même surprises de voir leurs pairs dépenser, aussi vite que gagné, l'argent de chaque passe.

Selon elles, les clients ne sont pas les mêmes dans tous les sites et les tarifs non plus. Le boulevard Ney, entre les portes de la Chapelle et de Clignancourt, serait le site à la plus mauvaise réputation et le moins cher ; les clients, sachant que ces femmes sont dépendantes, chercheraient à marchander. Par contre, à Vincennes on ne négocie pas, on accepte le tarif annoncé ou l'on renonce. Cependant les femmes qui se prostituent sur le boulevard Ney ont souvent des relations amicales avec ces hommes ; elles disent qu'ils leur « rendent service », peuvent leur avancer de l'argent quand elles n'ont pas envie de « bosser », parfois même les loger ; elles peuvent les appeler quand elles ont besoin de quelque chose. Quelques-uns de ces hommes viendraient aussi chercher des femmes pouvant leur acheter des drogues illicites, notamment le crack, pour ensuite les partager ; le prix de la passe augmente alors pour inclure celui du risque couru lors de la transaction. Une de ces femmes a aussi dit que le mois précédant elle avait shooté de la cocaïne en poudre, pratique pour elle peu courante, parce qu'un client lui en avait donné. À Vincennes, les produits ne circulent pas entre les prostituées et leurs clients ou bien cet usage est rarissime : aucun témoignage en ce sens n'a été consigné. Les jeunes femmes d'Europe de l'Est disent que les clients proposent parfois des produits, notamment du cannabis, mais qu'elles sont très méfiantes et n'acceptent « rien de leur part ».

Dans ces lieux les agressions sont courantes, le mobile étant le vol ou le viol. Entre les portes de la Chapelle et de Clignancourt, les scènes de violence seraient encore plus fréquentes, selon certaines femmes parce que les prostituées « arnaquent » les clients ou les volent ; ils viendraient ensuite régler leurs comptes. Cet avis n'est pas partagé par toutes. D'autres décrivent des violences gratuites ou dénoncent des malades – « ils ont une proie » – ou les voyous qui viennent les voler alors qu'elles « piquent du nez ».

Leurs vies

La plupart des femmes dépendantes cumulent les handicaps sociaux et familiaux. Celles qui ont grandi dans un environnement protégé font exception, elles disent souvent qu'elles n'ont pas eu d'enfance ou qu'elles n'ont pas vécu à l'adolescence ce que les autres jeunes vivent. Beaucoup d'entre elles, dans des milieux défavorisés, ont été battues et abusées sexuellement. D'autres ont été abandonnées à leur naissance ou ont perdu très jeunes leurs parents, elles sont allées de foyer en foyer. Elles mettent la consommation de produits en rapport avec leur vécu, pas avec la prostitution. Le produit apparaît comme une béquille, s'il n'apporte pas l'oubli – l'héroïne ne les place pas dans un état second mais plutôt dans une réalité parallèle, peut-être un peu au-dessus de la souffrance ou du mal-être. La prostitution n'est que le moyen de se payer le produit ; peu d'entre elles prennent leur première revanche en se prostituant, car en se prostituant elles ont dès très jeunes accès aux biens de consommation que les gens de leur âge et de leur milieu n'ont pas :

« Je faisais ça pour m'acheter des vêtements, pour être belle, pour être propre, pour aller travailler propre. Ce que mes collègues n'avaient pas, moi, je l'avais... c'était surtout pour la frime quoi, avoir des parfums de Chanel, Saint-Laurent, des trucs comme ça »

La dépendance s'établit très différemment dans l'histoire de ces jeunes filles et, si toutes évoquent le bien-être, leur histoire avec le produit est difficile à rendre dans des types abstraits. Elles ont connu le produit avec un amoureux ou avec des amis – plutôt en petit comité – ; elles sont devenues dépendantes en une semaine ou en quelques années ; elles ont fait des longues coupures, se sont soumises à de courtes périodes d'abstinence forcée ou n'ont jamais arrêté ; elles ont revendu, volé, arnaqué ou se sont tout de suite prostituées. Le plus souvent elles ont été amenées sur le lieu de prostitution par une « amie », plutôt une connaissance. Une seule a été abordée par un homme dans la rue :

« À cause d'un mec, parce qu'il m'a donné vingt mille francs... vingt mille francs juste pour me caresser et je me suis dit 'putain ! putain ! si on peut gagner tout ça !' C'est comme ça que ça a commencé en fait, c'est... Je ne peux même pas l'expliquer, c'est venu comme ça. Je sortais de chez moi je marchais jusqu'à la porte Dauphine. C'est comme ça que c'est venu, c'est venu bêtement en fait »

La prostitution est pour certaines toujours une souillure ; elles ne se prostituent qu'occasionnellement, quand elles ne peuvent pas faire autrement. Pour d'autres, elle a été leur planche de salut : I. n'a connu son père qu'à trente-cinq ans, « après maintes et maintes recherches ». Sa mère s'est remariée lorsqu'elle avait six ans avec un « chauffeur de taxi à son compte, belle maison, qui travaillait, qui rentrait chez lui, monsieur pas inquiétant quoi ! ». Il a commencé à abuser sexuellement d'elle quand elle avait dix ans. Elle quitte le collège en cinquième, pour une formation, parce qu'elle « avait autre chose dans la tête » et aussi parce que « quand on te dit depuis que tu es toute petite que tu es bête, que tu es nulle, des trucs comme ça, tu ne vas pas bien loin parce que tu te forges là-dessus ». A seize ans, elle quitte l'école et commence à travailler comme vendeuse parce qu'il fallait qu'elle « gagne de l'argent pour se sauver », mais ce n'était qu'un remplacement et elle avait déjà rencontré « des gens qu'il ne fallait pas », qui lui proposent de partir à Nice avec eux. C'est à Nice que les cambriolages commencent et qu'elle goûte à l'héroïne avec des gens qu'elle ne connaissait

pas du tout, qu'elle avait rencontré dans la terrasse d'un café lorsqu'elle était un peu perdue « parce qu'elle n'avait pas ses parentes, elle n'avait rien ». Elle consomme tous les jours sans payer et sans vraiment s'accrocher ; elle ressent les douleurs mais sans plus. Ce n'est que lorsqu'elle retourne « chez ses parents », après un arrêt de quelques mois, qu'elle commence à acheter l'héroïne à l'îlot Chalon avec son ami Louis. Elle travaille et elle a de l'argent. Elle rencontre des jeunes « anti-héro », espace les prises et arrête complètement l'héroïne pour s'installer chez l'un d'eux jusqu'au jour où Louis vient lui rendre visite et, comme « il avait quelque chose », elle en reprend et puis « c'est reparti pour un tour ». Les arrêts et les reprises se succèdent au gré de ses amours : « quand elle est bien avec quelqu'un, elle lâche le produit, dès qu'elle est moins bien avec la personne, elle reprend le produit ; c'est comme son nounours ». La répression aide puisqu'elle a moins de chance à Marmottan : elle fait quatre peines de prison et cumule « huit ans et quatre mois de sursis » en revendant, volant et escroquant. Finalement, plus de dix ans après la première prise à Nice avec ces inconnus, elle se retrouve dans une des portes de Paris. Elle a accompagné une amie à qui elle revendait un peu de « came » et elle a fait sa première passe, « après ce qu'il s'est passé avec son beau-père, que ce soit avec des clients... ». Elle pense d'ailleurs que « si elle n'avait pas fait ce boulot-là, elle ne sait pas où elle serait ». Elle sait par contre que sans la prostitution « elle ne se serait pas sortie, soit elle aurait fait des années, des années de prison, soit elle se serait fait une overdose ».

Cela ne veut pas dire que ce « boulot » soit facile, même les plus solides, celles qui ne prennent pas de produits psychoactifs, qui l'acceptent comme un métier et qui revendiquent leur droit de le faire, disent qu'il s'agit d'un travail psychologiquement éprouvant mais, pour ces femmes plus fragiles, il y a en même temps une force qui les pousse à reproduire leur vécu et une revanche à prendre : payées plutôt que forcées ou battues. Ce billet est peut-être la seule reconnaissance qu'elles ont jamais eue, construites comme elles le sont parfois, sur une mauvaise image d'elles-mêmes.

La plupart de ces femmes ont eu des enfants et très jeunes. Le plus souvent leur premier enfant est né entre leur quinzième et leur vingtième année. Elles n'ont pas pu ou su les garder avec elles. Ils sont placés ou élevés par leurs parents ou, plus rare, par le père de l'enfant. Une de ces femmes a eu cinq enfants : un est décédé, deux sont placés et deux sont chez sa mère, qu'elle ne voit pas depuis huit ans. Elle dit aussi qu'elle « serait incapable de les reconnaître », elle ne se souvient que de leur date de naissance. Une autre s'interroge sur « la fibre maternelle... soi-disant, elle ne l'aurait pas » – pourtant elle l'avait voulu cet enfant. D'autres ont essayé de les garder mais se sont senties incapables de s'occuper d'eux :

Quand elle a vu sa fille, qu'elle allaitait, « en manque », elle s'est dit qu'« elle ne méritait pas d'avoir cette fille et elle a demandé à son père de la garder. Ce que son père a trouvé bien de sa part, parce que malgré la came et qu'elle faisait de conneries, elle a quand même admis qu'elle n'était pas capable. Elle avait à peine vingt ans... à peine vingt ans »

Ou bien, elle sont allées en prison :

« Quand je suis sortie de prison, il ne me connaissait même pas. Devine ! il ne m'avait jamais vu de sa vie. Il m'a vu quoi ? une semaine ? et encore ! Il était en pédiatrie, j'allais le voir tous les jours, je passais trois, quatre heures avec lui... il ne te connaît pas un bébé. Tu ressorts huit mois après 'cou cou, c'est maman' attends... »

Elles ne sont que deux à n'avoir jamais été en prison, la plus jeune des femmes interviewées et la plus âgée. Les peines de prison pour usage sont courtes, deux ou trois mois, six mois quand elles sont considérées comme des « usagers revendeurs » ; les peines pour trafic de stupéfiant sont plus longues ; deux de ces jeunes femmes ont passé deux ans en prison, d'autres huit mois. Quelques femmes ont passé de quatre à six mois pour vol avec violences ou violences aggravées. La prison est pour elles une expérience banale, on peut même y aller par curiosité :

« J'ai fait de la prison parce que j'ai envoyé chier le juge, c'est tout. Je l'ai envoyé chier en disant 'je n'arrêterai jamais de fumer' Il ne voulait absolument pas que j'y aille en prison... Je ne connaissais pas la prison, je voulais savoir à quoi ça ressemblait aussi, donc c'est... parce que j'ai toujours entendu 'en prison c'est comme ci, en prison c'est comme ça' »

C'est peut-être plus par lassitude qu'elles se font incarcérer ou pour arrêter une spirale qui les entraîne de plus en plus loin dans la consommation et, avant la prostitution, dans la délinquance ; souvent les peines de prison viennent après une tentative échouée de sevrage « institutionnel ». Les peines courtes ne sont ainsi vécues que comme une pause :

V. vivait dans une cave, elle n'était pas encore habituée à la galère, « donc ça fait que voilà quoi, on sait que quand c'est comme ça, c'est parce que... moi-même j'ai commencé à craquer et tout. Après j'en ai eu marre, je me suis décidée à tout laisser tomber... » A ce moment-là elle est incarcérée pour violences suivies d'un arrêt de travail, « j'ai pris six mois, avec l'amnistie j'en ai fait trois » et « ça a passé très vite. Je ne voulais même pas partir. Quand on m'a dit 'mademoiselle V. vous êtes libre' tout le monde se disait 'elle est con, on lui dit vous êtes libre, elle est là, elle n'est pas pressée'. J'étais là, en train de causer, je n'étais pas pressée de sortir du tout, je ne voulais plus sortir »

Les peines longues sont plus difficiles à supporter, on pense surtout au produit, même si on consomme aussi un peu derrière les barreaux :

« Moi, je voulais trouver un gramme, un gramme pesé dans une petite enveloppe, le petit paquet comme on faisait. Moi, je n'avais pas d'autre idée dans ma tête. Penser que j'allais chercher un mec pour faire l'amour ou quoi que ce soit ? Ça, je n'avais pas pensé. Ça ? ça ne me travaillait pas la tête du tout. Pendant toute mon incarcération je n'ai pensé à ça une seule seconde, je pensais seulement, je calculais seulement les jours sur le calendrier, c'est tout... et je suis retournée exactement là où on m'a arrêté. Je m'étais mis dans la tête que dès que je sors, je vais me prendre un petit rail »

Leur avenir

Ces femmes ne revendiquent pas la prostitution comme un métier, aucune d'entre elles n'a l'intention de continuer de travailler. Elles ne se font guère d'illusion, quelques-unes des plus jeunes espèrent pouvoir arrêter leur consommation et faire leur vie en dehors de ce milieu. Les moins jeunes s'interrogent, ont des projets ou des souhaits très modestes : se stabiliser un peu, faire leurs papiers, trouver une chambre ; d'autres pensent arrêter sans s'y résoudre :

« Non, moi, je n'ai pas de projet, je ne sais pas, moi-même je ne sais pas, je me pose la question. J'ai envie de rentrer mais en même temps je reste. Pourquoi ? parce que je suis là-dedans et je sais que là-bas ça ne sera pas facile. Une fois par semaine je me mets à pleurer, je craque, je dis 'je rentre chez moi', mais le lendemain quand je me réveille malade – il faut que je fasse mon shoot – je me dis 'si je rentre chez moi, comment je vais faire ?' »

Les plus sceptiques sont celles qui, après un sevrage, se sont retrouvées sans logement et sans emploi, à s'être prostituées pour payer l'hôtel et, après, c'est l'engrenage. Pour elles, il est exclu de faire un sevrage s'il n'y a pas un projet solide derrière et un projet solide veut dire pour elles un emploi, surtout une occupation, ne pas « se tourner les pouces ». Des toutes manières les échecs rendent ces femmes désabusées :

« Lui, il a des petits projets, du style, travail... retravailler – parce que quand il était avec moi il a travaillé, refaire une demande de logement, comme avant. C'est son projet à lui mais... mais il veut coller tout le monde, mais on l'a essayé une fois ça, on est presque arrivé, ça s'est cassé la gueule à cause du placard, à cause de la prison, il est tombé. Il travaillait, on allait avoir la clé le lendemain, il a sauté les trucs de la RATP, il s'est fait contrôler, bingo ! il avait une fiche et il est tombé. C'est bête ! On avait la caution, le loyer, l'argent est tombé avec lui dans l'enveloppe. Les choses sont bizarres. Je ne crois pas, je ne crois pas grande chose, les projets comme ça... je ne crois pas grande chose. Je le dis, parce que je vois que c'est ça la vie, à chaque fois tout s'écroule... franchement, je n'arrive plus, pour moi c'est des rêves »

D'autres estiment carrément qu'elles n'ont aucun avenir. Une seule de ces femmes a un vrai projet, elle a programmé de s'acheter une boutique et d'arrêter à quarante ans, mais il y a aussi celles qui rêvent encore de devenir « riches et célèbres » ou tout simplement d'« une vraie famille ».

DISCUSSION

Limites de l'étude

Les données sont déclaratives et mises à part les observations de terrain aucun autre outil de contrôle n'a été appliqué. Il est vraisemblable que certaines réponses soient un peu stéréotypées, notamment en ce qui concerne les questions sensibles, comme l'utilisation du préservatif, certaines pratiques sexuelles mal vues, la situation familiale et le proxénétisme ou le statut sérologique. Il est certain que lorsqu'on répond à un questionnaire ou à un entretien on parle de l'image qu'on a de soi-même plutôt que des comportements réels. Pour éviter ce genre de biais, les questions concernent un laps de temps précis mais ce n'est pas toujours une garantie. Sinon, comment peut-on expliquer l'écart entre les femmes dépendantes d'opiacés et les autres en ce qui concerne la non utilisation du préservatif pour la fellation (25 % contre 3 %) ou la pratique de pénétration anale (25 % contre 6 %) ? Ou le fait que seulement les usagères de drogues aient déclaré être contaminées par les maladies infectieuses quand certaines de ces jeunes femmes viennent des pays où les prévalences HIV sont élevées ? Les observations de terrain invitent à être prudent : on a rencontré trois très jeunes femmes roumaines arrivées et vivant ensemble en France dont une ignore son statut sérologique tandis que les deux autres déclarent avoir effectué les trois tests de dépistage trois mois avant la passation du questionnaire, le même jour, en France. Le pourcentage de personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique est trop important pour être négligé (10 % pour le HIV et 14 % pour les hépatites).

Globalement, à part le déguisement de pratiques de consommation abusive en usage banal ou la sur-représentation de certains groupes dans l'échantillon, on n'a guère d'éléments qui sous-tendent l'hypothèse d'une sous-déclaration de ces consommations. Evidemment, on ne peut pas prétendre, à Lille, que la moitié des femmes qui se prostituent consomment de la cocaïne ou de l'héroïne, puisque les nouvelles migrantes et les femmes mûres n'ont pas été interrogées. Egalement on ne peut pas non plus prétendre, à Marseille, qu'aucune femme qui se prostitue ne prend de produits illicites, car justement les femmes interrogées sont des femmes mûres, plus enclines à consommer de produits licites. L'absence, ou quasi-absence, sur le trottoir de femmes qui se prostituent pour s'acheter des produits illicites peut s'expliquer, à Marseille, par le faible taux de consommation de crack⁸¹. Or la littérature scientifique tend à montrer une corrélation entre la consommation de cocaïne base et la pratique de la prostitution⁸².

⁸¹ Les prises en charge d'usagers de crack sont très localisées dans les régions Antilles-Guyane et Ile de France. OFDT, *Indicateurs et tendances 2002*, p.129. Observation confirmée par les travailleurs de terrain.

⁸² En France, voir notamment le rapport de recherche sur les caractéristiques des usagers des programmes d'échange de seringues, où les auteurs établissent une classification des usagers en fonction des produits consommés. Les consommateurs de produits illicites, qui représentent 13 % de l'échantillon, consomment du crack (100 % de la classe), résident en Ile de France (84 %) et se prostituent (23 %), alors que dans les autres quatre catégories la prostitution n'apparaît pas comme une modalité caractéristique. Emmanuelli, J., Lert, F.,

Deux types de prostitution

Cette étude fait émerger deux types de prostitution définis par trois caractéristiques. Les prostituées en moyenne les plus âgées (quarante-quatre ans) travaillent dans les rues traditionnelles, avec leurs studios à elles. Elles sont entrées dans la prostitution depuis une bonne quinzaine d'années et elles ont un nombre important de clients habituels (37). Les prostituées les plus jeunes, âgées en moyenne de vingt-sept à trente ans, font des passes le plus souvent à l'hôtel ou dans la voiture du client. Elles ont commencé à travailler il y a quatre ans et demi en moyenne et elles ont beaucoup moins de clients habituels que les premières (19).

13. Lieu des passes et caractéristiques des prostituées

Lieu des passes	Âge moyen des prostituées	Durée dans la prostitution	Nombre de clients habituels
Dans le studio de la prostituée	44 ans	17 ans	37
À l'hôtel	27 ans	4 ans	19
Dans la voiture du client	30 ans	7 ans	19

Une grosse minorité (36 %) des femmes prostituées n'a aucune couverture sociale, 33 % d'entre elles bénéficient de la CMU, 10 % de la sécurité sociale seule et 14 % disposent en plus d'une mutuelle. Ce sont les nouvelles migrantes qui n'ont aucune protection ou plus rarement ont une aide médicale ou la CMU (cf. tableau 5).

La précarité de la couverture sociale est assez étroitement corrélée au lieu habituel des passes. Parmi les femmes qui n'ont aucune couverture sociale ou la CMU, la majorité font les passes dans la voiture du client ou à l'hôtel, tandis que les femmes qui ont des régimes de protection sociale équivalents à ceux de la population active travaillent dans leur studio. Aussi trouvons-nous dans ce groupe un pourcentage important de femmes qui ont une couverture partielle, c'est-à-dire celles qui cotisent à l'Urssaf et n'ont pas de mutuelle.

14. Lieu des passes et type de couverture sociale

Lieu des passes	Sécurité sociale			
	Sécurité sociale	+ mutuelle	CMU	Aucun
À l'hôtel	33 %	12 %	47 %	60 %
Dans le studio de la prostituée	65 %	64 %	29 %	10 %
Dans la voiture du client	12 %	24 %	24 %	30 %

Les usagères de drogues sont dans l'ensemble bien assurées (CMU), comme la plupart des prostituées françaises qui ne déclarent pas leurs revenus au Trésor Public et qui touchent une allocation sociale non liée à l'emploi.

Il y a une relation intéressante entre le type de couverture sociale et l'autodéfinition des femmes qui travaillent dans la rue. Celles qui ont une mutuelle se définissent volontiers comme travailleurs du sexe, dans une démarche marquée par les luttes des femmes, ou comme professionnelles du sexe exerçant une activité libérale. Nombre d'entre elles font des déclarations volontaires à l'administration fiscale (elles sont imposées selon le régime des bénéfices non commerciaux) et stigmatisent à ce propos l'hypocrisie publique.

15. Autodéfinition des femmes qui se prostituent et type de couverture sociale

Autodéfinition des femmes qui se prostituent	Sécurité	Sécurité sociale		
	sociale	+ mutuelle	CMU	Aucune
Travailleuses sexuelles	6 %	19 %	9 %	0 %
Professionnelles du sexe	6 %	27 %	7 %	3 %
Prostituées/péripatéticiennes	61 %	35 %	41 %	22 %
Autres	27 %	19 %	43 %	75 %

La consommation de drogues

Sur 169 femmes pour lesquelles on a des informations valides, trente se sont déclarées utilisatrices actuelles ou passées de drogues illicites autres que le cannabis (soit 18 %). C'est-à-dire que 80 % des prostituées interviewées ne consomment pas de drogues illicites en dehors du cannabis.

16. Récapitulatif des usages de drogues

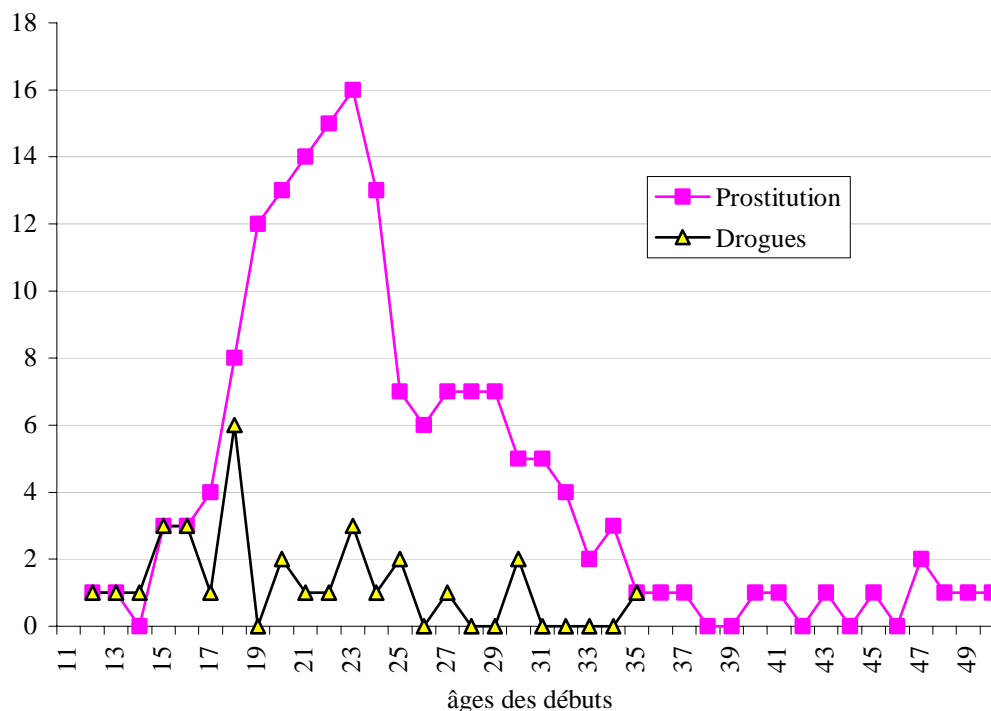
Consommations*	Femmes non dépendantes des opiacés (n = 147)	Femmes dépendantes des opiacés (n = 22)	Ensemble des femmes (n = 169)
Alcool (dép. ou abus)	(4) 3 %	(3) 14 %	(7) 4 %
Tabac	(86) 58 %	(22) 100 %	(108) 64 %
Cannabis	(10) 7 %	(17) 77 %	(27) 16 %
Médicaments (actuelle)	(24) 16 %	(10) 45 %	(34) 20 %
Hallucinogènes	(2) 1 %	(2) 9 %	(4) 2 %
Poppers	(0) -	(8) 36 %	(8) 5 %
Cocaïne	(10) 7 %	(20) 91 %	(30) 18 %
Autres stimulants	(3) 2 %	(2) 9 %	(5) 3 %
Opiacés	(2) 1 %	(22) 100 %	(24) 14 %

*Pour l'alcool le tabac et le cannabis il s'agit des consommations actuelles ; pour les autres produits, sauf les médicaments, il s'agit de la consommation au cours de la vie.

Si l'on considère les usages difficiles à maîtriser (l'abus d'alcool et la dépendance aux opiacés), 15 % des personnes interrogées peuvent être considérées comme dépendantes au moins d'un produit. Pour le cannabis, hormis celles qui le consomment en association avec d'autres opiacés, deux personnes ont déclaré un usage quotidien au moment de l'enquête ; les personnes qui se considèrent dépendantes du tabac représentent 76 % de l'échantillon.

Parmi les femmes qui consomment des drogues illicites au moment de l'enquête, près de 80 % ont commencé à se prostituer après avoir consommé ces drogues ou au moment où elles commençaient. Si la grande majorité des prostituées ne consomme pas de drogues illicites, parmi les femmes consommatrices et qui se prostituent, cette activité est intervenue comme un moyen de financer un usage de drogues qui n'était pas solvable autrement.

Figure 2 : Début de la prostitution et des usages de drogues autres que le cannabis



Les femmes dépendantes d'opiacés se trouvent dans la catégorie des personnes qui exercent la prostitution dans des conditions précaires. Si ces femmes ont accès aux lieux traditionnels de prostitution, elles ne restent pas longtemps parce qu'il faut payer un loyer et respecter un tant soit peu certains modes de faire. Cependant ces lieux traditionnels de prostitution ne sont pas à l'abri des usages de produits illicites moins stigmatisants que la fumette de crack et l'injection d'héroïne ; les clients en consomment et proposent aux femmes de partager une ligne de cocaïne. Même si cela n'arrive qu'exceptionnellement dans certains lieux et peut-être plus fréquemment dans d'autres, il est difficile d'évaluer avec exactitude cette pratique tant « la drogue » est tabou.

Pour comparer les pourcentages de 2002 avec ceux de la précédente étude réalisée en France (A. Serre et al, 1995) il faut user de prudence, toutefois les résultats des deux études ne paraissent pas très discordants.

	Serre et al. 1995*	Trend-2002
	(N = 137)	(N = 173)
Âge médian	36 ans	30 ans
Couverture sociale	54 %	74 %
Abus d'alcool	10 %	4 %
Usage de cocaïne et/ou d'héroïne	16 %	18 %

* cf. références

Le rajeunissement s'explique par le poids plus important dans l'enquête 2002 des jeunes migrantes, cela peut aussi expliquer la réduction des abus d'alcool. L'extension de la couverture sociale est liée à la généralisation de la CMU. Quant à l'usage de cocaïne et d'héroïne qui n'a guère varié, A. Serre et al. considèrent qu'il était sous-déclaré en 1995. Nous n'avons pas d'indice d'une telle sous déclaration en 2002, le pourcentage légèrement plus grand dans la présente étude intègre les pratiques des prostituées lilloises, or Lille est une des villes où les consommations de drogues illicites sont les plus élevées (50 % localement). La prescription de produits de substitution et l'effet de génération peuvent aussi expliquer le faible nombre d'usagers de produits illicites.

CONCLUSION

En ce qui concerne les contaminations par le VIH et le VHC, les déclarations de sérologie positive ne concernent que les usagères d'opiacés. Cependant, si nous considérons les déclarations de sérologie « non négative », le groupe à risque s'élargit comprenant aussi les femmes plus jeunes, entrées plus récemment dans la prostitution, en conséquence celles qui travaillent dans les conditions les plus précaires, notamment les nouvelles migrantes.

On retrouve dans cette enquête les mêmes groupes à risque que dans les enquêtes faites il y a dix ans (cf. introduction) : les usagères dépendantes de drogues (pour les sérologies positives) et les migrantes (pour les sérologies non négatives), qui sont aussi celles qui vivent et exercent la prostitution dans des conditions précaires, soumises à la violence des lieux de prostitution périphériques : agressions gratuites, vols, viols et répression. Les nouvelles migrantes, victimes principales des contrôles de police, subissent aussi la réprobation des paires qui les accusent d'apporter les maladies, de ne pas respecter les bonnes pratiques de la prostitution : « elles volent les clients », « elles font n'importe quoi », « elles cassent les prix ». Ce sont autant de griefs faits il y a dix ans aux usagers de drogues dépendants. Elles s'en défendent : entre 60 % et 70 % des étrangères hors Maghreb ont dit avoir effectué les tests de dépistages dans les trois mois qui ont précédé la passation du questionnaire. Les corrélations entre le pays d'origine et les pratiques de la sexualité vénale sont fortes (cf. chap. 3, les pratiques et le préservatif). Les femmes plus expérimentées et qui travaillent dans leur propre studio semblent moins empressées de montrer « patte blanche » : elles disent aller souvent faire des contrôles gynécologiques mais ne font les tests de dépistage qu'une fois par an. Les pratiques sont pour elles plus variées.

La réduction des risques sanitaires est un des objectifs essentiels des associations qui interviennent sur le terrain pour informer, distribuer du matériel de prévention et fournir un soutien aux prostituées. À Paris, le peu de femmes qui disposaient au moment de l'enquête de l'aide médicale, l'avait eu grâce à leur action. En dépit de la qualité de leur travail, ces équipes arrivent difficilement à mettre en place des actions tendant à améliorer leurs conditions de vie et de travail. Elles disposent de peu de moyens matériels et sont impuissantes lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des jeunes femmes qui sont en situation irrégulière : aucune loi ne leur permet d'intervenir pour régulariser cette situation. De surcroît, ces jeunes femmes, très mobiles et très méfiantes, ne se confient pas aisément aux équipes de terrain parce qu'elles les confondent avec les prohibitionnistes et parce que ce qu'elles craignent le plus c'est d'être renvoyées dans leur pays d'origine.

Au total, si l'usage de drogues – héroïne et cocaïne – concerne qu'une fraction limitée, que nous pouvons estimer à environ un cinquième des femmes qui se prostituent dans la rue, il apparaît que l'inclusion de cette population dans le dispositif TREND est souhaitable. En effet, ce groupe est celui qui exerce dans les conditions les plus précaires et prend le plus de risques, notamment sur le plan sanitaire.

Aucune question n'a été posée pour évaluer la violence subie par ces femmes. Cependant, le risque d'agression sexuelle, ou d'agression tout court, semble être un facteur important, qui devrait non seulement être mesuré mais aussi pris en compte dans les actions de réduction des risques.

ANNEXES

LE DISPOSITIF D'AIDE AUX PERSONNES QUI SE PROSTITUENT

Ce dispositif est constitué exclusivement d'associations régies par la loi de 1901. Le tissu associatif est hétérogène, notamment de par ses origines. Il s'est formé à partir des années soixante, à l'exception du Mouvement du Nid, créé en 1946 – année où a été promulguée la loi Marthe Richard⁸³. Tendant à la fermeture des maisons de tolérance, ou maisons closes, cette loi a mis fin au contrôle policier et sanitaire mis en place par le Directoire⁸⁴.

La fin du réglementarisme

En 1945, après la découverte de la pénicilline (1928) et de ses applications thérapeutiques (1941), les médecins disposent de capacités de traiter la syphilis⁸⁵. Cependant, le maintien du fichier sanitaire et social remplace le contrôle du ministère de l'Intérieur par celui du ministère de la Santé jusqu'à 1960. Les examens vexatoires devant les policiers sont certes supprimés, la prostitution réglementée et contrôlée des maisons de tolérance est compromise, mais le fichier subsiste. Le Mouvement du Nid a donc été créé dans ce contexte dans une perspective abolitionniste, c'est-à-dire dans le but d'abolir la prostitution, assimilée à l'esclavage. Pour le Mouvement du Nid, « la prostitution est une atteinte directe aux droits de l'homme. Ni mal nécessaire, ni fatalité, ni métier, mais phénomène de société, organisation, entreprise commerciale, réel esclavage, elle doit et peut disparaître »⁸⁶. Le Mouvement du Nid est actuellement une organisation nationale reconnue d'utilité publique, agréée par le ministère de la Jeunesse et des Sports qui compte 30 délégations dans 16 régions de France.

En 1960, la France homologue la convention des Nations unies pour la « répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui » et met définitivement fin au réglementarisme. La prostitution est depuis une activité relevant de la liberté individuelle et ne constitue pas un délit. Cependant, le racolage est un délit depuis la fermeture des maisons de tolérance et le reste. La différence entre le racolage « actif »⁸⁷ et le racolage « passif »⁸⁸ a disparu avec le Code pénal entré en vigueur en mars 1994, dont l'article 625-8 maintient l'incrimination d'une seule forme de racolage, « le fait, par tout moyen, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles ». Dans la mesure où le Code ne précise pas ces « moyens », la répression du racolage reste discrétionnaire. L'application du projet de loi de sécurité intérieure voté en janvier 2003 par l'Assemblée nationale devrait modifier cet article du Code pénal.

⁸³ Loi 46-685 du 13 avril 1946.

⁸⁴ Pryen, S., *op. cit.*, pp. 88-89.

⁸⁵ Pryen souligne « l'étonnante coïncidence », *Ibidem*, p. 91.

⁸⁶ « Prostitution et Société », revue trimestrielle du Mouvement du Nid, n° 28, janvier - mars 2000

⁸⁷ Procéder publiquement au racolages des personnes de l'un ou l'autre sexe, en vue de les provoquer à la débauche par gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens.

⁸⁸ Attitude sur la voie publique de nature à provoquer la débauche.

Les ordonnances de 1960, pour la mise en application de cette convention, répriment le proxénétisme, suppriment le dispositif de contrôle et tendent à créer un dispositif de prévention et de réinsertion des personnes qui se prostituent ou qui se trouvent en danger de prostitution. L'ordonnance 60-1 246 du 25 novembre 1960, dernière des trois ordonnances de 1960, prévoit la création d'un SPRS (Service de prévention et de réadaptation sociale) par département⁸⁹. Ces services spécialisés de la DDASS ont été effectivement créés à partir des années soixante, mais dans peu de départements (huit) et selon A. Serre, n'ont jamais eu de moyens d'action réels⁹⁰. D'autres services spécialisés associatifs ont été créés dans le cadre légal de ladite ordonnance pendant la période de priorité sociale (1960-1990).

Aux services spécialisés s'ajoutent, à partir de 1971, les services de l'Amicale du Nid – scission du Mouvement du Nid. Elle conserve le caractère d'organisation nationale et les statuts de 1946 tout en se professionnalisant (les équipes du Mouvement du Nid sont formées par des bénévoles) et en perdant son caractère abolitionniste militant. « L'accueil, la présence et l'aide » proposés « aux personnes connaissant ou ayant connu la prostitution » dans l'objectif de « réinsertion sociale et professionnelle » (statuts de l'Amicale du Nid) font aussi de l'Amicale du Nid un complément associatif des services spécialisés des DDASS. Elle est actuellement implantée dans six départements – huit si on tient compte du siège et d'un atelier de formation dans les Hauts-de-Seine et d'un SHRS dans la Seine-Saint-Denis.

Ces équipes socio-éducatives traitent de la prostitution, selon la définition adoptée par les ordonnances de 1960, comme d'une inadaptation sociale. La personne prostituée, dans le cadre abolitionniste⁹¹, est une victime et la prostitution est une violence qu'il faut éradiquer. L'aspect sanitaire est secondaire, les problèmes de santé, l'usage de drogues sont des conséquences de la souffrance et de l'isolement imposés par cette pratique et qui devraient disparaître avec elle.

Les actions concernant la prostitution restent cantonnées dans le domaine du travail social spécialisé, sauf peut-être pendant les révoltes des années soixante-dix. Peu d'équipes ont d'ailleurs été créées pendant les années soixante-dix et les années quatre-vingt (cf. tableau 17)

La gestion sanitaire

Ce n'est que lorsque la menace du sida semble devoir concerner l'ensemble de la population qu'un souci nouveau pour la prostitution, notamment pour l'aspect sanitaire, s'exprime, ainsi

⁸⁹ « Dans chaque département doit être créé un service social qui a pour mission, en liaison avec le service départemental d'hygiène sociale :

De rechercher et accueillir les personnes en danger de prostitution et de leur fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin, notamment en leur procurant un placement dans les établissements visés à l'article 185, alinéa 2 du code de la famille.

D'exercer toute action médico-sociale en faveur des personnes qui se livrent à la prostitution ».

L'article 185 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale inclut les prostitués dans les neuf catégories de personnes devant bénéficier d'un hébergement et de l'accompagnement social « lorsqu'elles ne disposent pas de ressources suffisantes » et « sur leur demande ».

⁹⁰ À Paris, ce service se réduisait en 1990 à une assistante sociale et une secrétaire à mi-temps. Serre, A. et al., *op. cit.*, p. 408.

⁹¹ L'abolitionnisme, en tant que régime juridique, vise à l'abolition de la réglementation et non à l'abolition de la prostitution ; théoriquement il ne devrait incriminer que le proxénétisme laissant toute liberté aux femmes qui se prostituent et à leurs clients, mais sans cadre légal.

que pour l'usage de drogues⁹² – une tendance à la gestion sanitaire des problèmes sociaux s'ébauche⁹³. Nous assistons également à un retrait de l'état, suite à une directive des années quatre-vingt-dix suivant laquelle les SPRS existants sont repris par le secteur associatif.

Aux services socio-éducatifs spécialisés s'ajoutent d'autres associations qui interviennent notamment dans le champ de la prévention du sida. La première de ces initiatives a vu le jour à Paris à partir d'une recherche-action réalisée avec la participation de la population cible. Elle a abouti à la création du Bus des Femmes, première association de santé communautaire intervenant dans ce domaine. D'autres associations de ce type ont été créées depuis. Les principes de leur action, outre la participation des usagers dans la structure associative elle-même, incluent :

- le respect de l'autonomie de décision des usagers ;
- des relations d'égalité entre les professionnels et les usagers participant à l'action et
- la proximité des actions – aucune condition n'est imposée pour avoir accès aux services proposés et les actions se déroulent dans les sites où se trouvent les usagers⁹⁴.

L'association AIDES⁹⁵, de lutte contre le sida, met en place, elle aussi, des actions spécifiques de prévention de maladies sexuellement transmissibles auprès des personnes qui se prostituent dans quelques départements. À Marseille et à Nîmes, elle a mis en place des actions qui ont ensuite été prises en charge par des associations communautaires. D'autres actions continuent à être menées par AIDES dans les milieux de la prostitution aussi bien féminine que masculine.

Ces actions, initiées dans un but de prévention primaire et secondaire de l'infection VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, ont évolué vers une prise en charge plus globale, d'accès au droit commun, à la citoyenneté, de lutte contre l'exclusion et la stigmatisation des personnes qui se prostituent. On fait effectivement le constat que la prise de risques sanitaires est étroitement liée aux conditions d'existence d'un individu, conditions parfois très précaires dans le milieu de la prostitution de rue. Dans certaines situations d'extrême précarité, aggravée par des affections diverses, somatiques ou psychiques, des prises en charge complètes s'imposent, elles se conforment plus ou moins au suivi socio-éducatif classique et à l'arrêt d'un mode de vie qui tend à exacerber la situation de précarité et d'exclusion.

Nous avons donc deux groupes d'associations dont les objectifs sont différents :

- Pour les uns, la priorité est donnée à la réinsertion sociale de ces personnes ; le niveau d'exigence est en principe élevé, il faut que ces personnes s'engagent à arrêter la prostitution.

⁹² Ehrenberg, A., « Comment vivre avec les drogues », in *Communication*, n° 62, Paris, Seuil, 1996, pp. 5-26.

⁹³ Selon L. Mathieu, la santé publique peut être appréhendée comme un mode de gestion des plus consensuels des « problèmes sociaux ». Voir Mathieu, L., *Prostitution...*, op. cit., Introduction.

⁹⁴ *Ibidem*, chap. III.

⁹⁵ L'association AIDES a été créée en 1983, tout au début de l'épidémie et bien avant que l'état ne se sente concerné - l'Agence Française de Lutte contre le Sida n'a vu le jour que six ans plus tard et avait pour mission d'informer et de promouvoir des conduites de prévention. Elle assumait directement sa mission auprès de l'ensemble de la population et la déléguait au secteur privé auprès des publics spécifiques. *Ibidem*, chap. II.

- Pour les autres, la priorité est donnée à la santé et aux actions de proximité ; le seuil d'exigence est bas, aucune condition n'est requise pour avoir accès à ces services.

Le fonctionnement des associations de travail social est assuré financièrement par la DGAS (Direction générale de l'Action sociale) tandis que celui des associations de santé communautaire est assuré financièrement par la DGS (Direction générale de la Santé). Selon certains témoignages, la DGAS considérerait que les associations de santé communautaire encouragent la prostitution.

À ces deux grands groupes s'ajoutent d'autres services récemment créés. Certains sont nés d'un besoin de prise en charge spécialisée et spécifique des personnes prostituées par des équipes intervenant dans d'autres champs sociaux ou sanitaires, clubs de prévention, services d'aide aux malades de sida. Ils proposent aux usagers un suivi socio-éducatif classique tout en faisant de la réduction des risques et de l'accès aux soins et aux droits une des priorités de leur action, reflétant ainsi une tendance à homogénéiser l'offre de services ou, dans les grandes villes, à travailler en complémentarité – les actions de proximité servant de relais auprès du droit commun et, pour les groupes les plus précaires, auprès des équipes socio-éducatives spécialisées.

D'autre part, dans le contexte de priorités sanitaires des années quatre-vingt-dix, certaines équipes socio-éducatives ont inclus une infirmière ou un médecin pour faire passer un message de santé plus professionnel et pour avoir en même temps un interlocuteur également crédible auprès des services sanitaires de droit commun lorsqu'il s'agit de passer le relais. Elles ont mis en place des actions de proximité afin de se rapprocher des personnes qui ne font pas la démarche d'aller les voir et font de la réduction des risques sanitaires un des principes de leur intervention : l'Amicale du Nid a mis en place en 1996 une antenne mobile à Paris, l'ALC en 1999 à Nice. En outre, en ce qui concerne le seuil d'exigence, l'engagement dans une démarche d'abandon de la prostitution est plus un processus qu'un tournant dans la vie de ces personnes et les équipes socio-éducatives de prévention et de réinsertion n'ont pas toujours été très rigoureuses dans l'application de ce principe qui est plus l'objectif de leur intervention qu'une exigence⁹⁶. Reste pourtant l'attachement à l'abolitionnisme des associations de travail social et du gouvernement français dans un contexte européen plus libéral où seule la Suède reste aussi attachée que la France à cette perspective. Aux Pays Bas, l'exercice de la prostitution est réglementé et en Allemagne, Belgique et Espagne le régime abolitionniste⁹⁷ est plus souple. En Allemagne, le code pénal, en autorisant l'interdiction de la prostitution à certaines heures et dans certains endroits et même sur tout le territoire dans les villes de moins de 50 000 habitants, oblige les communes de plus de 50 000 habitants à autoriser l'exercice de la prostitution ; le gouvernement s'est d'ailleurs engagé à reconnaître un statut aux prostituées pour palier à l'incohérence entre la reconnaissance fiscale et le déni en ce qui concerne les prestations sociales. En Espagne, le racolage ne constitue pas une infraction, encore moins un délit ; le proxénétisme non plus, sauf s'il est aggravé (ceci veut

⁹⁶ Selon L. Mathieu, le cadre abolitionniste adopté en 1960 s'est montré incapable de répondre à la menace représentée par l'épidémie du sida. *Ibidem*, P. 245. Dans cet ouvrage, il décrit la réorganisation du dispositif abolitionniste enclenchée par la menace épidémique - processus qui est dans une certaine mesure comparable à l'évolution du dispositif de prise en charge des usagers de drogues dépendants créé à partir de la loi de 1970, même s'il est plus lent.

⁹⁷ Dans le sens de l'abolition de la réglementation.

dire qu'un homme peut être entretenu par une prostituée si elle le souhaite). En Belgique, les femmes qui se prostituent peuvent opter pour le statut de travailleur indépendant et la jurisprudence accorde aux entraîneuses de bars le statut de salariées⁹⁸. Ce libéralisme qui dépasse le cadre européen a été confirmé par la Conférence des femmes des Nations unies, réunie à Pékin en 1995, où le concept de prostitution forcée a été inclus dans les textes, à l'initiative des Pays Bas, reconnaissant implicitement une prostitution librement consentie⁹⁹.

Les années quatre-vingt-dix, marquées par la préoccupation sanitaire, le sont aussi par l'élargissement de l'offre de services aux personnes qui se prostituent et par un retrait de l'État. L'intérêt de ce type de politique réside dans la souplesse du secteur associatif. Les associations peuvent offrir des réponses plus adaptables à la réalité du terrain que les administrations ; elles peuvent notamment intégrer dans leurs équipes sur un pied d'égalité des groupes plus stigmatisés par la loi et l'action policière que les personnes qui se prostituent, comme ce fut le cas pour les usagers de drogues¹⁰⁰. Ces associations ont reconnu des compétences spécifiques aux usagers pour intervenir dans les actions mises en place. Cependant la fragilité budgétaire de ces structures menace parfois la survie de certains services – ainsi, à Montpellier une association de santé communautaire a dû cesser son activité et un service d'accueil santé de l'Amicale du Nid a dû aussi fermer à la suite de la suppression d'un poste médical. Certaines associations dépendent financièrement de plusieurs administrations : le local et les frais de fonctionnement sont, dans la plupart des cas, pris en charge par l'état (DGS ou DGAS), par le biais des DDASS. Les DRASS, c'est-à-dire les régions, peuvent prendre en charge un poste médical ou social, un autre poste peut être financé par la ville, le matériel de prévention par une autre association, comme Ensemble contre le Sida ou la Fondation de France ; d'autres financements peuvent venir de l'Union Européenne. Ceci, bien que garantissant l'autonomie et la flexibilité, peut menacer certaines interventions et compliquer considérablement la gestion. Ce dispositif reste d'ailleurs, géographiquement concentré dans l'est de la France.

⁹⁸ Voir le document élaboré par la Division des études de législation comparée du Service des affaires européennes du Sénat in Derycke, D., *Rapport d'activité : Les politiques publiques et la prostitution*, Rapport de la Délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, Paris, 2000.

⁹⁹ *Le Monde*, 2-3 juillet 2000.

¹⁰⁰ Renn, H. et Lange, K.-J., *Quartier urbains et milieu de la drogue*, rapport à la Commission Européenne, 1995.

17. Les associations d'aide aux personnes qui se prostituent

Nom et adresse	Date de création Composition de l'équipe	Population	Action
BOURGOGNE			
Le Pas 5, rempart de la miséricorde 21000 Dijon	1988 – ancien SPRS Pas de rapport d'activités Socio-éducative	30 à 40 personnes, dont 7/6 hommes	Réinsertion et prévention – accompagnement et suivi social Depuis 1994 actions sanitaires
CENTRE			
AIDES Région Centre 11, rue de la République 45000 Orléans	Janvier 2001 – rdr prostitution ?	40 femmes	Association de lutte contre le sida Réduction des risques sanitaires
HAUTE NORMANDIE			
AIDES Haute-Normandie 32, rue aux ours 76000 Rouen	?	?	Association de lutte contre le sida Réduction des risques sanitaires
ILE-DE-FRANCE			
Amicale du nid – SMO 29, bd Saint-Martin 75003 Paris	1946 1996 – antenne mobile rdr Socio-éducative	1 000 contacts rue 350 suivis	Prévention et réinsertion Accompagnement et suivi social Réduction des risques sanitaires
EACP 21, rue sainte croix de la bretonnerie 75004 Paris	1956 Socio-éducative	37 suivis, dont 10 femmes	Prévention et réinsertion Accompagnement et suivi social Intervention après des procureurs pour demander réparation aux proxénètes.
AIDES Paris 52, rue du fg poissonnière 75010 Paris	1990 action de rdr prostitution ?	350 hommes	Association de lutte contre le sida Réduction des risques sanitaires
PASTT 94, rue de Lafayette 75010 Paris	1993 Sociale + médicale	File active : un peu plus de 100 hommes	Action de santé communautaire Réduction des risques Accueil, orientation et suivi.
Amicale du nid – SAO 21, rue de château d'eau 75010 Paris	1966 Socio-éducative	622 contacts 491 suivis, dont 131 hommes	Prévention et réadaptation socioprofessionnelle des prostituées ou en danger de prostitution
Aux captifs, la libération 15, rue Marsoulan 75012 Paris	1981 – club de prévention Socio-éducative + médicale	?	Rencontre, écoute, réduction des risques sanitaires, orientation et information Suivi social, insertion Bus rdr, accueil proximité
Accueil Lazare 96, bd Murat 75016 Paris	Accueil de proximité du ACLL	? Errants de la Porte Dauphine	Accès aux soins ; suivi social
Le bus des femmes 6, rue du moulin Joly 75011 Paris	Décembre 1990 Pas de rapport d'activités Sociale + médicale	Pas de file active	Bus réduction des risques – action de santé communautaire Prise en charge sociale ; accès au droit commun ; accès à la citoyenneté. Engagés plate-forme contre la traite d'êtres humains
Altaïr 32, rue Salvador Allende 92000 Nanterre	1985 2002 travail de rue. Socio-éducative	?	Service spécialisé Suivi social, réinsertion Rue : écoute, accompagnement Projet d'accueil de proximité
LANGUEDOC-ROUSSILLON			
ARAP Rubis 32, rue de Beaucaire 30000 Nîmes	1999 Sociale + médicale	219 personnes 45 hommes	Action de santé communautaire Lutte contre l'exclusion Réduction des risques ; accès aux soins ; accès au droit commun et à la citoyenneté

Amical du nid 3, rue Anatole France 34000 Montpellier	2000 – travail de rue Pas de rapport d'activités Socio-éducative	Environ 150 personnes 1/3 hommes	Prévention et réinsertion Accompagnement et suivi social Travail de rue/contact Intervient une fois/semaine à Béziers
LORRAINE			
Antigone 156, bd d'Austrasie BP 818 54011 Nancy CEDEX	Crée en 1992 pour l'accompagnement social de personnes VIH + 1995 – programme prostitution. Socio-éducative	90 personnes peu d'hommes <i>18 usagers de drogues/12 usagers d'héroïne – 25 ans moyenne</i>	Accompagnement et suivi social – bas seuil – lutte contre l'exclusion Réduction des risques sanitaires et sociaux. Engagés plate-forme contre la traite d'êtres humains
AIDES Lorraine Nord 8, rue Henry Maret 57000 Metz	1993 rdr 1998 rdr prostitution Socio-éducative + médicale	? – peu d'hommes <i>Jeunes femmes usagers d'héroïne, cocaïne...</i>	Association de lutte contre le sida Réduction de risques sanitaires
MIDI-PYRENEES			
Amicale du nid 6, rue de l'orient 31000 Toulouse	1962 Socio-éducative	327 personnes peu d'hommes	Prévention et réinsertion Accompagnement et suivi social Accès au droit commun 1992, réduction des risques et accès aux soins.
Grisélidis 10, rue d'Ivry 31500 Toulouse	Septembre 2000 Pas de rapport d'activités Sociale + médicale	Pas de file active 15-25 % hommes	Action de santé communautaire
NORD-PAS DE CALAIS			
AIDES Nord-Pas-de-Calais 109, rue de Molinel 59800 Lille	1996 – rdr prostitution Sociale	183 contacts + peu de travestis	Association de lutte contre le sida Accès au droit commun et accompagnement + réduction des risques sanitaires.
GPAL 31, rue des fossés 59800 Lille	1989 club de prévention 1999 action prostitution Socio-éducative	192 contacts dont peu de travestis	Accès au droit commun et à la citoyenneté + réduction des risques sanitaires et de la vulnérabilité Suivi socio-éducatif
PAYS DE LA LOIRE			
Médecins du Monde 33, rue Fouré 44000 Nantes	1999 travail de rue auprès des prostitués Pas de rapport d'activités Sociale + médicale	? - 100 peu d'hommes	Association humanitaire Action de santé publique : accès aux soins et rdr.
P.A.C.A.			
ALC 15, bd du parc impérial 06000 Nice	1949 foyer pour ados 1958 prévention prostitu- tion et aide insertion 1976 SPRS (1969) 1999 actions de rdr et travail de rue Socio-éducative	À l'accueil file active de 162 personnes dont 1/3 d'hommes. 400 contacts rue	Service spécifique et spécialisé de prévention et réinsertion. Accès aux droits fondamentaux et aux soins Engagés plate-forme contre la traite d'êtres humains
Autres regards 3, rue de Bône 13005 Marseille	1991 AIDES 1995 autonome Socio-éducative + médicale	600 personnes rencontrées 50 % hommes	Action de santé communautaire. Accès au droit commun et à la santé – bas seuil d'exigence. Engagés plate-forme contre la traite d'êtres humains
Amicale du Nid 85, rue d'Italie 13006 Marseille	1961 2000, travail de rue, pour contact Socio-éducative	262 contacts 186 suivis aucun homme	Service spécialisé de réadaptation et de réinsertion Accompagnement et suivi social

Horizons (Amicale du Nid) 12, rue Flégier 13001 Marseille	Ancien SPRS repris en 1996 pour les hommes Socio-éducative	100 hommes 35 femmes suivies par le SPRS	Service spécialisé de réadaptation et de réinsertion Accompagnement et suivi social
ARS - Le Cabifoulet 10A, rue de Grignan 13006 Marseille	1965 Socio-éducative	160 mineurs et jeunes adultes (moins de 23 ans) 10 % prostitution	Service de prévention et de réinsertion Accompagnement et suivi socio-éducatif. Bas seuil d'exigence Engagés plate-forme contre la traite d'êtres humains
L'Embellie 16, rue de la bourse 84000 Avignon	1998 Socio-éducative	108 personnes très peu d'hommes	Service de prévention et accompagnement social Travail de rue pour contact
Autres regards 15, rue de P. Sain 84000 Avignon	1998 Sociale + médicale	230 personnes 20 % hommes	Action de santé communautaire. Accès au droit commun et à la santé – bas seuil d'exigence.
RHONE-ALPES			
Amical du nid 18, rue de deux amants 69009 Lyon	?	?	Service spécialisé de réinsertion et de prévention.
Cabiria 7, rue Puits-Faillot BP 1 145 69203 Lyon CEDEX 01	1993 Amicale du Nid 1995 autonome Sociale + médicale	680 personnes concernées par l'action, 30 % hommes	Action de santé communautaire Réduction des risques sanitaires Accès aux droits sociaux et à la citoyenneté
APUS 37, rue de la bourse 69002 Lyon	1960 – ancien SPRS Socio-éducative + médicale	60 personnes 2/3 hommes	Service spécialisé de réinsertion et de prévention Suivi et accompagnement psychosocial
Amicale du Nid 15, place Gustave Rivet 38000 Grenoble	1974 1999 accompagnement/soins et prévention santé Socio-éducative + médicale	104 contacts 77 suivis ¼ hommes	Accueil et aide aux personnes connaissant ou ayant connu la prostitution – statutaire. Service spécialisé de réinsertion sociale et professionnelle
L'Appart' 46, rue Malliffaud 38000 Grenoble	1967 – ancien SPRS socio-éducative + médicale	? 30% hommes	Service spécialisé de réinsertion et prévention. Accueil et suivi social.
Arcades 1, rue Madier de Montjau 26000 Valence	1996 Socio-éducative	98 personnes suivies, surtout des femmes	Service spécialisé de prévention et réinsertion Accès à la citoyenneté et rdr
COLLECTIFS			
FNARS – Fédération Nationale des Association de Réinsertion Sociale (réseau de services spécialisés), groupe de travail institutionnel réunissant l'Amicale du Nid - siège, Altaïr, ANRS et les services qui se sont rassemblés dans le Groupe Province.			
Groupe Province : né de la FNARS, groupe plus informel réunissant l'Embellie ; Le pas ; Apus ; l'Amicale du Nid de Grenoble, celle de Marseille et celle de Montpellier ; l'Appart' ; ARS ; Antigone et ALC			
Réseau grand sud : ALC, l'Appart', l'Embellie, ARS.			
Collectif Olympio : Autres Regards (Marseille et Avignon) ; PASTT ; Cabiria ; Le bus des femmes ; ARAP Rubis, AIDES Lille.			

QUESTIONNAIRE

Ville : _____ Date : _____ Site : _____ Enquêteur : _____
N°questionnaire _____

1. DONNEES PERSONNELLES

1.1. Sexe :

- ☐ Homme
☐ Femme
☐ Transsexuel/travesti

1.2. Quel âge avez-vous ?

____|____|

1.3 Pays d'origine :

_____*

1.4. Quel est votre état civil ?

- ☐ Célibataire
☐ Union (marié ou concubinage)
☐ Séparé(e), divorcé(e)
☐ Veuf/ve
☐ Autre _____*

1.5. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

combien |____|

Nombre d'enfants à charge : |____|

1.6. Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Primaire
☐ Collège, BEP, CAP
☐ Secondaire
☐ Bac, niveau bac
☐ Supérieur _____*

1.7. Où logez-vous actuellement ? le dernier mois :

- ☐ Chez vous (logement personnel)
_____*
☐ Chez vos parents
CDD _____*
☐ Chez un membre de la famille
☐ Chez des amis
☐ Logement précaire (squat, SDF, hôtel)
☐ Hébergement dans une institution
☐ Autre _____*

1.8. Votre entourage

- ☐ Vit seul
☐ Vit avec ses parents
☐ Vit seul avec ses enfant(s)
☐ Vit avec son conjoint seulement
☐ Vit avec son conjoint et enfant(s)
☐ Vit avec des amis
☐ Autre _____*

1.9. Situation socio-professionnelle

- ☐ Activité rémunérée CDI
☐ Activité rémunérée
☐ Chômage
☐ Etudiant, élève
☐ Stage non rémunéré
☐ Prostitution
☐ Retraité
☐ Autre _____*

1.10. Origine principale des vos ressources

le dernier mois (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Revenus d'emplois (y compris retraites)
☐ Assedic
☐ Autres prestations sociales (RMI, AAH, pension invalidité, etc.)
☐ Revenu provenant d'un tiers _____*
☐ Revenu provenant de la prostitution
☐ Autre revenu _____*

1.11. Quel est votre couverture sociale ?

- ☐ Sécurité sociale
☐ Sécurité sociale + mutuelle
☐ CMU
☐ Aucune
☐ Autre _____*

1.12. Par rapport à votre état de santé considérez-vous que vous êtes :

- ☐ En bonne santé
☐ Plutôt en bonne santé
☐ En mauvaise santé
☐ Plutôt en mauvaise santé
☐ Autres _____*

1.13. Connaissez-vous votre statut sérologique par rapport au

- VHB** ☐ Inconnu ☐ Négatif
VHC ☐ Inconnu ☐ Négatif
HIV ☐ Inconnu ☐ Négatif

date du dernier test

- ☐ Positif ☐ ☐
☐ Positif ☐ ☐
☐ Positif ☐ ☐

2. RAPPORT A LA PRATIQUE DE TRAVAIL

2.1. A quel âge considérez-vous que vous avez commencé à faire ce travail ?

2.2. En général, au cours des six derniers mois vous avez travaillé :

- ☐ Tous les jours
☐ Plus de deux jours par semaine
☐ Une ou deux fois par semaine
☐ Plusieurs fois par mois
☐ Autres _____ *

2.3. Travaillez-vous plutôt (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le matin
☐ L'après-midi
☐ Le soir
☐ La nuit
☐ Indifférent

2.4. Comment rencontrez-vous vos clients ?

- ☐ Dans la rue
☐ En tournant ou stationné dans votre
☐ Dans des bars ou des boîtes de nuit
☐ Dans les gares
☐ Par téléphone, minitel, internet
☐ Autres _____ *

2.5. Travaillez-vous dans un lieu fixe ? que vous travaillez

- ☐ oui ☐ non

préciser le lieu

☐ Autres _____ *

☐ Dans des portes cochères

☐ Dans des parkings

2.6. Par rapport à votre place dans le lieu de travail, diriez vous (plusieurs réponses possibles)

- ☐ De façon indépendante
☐ Lié(e) à un réseau
☐ Lié(e) à un proxénète
☐ Protégé (e) par un garde de corps
☐ Chez les clients
☐ Dans des lieux publics _____ *

2.7. Au cours des six derniers mois où avez-vous fait, le plus souvent, vos passes ?

- ☐ A l'hôtel
☐ Dans votre domicile
☐ Dans votre voiture
☐ Dans la voiture du client

2.8. A quelle fréquence effectuez-vous les pratiques suivantes ?

- | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Pénétration vaginale | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Pénétration anale active | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Pénétration anale passive | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Fellation (ou Pipe) | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Masturbation (branlette) | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Pratique sadomasochiste | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Caresses | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Pratique scatologique | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Discuter | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
| Autres _____ * | <input type="checkbox"/> très souvent | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |

2.9. Utilisez-vous le préservatif avec vos clients ?

- ☐ toujours ☐ parfois ☐ rarement ☐ jamais

2.10. Avez-vous des clients attirés ou habituels ?

Pour quelles pratiques l'utilisez-vous ?

- | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Pénétration vaginale | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pénétration anale active | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | | |
| Pénétration anale passive | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | Combien ? | <input type="text"/> |
| Fellation (Pipe) | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | | |
| Pratique sadomasochiste | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | | |
| Autres _____ * | <input type="checkbox"/> toujours | <input type="checkbox"/> parfois | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | | |

2.11. De manière générale, comment qualifiez-vous les relations entre les prostitué(e)s sur le lieu de travail ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Plutôt amicales
☐ Plutôt individualistes
☐ Plutôt agressives
☐ Plutôt solidaires
☐ Plutôt conflictuelles
☐ Autres _____*

2.12. Actuellement diriez-vous que vous travaillez

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour assurer votre subsistance
☐ Pour arrondir la fin du mois
☐ Pour vous payer un petit extra
☐ Pour rencontrer des gens
☐ Pour votre plaisir personnel
☐ Par imposition d'un tiers _____*
☐ Autres _____*

2.13. Comment vous définissez-vous par rapport à votre activité ? (une seule réponse possible)

- ☐ Un(e) professionnel (le) du sexe
☐ Un(e) travailleur/se du sexe
☐ Une péripatéticienne
☐ Un(e) tapin (euse)
☐ Un gigolo
☐ Un(e) prostitué(e)
☐ Un garçon de passe
☐ Une pute

☐ Autre _____*

3. RAPPORT AUX PRODUITS

3.1. Avez-vous consommé de l'alcool les trente derniers jours ?

☐ oui ☐ non

Lesquels et à quelle fréquence ?

Bière

☐ Occasionnellement ☐ 1 à 3 v p/sem. ☐ 1 à 3 v p/jour ☐ 4 à 6 v p/jour ☐ 7 à 10 v p/jour ☐ plus de 10 v p/jour

Vin

☐ Occasionnellement ☐ 1 à 3 v p/sem. ☐ 1 à 3 v p/jour ☐ 4 à 6 v p/jour ☐ 7 à 10 v p/jour ☐ plus de 10 v p/jour

Spiritueux (whisky, vodka, rhum, etc.)

☐ Occasionnellement ☐ 1 à 3 v p/sem. ☐ 1 à 3 v p/jour ☐ 4 à 6 v p/jour ☐ 7 à 10 v p/jour ☐ plus de 10 v p/jour

Autres _____

☐ Occasionnellement ☐ 1 à 3 v p/sem. ☐ 1 à 3 v p/jour ☐ 4 à 6 v p/jour ☐ 7 à 10 v p/jour ☐ plus de 10 v p/jour

Considérez-vous que vous êtes dépendant de l'alcool ?

☐ oui ☐ non

3.2. Fumez-vous du tabac ?

☐ oui ☐ non

Quelle quantité ?

- ☐ moins de 1 cig/jour
☐ 1 à 10 cig/jour
☐ 11-20 cig/jour
☐ plus de 20 cig/jour

Considérez-vous que vous êtes dépendant du tabac ?

☐ oui ☐ non

3.3. Avez-vous consommé du cannabis les trente derniers jours ?

☐ oui ☐ non

A quelle fréquence ?

- ☐ une ou plusieurs fois par jour
☐ une ou plusieurs fois par semaine
☐ une ou plusieurs fois dans le mois

Considérez-vous que vous êtes dépendant du cannabis ?

☐ oui ☐ non

3.4. Est-ce que vous avez consommé un de ces produits :

Médicaments pour les nerfs

Les trente derniers jours ?

Au cours de la vie ?

Âge la première fois ?

Antidépresseurs _____*
 Somnifères _____*
 Calmants _____*

☐
☐
☐

☐
☐
☐

Stimulants

Cocaïne
 Crack (free-base)

☐
☐

☐
☐

Amphétamines/speeds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes			
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB (ou Gamma OH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kétamine®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits à inhaler			
Colles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éther	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiacés			
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfate de morphine (Moscontin® et Skenan®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5. Pour ceux/celles qui consomment : fréquence et mode de consommation des produits :

Produits	Fréquence de consommation les trente derniers jours			Mode de consommation Les trente derniers jours				
	Une à plusieurs fois/jour	Une à plusieurs fois/sem.	Une à plusieurs fois/mois	Avalé	Fumé/inhalé	Sniffé	Injecté	Autre
Médicaments/nerfs								
antidépresseurs								
Somnifères								
Calmants								
Stimulants								
Cocaïne								
Amphétamines/speeds								
Crack (free-base)								
Ecstasy								
Hallucinogènes								
LSD								
Champignon								
GHB (ou Gamma OH)								
Poppers								
Kétamine®								

	1ou +/jour	1ou +/sem	1ou +/mois	Avalé	Fumé/inhal	Sniffé	Injecté	Autre
Produits à inhaler								
Colles								
Solvants								
Éther								
Opiacés								
Héroïne								
Subutex®								
Moscontin® Skenan®								
Méthadone								
Codéine								
Autres								

3.6. A quel moment consommez-vous ces produits ?

Situation :	Chez vous, avant d'aller travailler	Sur le lieu de travail, avant les passes	Pendant les passes	Sur le lieu de travail après les passes	Chez vous, après le travail	Les jours où vous ne travaillez pas	Discothèques fêtes, concerts	Autres _____
Médicaments/nerfs								
Stimulants								
Hallucinogènes								
Produits à inhaler								
Opiacés								
Cannabis								
Alcool								

3.7. Que recherchez vous en consommant ces produits ?

Situation :	Vous détendre hors travail	Vous détendre au travail	Avoir du courage p/travailler	Répondre à la demande du client	Vous exciter lors des passes	Apaiser votre anxiété	Un simple plaisir	Autres _____ _____*
Médicaments/nerfs								
Stimulants								
Hallucinogènes								
Produits à inhaler								
Opiacés								
Cannabis								
Alcool								

3.8. À propos de ces produits vous diriez que :

Situation	Vous les avez connus avant de faire ce travail	Vous faites ce travail pour les acheter	Vous les avez connus dans le milieu de la prostitution	Vous en prenez pour faire ce travail	Autres _____ _____*
Médicaments/nerfs					
Stimulants					
Hallucinogènes					
Produits à inhaler					
Opiacés					
Cannabis					
Alcool					

3.9. Comment envisagez-vous votre avenir ?

GUIDES D'ENTRETIEN

Si la prostitution précède l'usage de drogue :

1. La prostitution

1.1. L'entrée

À quel âge avez-vous eu le premier rapport sexuel en échange d'argent, d'un bien ou d'un service ?

Où et avec qui habitiez-vous à ce moment-là ? *Si seul ou avec des amis*, quels rapports aviez-vous avec votre famille ? Que faisaient-ils vos parents ? et vos frères et sœurs ?

À quel âge et à quel niveau avez-vous arrêté l'école ? pourquoi ? Que faisiez-vous au moment où vous avez commencé à vous prostituer ?

Aviez-vous des amis ? que faisaient-ils ? – *ce qu'ils faisaient pour gagner de l'argent et autres activités*. Aviez-vous un petit ami ? que faisait-il ?

Pourquoi vous êtes-vous prostituée ? – *faire décrire les circonstances, si elle a pris la décision de le faire ou si elle a saisi une occasion*.

1.2. Les premières années – avant l'usage de drogue

1.2.1. Le(s) site(s)

faire décrire les lieux où elle a travaillé avant de toucher à la drogue et les raisons de chaque changement :

Où travailliez-vous ?

Combien de temps êtes-vous resté sur le même site ?

Pourquoi avez-vous choisi ce site ?

Quel rapport entreteniez-vous avec les autres personnes qui travaillaient sur le site ?

Parmi les personnes qui se prostituaient, y avait-il des usagers de drogues ? quelles drogues ?

À part les prostitué(e) s et leurs clients, y avait-il d'autres personnes qui fréquentaient le site ? que faisaient-elles ?

Y avait-il des psychotropes ou des produits illicites qui circulaient dans le site ? *si oui*, qui consommait ? qui vendait ?

Y avait-il un site de revente de psychotropes ou de produits illicites proche du site de prostitution ?

1.2.2. Les clients

faire décrire les différences entre les clients habituels et les autres par rapport au mode de paiement :

Pratiquiez-vous le même tarif avec tous vos clients ?

À part l'argent, acceptiez-vous d'autres moyens de paiement ? *Si oui*, avec tous les clients ou avec certains d'entre eux ?

Vous a-t-on proposé de la drogue comme moyen de paiement ?

Aviez-vous des clients réguliers ?

faire décrire la différence entre clients selon le lieu où se font les passes :

Où faisiez vous les passes ?

C'était pareil pour tous les clients ?

faire décrire les clients et chercher à se renseigner sur un lien éventuel avec le milieu de la drogue :

Que saviez-vous de vos clients ?

Parmi vos clients, avait-il des usagers de drogues ? des revendeurs ?

1.2.3. L'emploi du temps

faire décrire le passage des pratiques plus ou moins irrégulières à la pratique régulière de la prostitution et chercher à savoir si elle avait d'autres activités.

Travailliez-vous régulièrement ? *Si oui*, quels jours et à quelles heures ? *Si non*, qu'est-ce que c'est ce qui déterminait votre rythme de travail ?

Combien de temps avez-vous plus ou moins maintenu ce rythme de travail ?

1.3. Evolution des pratiques et du milieu – après l'usage de drogue

1.3.1. Le(s) site(s)

Avez-vous travaillé dans d'autres sites (éventuellement d'autres villes) ?

si oui, continuer ; si non :

Cachiez-vous l'usage de drogue dans votre lieu de travail ? *puis passer à 1.3.2.*

faire décrire les lieux où elle a travaillé depuis qu'elle a commencé à consommer de la drogue et les raisons de chaque changement :

Combien de temps êtes-vous resté sur le même site ?

Pourquoi avez-vous choisi ce site ?

Quel rapport entreteniez-vous avec les autres personnes qui travaillaient sur le site ?

Parmi les personnes qui se prostituaient, y avait-il des usagers de drogues ? quelles drogues ?

À part les prostitué(e) s et leurs clients, y avait-il d'autres personnes qui fréquentaient le site ? que faisaient-elles ?

Y avait-il des psychotropes ou des produits illicites qui circulaient dans le site ? *si oui*, qui consommait ? qui vendait ?

Y avait-il un site de revente de psychotropes ou de produits illicites proche du site de prostitution ?

1.3.2. Les clients

faire décrire les clients et chercher à se renseigner sur un lien éventuel avec le milieu de la drogue :

si elle est restée sur le même site : vos clients étaient toujours les mêmes ?

si elle a changé de site : quelle différence avait-il entre les clients de chaque site ?

faire décrire les différences entre les clients habituels et les autres par rapport au mode de paiement :

si elle est restée sur le même site : pratiquiez-vous toujours le même tarif ? *si non*, pourquoi ?

si elle a changé de site : quels tarifs étaient-ils pratiqués dans chacun des sites ? *s'il y a des différences :* pourquoi, à votre avis, cette différence de prix ? est-elle fondée dans les pratiques des prostitué(e) s ? dans la population qui fréquente le site ? – *explorer d'autres motifs qui font que certaines prostitué(e) s soient plus ou moins chères (la réputation d'un site par exemple) et chercher à savoir si l'usage de drogue a une influence sur les prix.*

Pratiquiez-vous le même tarif avec tous vos clients ?

À part l'argent, acceptiez-vous d'autres moyens de paiement ? *Si oui*, avec tous les clients ou avec certains d'entre eux ?

Vous a-t-on proposé de la drogue comme moyen de paiement ?

Y avait-il des clients usagers ou revendeurs de drogues ?

Aviez-vous des clients réguliers ? *si oui*, combien de temps gardez-vous vos clients réguliers ?

faire décrire les différences entre clients selon le lieu où se font les passes :

Où faisiez-vous les passes ?

C'était pareil pour tous les clients ?

1.3.3. L'emploi du temps

Avez-vous gardé le même rythme de travail après avoir commencé à consommer de la drogue ? *si non*, pourquoi ?

si elle dit avoir arrêté de travailler pendant un certain temps :

Pourquoi avez-vous arrêté ?

Que faisiez-vous pendant ce temps ?

Comment vous procuriez-vous l'argent pour vivre et pour les produits ?

si elle dit avoir travaillé de manière discontinue pendant certaines périodes explorer également les raisons de ce changement et la provenance des revenus pendant les périodes de travail épisodique ou irrégulier. Tacher également de savoir si les éventuelles modifications de l'emploi du temps sont en lien avec l'usage de drogues.

1.3.4. La santé et la prévention

Avez-vous toujours utilisé le préservatif ? – *faire la différence entre les clients et les « amis ».*

Prenez-vous la pilule ou utilisez-vous d'autres contraceptifs ? – *tacher de savoir si des méthodes contraceptives ou de prévention de maladies transmissibles peu orthodoxes sont pratiquées par les prostituées qu'elle connaît.*

Avez-vous été malade ? *si oui*, qui vous a soigné ?

Aviez-vous la sécurité sociale ?

Etiez-vous en contact régulier avec une institution sanitaire ?

1.4. Modifications récentes des pratiques et du milieu

*Cet item concerne les pratiques et événements des **douze derniers mois**.*

1.4.1. Le site

Où travaillez-vous actuellement ?

Pourquoi ce site vous convient-il ? *si elle est restée longtemps sur le même site de prostitution tâcher de lui faire décrire les changements de pratiques auxquels elle a assisté en ce qui concerne la prévention et l'évolution de la circulation de produits psychoactifs (licites ou illicites) aussi bien dans le site de prostitution que dans les lieux de revente proches.*

Combien de personnes travaillant actuellement dans ce site connaissez-vous ?

Consomment-elles des drogues ? quelles drogues ?

Y a-t-il des prostitué(e) s arrivé(e) s sur ce site dans les douze derniers mois ? *si oui*, d'où viennent-elles/ils ? Quel type de rapport entretenez-vous avec elles/eux ? Consomment-elles/ils des drogues ou sont-elles/ils en contact avec des revendeurs ? quelles drogues ? quels revendeurs ?

Connaissez-vous des prostitué(e) s qui se sont fait agresser sur ce site ? – *faire décrire ce qu'elle sait sur les motifs des agressions.*

À part les clients et les prostitué(e) s, y a-t-il d'autres personnes qui fréquentent le site ? pourquoi viennent-elles ?

Y a-t-il actuellement des psychotropes ou des produits illicites qui circulent dans ce site ? quels produits ? qui les vend ? qui les achète ?

Y a-t-il un nouveau site de revente de psychotropes ou de produits illicites proche du site de prostitution ?

1.4.2. Les clients

faire décrire les différences entre les clients habituels et les autres par rapport au mode de paiement :

Avez-vous actuellement des clients réguliers ? *si oui*, à peu près combien ?

Pratiquez-vous le même tarif avec tous vos clients ?

Utilisez-vous le préservatif avec tous les clients ? même pour la fellation ?

Tout le monde pratique le même tarif sur ce site ? – *si non*, pourquoi ? Y a-t-il des prostitué(e) s qui donnent leur argent à un ami ou à une connaissance ? – *faire préciser le*

rapport. Si oui, considérez-vous qu'elles se font exploiter ou s'agit-il d'une pratique courante qui n'est pas mise en question ?

faire décrire la différence entre clients selon le lieu où se font les passes :

Où faites-vous vos passes ?

C'est pareil pour tous les clients ?

Quel rapport avez-vous actuellement avec vos clients ? discutez-vous avec eux ? allez-vous prendre un verre avec eux ou au cinéma ? Vous invitent-ils chez eux ? – *faire raconter et tacher de lui faire parler des « clients amis », des avantages qu'elle tire de cette situation. Si elle manifeste avoir eu ce genre de clients pendant les douze derniers mois leur faire parler d'eux, qu'elle les décrive et qu'elle décrive les échanges qui ont lieu entre eux.*

faire décrire aussi les autres clients actuels et chercher à se renseigner sur un lien éventuel avec le milieu de la drogue :

Que savez-vous de vos clients actuels ? Ont-ils changé dernièrement ?

Consomment-ils ou revendent-ils de la drogue ?

Vous ont-ils proposé de la drogue ou vous ont-ils donné de l'argent pour l'acheter et la consommer ensemble ?

1.4.3. L'emploi du temps

Actuellement, travaillez-vous régulièrement ou de façon irrégulière ? – *s'il y a un changement explorer les raisons.*

Pouvez-vous me décrire une de vos journées ? – à quelle heure vous levez-vous ? *et ainsi de suite, par exemple : quand vous vous levez, que faites-vous en premier ?... si elle n'arrive pas, lui demander de raconter ce qu'elle a fait la veille.*

1.4.4. La sociabilité

Revenir un peu sur la question concernant ses relations au moment où elle a commencé à travailler :

Que sont devenus vos amis ?

Actuellement, avez-vous des amis ? que font-ils ?

Gardez-vous des liens avec votre famille ?

Où habitez-vous actuellement ? avec qui ?

Avez-vous un petit ami ? que fait-il ?

Avez-vous eu des enfants ? *si oui*, où sont vos enfants actuellement ? que font-ils ?

1.4.5. Les produits consommés

Quels produits consommez-vous actuellement ? – *détail des produits consommés le dernier mois : avez-vous consommé de l'héroïne ? buprénorphine ? méthadone ? sulfate de morphine ? codéine ? cocaïne ? crack ? ecstasy ? amphétamines ? Rohypnol® ? autres benzodiazépines ? Artane® ? hallucinogènes ? solvants ? Kétamine® ? poppers ?*

Quel est votre produit principal ?

Comment consommez-vous vos produits (ou votre produit) ?

Combien payez-vous vos produits (ou votre produit) ?

Combien dépensez-vous par jour pour vos produits (ou votre produit) ? et pour le logement, nourriture, vêtements, etc. ? – *tacher de lui faire plus ou moins préciser son budget journalier minimum, ce dont elle a besoin.*

Avec qui partagez-vous vos produits ?

2. L'usage de drogues

2.1. L'entrée

2.1.1. Les premières prises

À quel âge avez-vous commencé à consommer votre produit principal ?

À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

À quel âge avez-vous commencé à boire ? – *chercher à savoir si elle buvait pour être ivre ou si c'était une « pratique sociale »*

À quel âge avez-vous commencé à fumer du cannabis ?

Avez-vous pris des psychotropes avant la première prise du produit principal ?

Description de la première prise du produit principal : Qui était présent ? Quels liens aviez-vous avec lui (ou eux) ? Qui vous a proposé cette prise ? Dans quelles circonstances ? Où étiez-vous ? – lieu de la première prise, par exemple chez un ami, en boîte, dans un jardin public... Comment avez-vous pris le produit ? Connaissiez-vous la provenance du matériel nécessaire à la prise du produit ? – faire décrire le mode de préparation et une fois qu'elle a décrit le matériel (paille, pipe, seringue...) enchaîner avec la provenance. Si injection, lui demander qui l'a piqué.

2.1.2. L'expérimentation

Cette période peut être longue, très longue, marqué par des épisodes de consommation du produit principal sans conséquences apparentes, tâcher de la lui faire décrire de façon détaillée. Si elle est courte, ne pas insister.

Depuis la première prise, quand avez-vous repris votre produit principal ? pourquoi ? Avec qui étiez-vous ? Pourquoi avez-vous eu envie de reprendre ? – *faire décrire les sensations lors des premières prises et un lien éventuel entre la prostitution et la consommation de drogues :*

Votre travail était-il plus facile lorsque vous preniez des produits ?

Résistiez-vous mieux le froid ou l'attente ?

Comment avez-vous consommé ce produit ? *Si injection*, où vous procuriez-vous vos seringues ? étaient-elles neuves lors de chaque prise ? Qui vous a appris à vous piquer ou qui vous piquait ?

Quels autres produits avez-vous essayé pendant cette période ? À quel âge avez-vous pris ces produits pour la première fois ?

*S'il y a dépendance, faire décrire le **passage de la première prise à la dépendance** :*

Pourquoi avez-vous continué à consommer et à quelle fréquence ? Qui vous procurait la drogue ? Cette consommation modifiait-elle votre quotidien ? vos relations ? vos dépenses ?

*S'il y a consommation d'autres produits tacher de lui faire parler de l'**association de produits** et des effets recherchés ; par exemple, s'il y a consommation d'héroïne et de cocaïne ou d'ecstasy et des hallucinogènes :*

Quel produit consommiez-vous en premier ? pourquoi ?

Les consommiez-vous en même temps ? pourquoi ?

À cette époque, y avait-il pour vous un produit principal ? lequel ?

Pourquoi considériez-vous ce produit comme le produit principal ?

2.2. La dépendance

2.2.1. La prise de conscience

faire décrire le processus de prise de conscience de la dépendance

Quand vous êtes-vous rendue compte que vous étiez dépendant ? comment ?

Vous êtes-vous rendue compte que vous étiez dépendant lors des premiers symptômes du syndrome de sevrage ? ou avez-vous éprouvé ces symptômes plusieurs fois avant de vous rendre compte que vous étiez dépendant ? – *si elle parle des symptômes du syndrome de sevrage (manque), lui demander de les décrire.*

Combien d'argent dépensiez-vous ?

D'où sortiez-vous l'argent ?

Où achetiez-vous votre produit principal ?

Consommiez-vous d'autres produits ? en association avec le produit principal ?

Où consommiez-vous vos produits ? avec qui ?

Comment les consommiez-vous ?

Si usage de la seringue, examiner les pratiques en ce qui concerne le matériel d'injection – cuillères, tampons d'alcool, eau pour la préparation...

D'où provenaient les seringues ?

Les réutilisez-vous ? pourquoi ?

Réutilisez-vous les cotons ?

D'où provenait l'eau ?

Désinfectiez-vous la peau avant de faire l'injection ?

Qui vous conseillait ? fréquentiez-vous un programme d'échange de seringues ?

2.2.2. Les arrêts

Quand avez-vous arrêté pour la première fois ? – *tacher de préciser plus ou moins le temps écoulé entre la prise de conscience de la dépendance et le premier sevrage, peu importe si cette tentative d'arrêt de la consommation est faite avec aide médicale ou sans.*

Où l'avez-vous fait ?

Comment s'est-elle passée ?

Que preniez-vous pour calmer les symptômes du syndrome de sevrage (douleur, anxiété...) ?

Combien de temps êtes-vous resté sans consommer votre produit principal ?

Que consommiez-vous pendant tout ce temps ?

Avez-vous cessé de vous prostituer pendant cette période ou le faisiez-vous de façon irrégulière ? pourquoi ? Avez-vous d'autres revenus ?

Combien des fois avez-vous arrêté ? – *faire décrire chaque sevrage, en milieu médical ou sans assistance (« à la dure »).*

Combien de temps êtes-vous resté abstinant après chaque sevrage ?

Les reprises du produit principal après les périodes d'abstinence sont-elles liées à des circonstances particulières ? – *si oui, lesquelles ?*

2.2.3. Les produits de substitution

Avez-vous consommé des produits de substitution ? le(s) quel(s) ?

Comment obteniez-vous ce(s) produit(s) ? – *si elle suit un traitement de substitution, où ?*

Le(s) preniez-vous régulièrement ?

Le(s) consommiez-vous en association avec d'autres produits ? quels produits ? – *si association de produits examiner les raisons de cette association et notamment les effets recherchés.*

si elle l'a arrêté, pourquoi l'avez-vous arrêté ?

2.2.4. Les accidents

Avez-vous été en prison ? – *si oui, combien de fois avez-vous été incarcéré ? pour combien de temps chaque fois ? pour quels délits ?*

Avez-vous été malade ou hospitalisé ? – *si oui, de quoi souffriez-vous ?*

Avez-vous fait des overdoses ? – *si oui, décrire les circonstances.*

Avez-vous fait des tentatives de suicide ? – *si oui et si la personne interrogée peut aborder le sujet, tacher d'examiner les circonstances qui l'ont conduit à la faire (ou à les faire si plusieurs tentatives de suicide)*

2.3. La consommation actuelle

*Cet item concerne les pratiques et événements des **douze derniers mois.***

2.3.1. Le produit principal

Combien de fois par jour consommez-vous votre produit principal ?

Quelle quantité consommez-vous à chaque prise ?

Pourquoi considérez-vous ce produit comme principal ?

Combien d'argent dépensez-vous par jour en ce produit ?

Où l'achetez-vous ?

Où le consommez-vous ?

Comment le consommez-vous ? *Si usage de la seringue, examiner les pratiques en ce qui concerne le matériel d'injection : cuillères, tampons d'alcool, eau pour la préparation...*

D'où proviennent les seringues ?

Les réutilisez-vous ? pourquoi ?

Réutilisez-vous les cotons ?

D'où provient l'eau ?

Désinfectez-vous la peau avant de faire l'injection ?

Qui vous conseille ?

2.3.2. Les autres produits

Par rapport au produit principal, comment consommez-vous les autres produits psychoactifs ? pour rendre l'effet du produit principal plus puissant ? pour pallier aux symptômes du syndrome de sevrage ? pour atténuer la descente ?

Consommez-vous les autres produits tous les jours ? – *si non*, quelle est la fréquence de la consommation des autres produits ? – *examiner les variables qui la conditionnent*.

Combien d'argent dépensez-vous par jour en ces produits ?

Où les consommez-vous ?

Où achetez-vous ces produits ?

Comment les consommez-vous ? *Si elle s'injecte revoir les pratiques concernant le shoot et comparer avec la pratique de l'injection du produit principal.*

Avez-vous modifié récemment le mode de préparation des produits ? – *si oui*, pourquoi ?

Avez-vous changé récemment de mode de consommation ?

2.3.3. Les services socio-sanitaires

À part les structures citées pour les sevrages et les traitements de substitution, êtes-vous en contact avec d'autres services socio-sanitaires ? lesquels ?

Connaissez-vous votre statut sérologique pour le HIV ? pour les hépatites ? Êtes-vous vacciné contre le VHB ?

Si la sérologie est positive pour une ou plusieurs de ces maladies :

Depuis quand êtes-vous séropositif ?

Êtes-vous suivi et traité par un médecin ?

Où achetez-vous vos seringues ? pourquoi ?

3. La prostitution et l'usage de drogues

Tacher de le faire parler de la perception de l'usage de drogues dans le milieu de la prostitution si ce thème n'a pas été abordé au cours de l'entretien :

Qui consomme des drogues ?

Qui les revend ?

Comment les drogues sont-elles consommées ?

... et de ses représentations :

Faut-il cacher l'usage de drogues aux clients ? à tous les clients ?

Partage-t-on les drogues avec eux ? ou avec certains d'entre eux ?

Quelles sont les drogues qu'on cache ? quelles celles qu'on partage ?

Comment le client perçoit-il les risques liés à l'usage de drogues ? Quels risques pour quelles drogues, pour quels modes de consommation, pour quelles pratiques ?

Si l'usage de drogues précède la prostitution :

1. L'usage de drogues

1.1. L'entrée

1.1.1. La première prise

À quel âge avez-vous consommé un produit psychoactif pour la première fois ?

description de la première prise du produit cité :

Qui était présent ?

Quels liens aviez-vous avec lui (ou eux) ?

Qui vous a proposé cette prise ?

Dans quelles circonstances ?

Où étiez-vous ? – *lieu de la première prise, par exemple chez un ami, en boîte, dans un jardin public...* Comment avez-vous pris le produit ? Connaissiez-vous la provenance du matériel nécessaire à la prise du produit ? – *faire décrire le mode de préparation et une fois qu'elle a décrit le matériel (paille, pipe, seringue...) enchaîner avec la provenance. Si injection, lui demander qui l'a piqué.*

Où et avec qui habitiez-vous à ce moment-là ? *Si seul ou avec des amis*, quels rapports aviez-vous avec votre famille ? Que faisaient-ils vos parents ? et vos frères et sœurs ?

À quel âge et à quel niveau avez-vous arrêté l'école ? pourquoi ? Que faisiez-vous au moment où vous avez commencé à prendre des produits ?

Aviez-vous des amis ? que faisaient-ils ? – *ce qu'ils faisaient pour gagner de l'argent et autres activités.* Aviez-vous un petit ami ? que faisait-il ?

1.1.2. Les produits consommés avant

si la personne interviewée commence par un produit illicite peu ordinaire explorer les consommations de produits psychotrope légaux ou banalisés :

À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

À quel âge avez-vous commencé à boire ? – *chercher à savoir s'elle buvait pour être ivre ou si c'était une « pratique sociale »*

À quel âge avez-vous commencé à fumer du cannabis ?

Avez-vous pris des psychotropes avant la première prise d'un produit illicite ?

1.1.3. Les produits consommés après

Avez-vous consommé de l'héroïne ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de la buprénorphine ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de la méthadone ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé du sulfate de morphine ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de la codéine ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de la cocaïne ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé du crack ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de l'ecstasy ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé des amphétamines ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé du Rohypnol® ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé d'autres benzodiazépines ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de l'Artane® ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé des hallucinogènes ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé des solvants ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé de la Kétamine® ? *si oui, âge de la première prise.*

Avez-vous consommé des poppers ? *si oui, âge de la première prise.*

1.2. L'usage de drogues avant la prostitution

1.2.1. L'expérimentation

Cette période peut être longue, très longue, marqué par des épisodes de consommation de(s) produit(s) sans conséquences apparentes, tâcher de la lui faire décrire de façon détaillée. Si elle est courte, ne pas insister.

Depuis la première prise, quand avez-vous repris le produit cité en 1.1.1. ? pourquoi ? Avec qui étiez-vous ? Pourquoi avez-vous eu envie de reprendre ? – *faire décrire les sensations lors des premières prises.*

Comment avez-vous consommé ce produit ? *Si injection*, où vous procuriez-vous vos seringues ? étaient-elles neuves lors de chaque prise ? Qui vous a appris à vous piquer ou qui vous piquait ?

S'il y a dépendance, faire décrire le passage de la première prise à la dépendance :

Pourquoi avez-vous continué à consommer et à quelle fréquence ? Qui vous procurait la drogue ? Cette consommation modifiait-elle votre quotidien ? vos relations ? vos dépenses ?

S'il y a consommation d'autres produits tacher de lui faire parler de l'association de produits et des effets recherchés ; par exemple, s'il y a consommation d'héroïne et de cocaïne ou d'ecstasy et des hallucinogènes :

Quel produit consommiez-vous en premier ? pourquoi ?

Les consommiez-vous en même temps ? pourquoi ?

À cette époque, y avait-il pour vous un produit principal ? lequel ?

Pourquoi considériez-vous ce produit comme le produit principal ?

1.2.2. La dépendance

faire décrire le processus de prise de conscience de la dépendance

Quand vous êtes-vous rendue compte que vous étiez dépendante ? comment ?

Vous êtes-vous rendue compte que vous étiez dépendante lors des premiers symptômes du syndrome de sevrage ? ou avez-vous éprouvé ces symptômes plusieurs fois avant de vous rendre compte que vous étiez dépendante ?

Combien d'argent dépensiez-vous ?

D'où sortiez-vous l'argent ?

Où achetiez-vous votre produit principal ?

Consommiez-vous d'autres produits ? en association avec le produit principal ?

Où consommiez-vous vos produits ? avec qui ?

Comment les consommiez-vous ?

Si usage de la seringue, examiner les pratiques en ce qui concerne le matériel d'injection – cuillères, tampons d'alcool, eau pour la préparation...

D'où provenaient les seringues ?

Les réutilisez-vous ? pourquoi ?

Réutilisez-vous les cotons ?

D'où provenait l'eau ?

Désinfectiez-vous la peau avant de faire l'injection ?

Qui vous conseillait ? fréquentiez-vous un programme d'échange de seringues ?

1.2.3. Les arrêts

Quand avez-vous arrêté pour la première fois votre produit principal ? – *tacher de préciser plus ou moins le temps écoulé entre la prise de conscience de la dépendance et le premier sevrage, peu importe si cette tentative d'arrêt de la consommation est faite avec aide médicale ou sans.*

Où l'avez-vous faite ?

Comment s'est-elle passée ?

Que preniez-vous pour calmer les symptômes du syndrome de sevrage (douleur, anxiété...) ?

Combien de temps êtes-vous resté sans consommer votre produit principal ?

Que consommiez-vous pendant tout ce temps ?

Avez-vous cessé de vous prostituer pendant cette période ou le faisiez-vous de façon irrégulière ? pourquoi ? Aviez-vous d'autres revenus ?

Combien des fois avez-vous arrêté ? – *faire décrire chaque arrêt en milieu médical ou sans assistance (« à la dure »).*

Combien de temps êtes-vous resté abstinente après chaque sevrage ?

Les reprises des produits après une période d'abstinence sont-elles liées à des circonstances particulières ? – *si oui, lesquelles ?*

1.2.4. Les produits de substitution

Avez-vous consommé des produits de substitution ? le(s) quel(s) ?

Comment obteniez-vous ce(s) produit(s) ?

Le preniez-vous régulièrement ?

Le consommez-vous en association avec d'autres produits ? quels produits ? – *si association de produits examiner les raisons de cette association et notamment les effets recherchés.*

Avez-vous suivi un traitement de substitution ? où ?

Quel produit preniez-vous ?

si elle l'a arrêté, pourquoi l'avez-vous arrêté ?

1.2.5. Les accidents

Avez-vous été en prison ? – *si oui*, combien de fois avez-vous été incarcéré ? pour combien de temps chaque fois ? pour quels délits ?

Avez-vous été malade ou hospitalisé ? – *si oui*, de quoi souffriez-vous ?

Avez-vous fait des overdoses ? – *si oui*, décrire les circonstances.

Avez-vous fait des tentatives de suicide ? – *si oui et si la personne interrogée peut aborder le sujet, tacher d'examiner les circonstances qui l'ont conduit à la faire (ou à les faire si plusieurs tentatives de suicide)*

2. La prostitution

2.1. L'entrée

2.1.1. Les premières fois

À quel âge avez-vous eu le premier rapport sexuel en échange d'argent, d'un bien ou d'un service ?

Pourquoi vous êtes-vous prostituée ? – *faire décrire les circonstances, si elle a pris la décision de le faire ou si elle a saisi une occasion.*

Comment avez-vous fait ? Aviez-vous des amis ou des camarades qui se prostituent et qui vous ont conseillé ? Aviez-vous débarqué dans un site de prostitution tout seul ?

Comment avez-vous été accueilli par les personnes qui se prostituent sur le site ?

2.1.2. Le(s) sites(s)

faire décrire les lieux où elle a travaillé et les raisons de chaque changement :

Où travailliez-vous ?

Combien de temps êtes-vous resté sur le même site ?

Pourquoi avez-vous choisi ce site ?

Quel rapport entreteniez-vous avec les autres personnes qui travaillaient sur le site ?

Parmi les personnes qui se prostituaient, y avait-il des usagers de drogues ? quelles drogues ?

À part les prostitué(e) s et leurs clients, y avait-il d'autres personnes qui fréquentaient le site ? que faisaient-elles ?

Y avait-il des psychotropes ou des produits illicites qui circulaient dans le site ? *si oui*, qui consommait ? qui vendait ?

Y avait-il un site de revente de psychotropes ou des produits illicites proche du site de prostitution ?

2.1.3. Les clients

faire décrire les différences entre les clients habituels et les autres par rapport au mode de paiement :

Pratiquiez-vous le même tarif avec tous vos clients ?

À part l'argent, acceptiez-vous d'autres moyens de paiement ? *Si oui*, avec tous les clients ou avec certains d'entre eux ?

Vous a-t-on proposé de la drogue comme moyen de paiement ?

Aviez-vous des clients réguliers ?

faire décrire la différence entre clients selon le lieu où se font les passes :

Où faisiez-vous les passes ?
C'était pareil pour tous les clients ?
faire décrire les clients et chercher à se renseigner sur un lien éventuel avec le milieu de la drogue :

Que saviez-vous de vos clients ?

Parmi vos clients, avait-il des usagers de drogues ? des revendeurs ?

2.1.4. L'emploi du temps

faire décrire le passage des pratiques plus ou moins irrégulières à la pratique régulière de la prostitution et chercher à savoir si elle avait d'autres activités.

Travailliez-vous régulièrement ? *Si oui*, quels jours et à quelles heures ? *Si non*, qu'est-ce que c'est ce qui déterminait votre rythme de travail ?

Combien de temps avez-vous plus ou moins maintenu ce rythme de travail ?

2.2. L'usage de drogue après la prostitution

2.2.1. Les produits consommés

Continuez-vous à consommer toujours les mêmes produits ?

Les quantités sont-elles restées stables ? si non, comment votre consommation a-t-elle évolué ? pourquoi ? *explorer si le fait de se prostituer ne l'a pas conduit à augmenter sa consommation et si oui pour quelles raisons : argent plus facile à obtenir ou besoin de plus de produit pour supporter le froid, l'attente, etc.*

Avez-vous expérimenté d'autres produits ?

2.2.2. Les arrêts

Combien des fois avez-vous arrêté de consommer vos produits (ou votre produit) après avoir commencé à vous prostituer ? *si oui, décrire :*

Arrêtiez-vous avec ou sans aide médicale ?

Pour combien de temps arrêtiez-vous l'usage de ce(s) produit ?

Prenez-vous d'autres produits ?

Continuez-vous à vous prostituer pendant les périodes d'arrêt ?

2.3. Modifications récentes des pratiques et du milieu

*Cet item concerne les pratiques et événements des **douze derniers mois**.*

2.3.1. Le site

Où travaillez-vous actuellement ?

Pourquoi ce site vous convient-il ? *si elle est restée longtemps sur le même site de prostitution tâcher de lui faire décrire les changements de pratiques auxquels elle a assisté en ce qui concerne la prévention et l'évolution de la circulation de produits psychoactifs (licite ou illicites) aussi bien dans le site de prostitution que dans les lieux de revente proches.*

Combien de personnes travaillant actuellement dans ce site connaissez-vous ?

Consomment-elles des drogues ? quelles drogues ?

Y a-t-il des prostitué(e) s arrivé(e) s sur ce site dans les douze derniers mois ? *si oui*, d'où viennent-elles/ils ? Quel type de rapport entretenez-vous avec eux ? Consomment-elles/ils des drogues ou sont-elles/ils en contact avec des revendeurs ? quelles drogues ? quels revendeurs ?

Connaissez-vous des prostitués qui se sont fait agresser sur ce site ? – *faire décrire ce qu'elle sait sur les motifs des agressions.*

À part les clients et les prostitué(e) s, y a-t-il d'autres personnes qui fréquentent le site ? pourquoi viennent-elles ?

Y a-t-il actuellement des psychotropes ou des produits illicites qui circulent dans ce site ? quels produits ? qui les vend ? qui les achète ?

Y a-t-il un nouveau site de revente de psychotropes ou de produits illicites proche du site de prostitution ?

2.3.2. Les clients

faire décrire les clients actuels et chercher à se renseigner sur un lien éventuel avec le milieu de la drogue :

Que savez-vous de vos clients actuels ? Ont-ils changé dernièrement ?

Consomment-ils ou revendent-ils de la drogue ?

Vous ont-ils proposé de la drogue ou vous ont-ils donné de l'argent pour l'acheter et la consommer ensemble ?

faire décrire les différences entre les clients habituels et les autres par rapport au mode de paiement :

Avez-vous actuellement des clients réguliers ? *si oui*, à peu près combien ?

Pratiquez-vous le même tarif avec tous vos clients ?

Utilisez-vous le préservatif avec tous les clients ? même pour la fellation ?

Tout le monde pratique le même tarif sur ce site ? – *si non*, pourquoi ? Y a-t-il des prostitué(e)s qui donnent leur argent à un ami ou à une connaissance ? – *faire préciser le rapport. Si oui*, considérez-vous qu'elles/ils se font exploiter ou s'agit-il d'une pratique courante qui n'est pas mise en question ?

faire décrire la différence entre clients selon le lieu où se font les passes :

Où faites-vous vos passes ?

C'est pareil pour tous les clients ?

Quel rapport avez-vous actuellement avec vos clients ? discutez-vous avec eux ? allez-vous prendre un verre avec eux ou au cinéma ? Vous invitent-ils chez eux ? – *faire raconter et tenter de lui faire parler des « clients amis », des avantages qu'elle tire de cette situation. Si elle manifeste avoir eu ce genre de clients pendant les douze derniers mois leur faire parler d'eux, qu'elle les décrive et qu'elle décrive les échanges qui ont lieu entre eux.*

2.3.3. L'emploi du temps

Actuellement, travaillez-vous régulièrement ou de façon irrégulière ? – *s'il y a un changement explorer les raisons.*

Pouvez vous me décrire une de vos journées ? – à quelle heure vous levez-vous ? *et ainsi de suite, par exemple* : quand vous vous levez, que faites-vous en premier ?... *si elle n'arrive pas, lui demander de raconter ce qu'elle a fait la veille.*

2.3.4. La sociabilité

Revenir un peu sur la question concernant ses relations au moment où elle a commencé à consommer des produits psychoactifs :

Que sont devenus vos amis ?

Actuellement, avez-vous des amis ? que font-ils ?

Gardez-vous des liens avec votre famille ?

Où habitez-vous actuellement ? avec qui ?

Avez-vous un petit ami ? que fait-il ?

Avez-vous eu des enfants ? *si oui*, où sont vos enfants actuellement ? que font-ils ?

2.4. La consommation actuelle

*Cet item concerne les pratiques et événements des **douze derniers mois.***

2.4.1. Le produit principal

Combien de fois par jour consommez-vous votre produit principal ?

Quelle quantité consommez-vous à chaque prise ?

Pourquoi considérez-vous ce produit comme principal ?

Combien d'argent dépensez-vous par jour en ce produit ?

Où l'achetez-vous ?

Où le consommez-vous ?

Comment le consommez-vous ? *Si usage de la seringue, examiner les pratiques en ce qui concerne le matériel d'injection : cuillères, tampons d'alcool, eau pour la préparation...*

D'où proviennent les seringues ?
Les réutilisez-vous ? pourquoi ?
Réutilisez-vous les cotons ?
D'où provient l'eau ?
Désinfectez-vous la peau avant de faire l'injection ?
Qui vous conseille ?

2.4.2. Les autres produits

Par rapport au produit principal, comment consommez-vous les autres produits psychoactifs ? pour rendre l'effet du produit principal plus puissant ? pour pallier les symptômes du syndrome de sevrage ? pour atténuer la descente ?

Consommez-vous les autres produits tous les jours ? – *si non*, quelle est la fréquence de la consommation des autres produits ? – *examiner les variables qui la conditionnent*.

Combien d'argent dépensez-vous par jour en ces produits ?

Où les consommez-vous ?

Où achetez-vous ces produits ?

Comment les consommez-vous ? – *si elle s'injecte revoir les pratiques concernant le shoot et comparer avec la pratique de l'injection du produit principal*.

Avez-vous modifié récemment le mode de préparation des produits ? – *si oui*, pourquoi ?

Avez-vous changé récemment de mode de consommation ?

2.4.3. Les services socio-sanitaires

À part les structures citées pour les sevrages et les traitements de substitution, êtes-vous en contact avec d'autres services socio-sanitaires ? lesquels ?

Connaissez-vous votre statut sérologique pour le HIV ? pour les hépatites ? Êtes-vous vacciné contre le VHB ?

Si la sérologie est positive pour une ou plusieurs de ces maladies :

Depuis quand êtes-vous séropositif ?

Êtes-vous suivi et traité par un médecin ?

Où achetez-vous vos seringues ? pourquoi ?

3. La prostitution et l'usage de drogues

Tacher de le faire parler de la perception de l'usage de drogues dans le milieu de la prostitution si ce thème n'a pas été abordé au cours de l'entretien :

Qui consomme des drogues ?

Qui les revend ?

Comment les drogues sont-elles consommées ?

... *et de ses représentations :*

Faut-il cacher l'usage de drogues aux clients ? à tous les clients ?

Partage-t-on les drogues avec eux ? ou avec certains d'entre eux ?

Quelles sont les drogues qu'on cache ? quelles celles qu'on partage ?

Comment le client perçoit-il les risques liés à l'usage de drogues ? Quels risques pour quelles drogues, pour quels modes de consommation, pour quelles pratiques ?

BIBLIOGRAPHIE

- Barré, M. D., « Les liaisons statistiques entre infractions à la législation sur les stupéfiants et délinquances », in *Les drogues en France. Politiques, marchés, usagers*, Paris, 1999, pp. 117-128.
- Bello, P.Y. et al., *Tendances récentes. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2001.
- Bello, P.Y. et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2002.
- Bouhnik, P., « Consommation d'héroïne en milieu urbain défavorisé », in *Communications*, n° 62, Paris, Seuil, 1996, pp. 241-257.
- Castel, R., *Les sorties de la toxicomanie*, Paris, MIRE-GRASS, 1992.
- CEESCAT, *Les programmes d'échange de seringues pour la prévention du VIH dans les pays du sud de l'Europe*, Rapport remis à la Commission des Communautés Européennes, Barcelone, avril 1998.
- Chen, K. et Kandel, D., « The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample », in *American journal of public health*, vol. 85, n° 1, January 1995, pp. 241-257.
- Cohen, P., *Cocaine use in non-deviant subcultures*, Amsterdam, 1989.
- Coppel, A. et al., *Recherche-action prostitution et santé publique*, Centre collaborateur OMS, 1990.
- Coppel, A., « Toxicomanie, sida et réduction des risques en France », in *Communications*, n° 62, Paris, Seuil, 1996, pp. 75-108.
- Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ?*, Paris, La Découverte, 2002.
- Derycke, D., *Rapport d'activité : Les politiques publiques et la prostitution*, Rapport de la Délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, Paris, 2000.
- De Vincenzi I. et al., « Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris », in *BEH*, n° 47, 1992, pp. 223-224.
- Ehrenberg, A., Mignon, P., *Drogues, politiques et société*, Paris, Editions Descartes-Le Monde Edition, 1992.
- Ehrenberg, A., « Comment vivre avec les drogues », in *Communication*, n° 62, Paris, Seuil, 1996, pp. 5-26.
- El-Bassel, N. et al., « Sex trading and psychological distress among women on methadone », in *Psychology of addictive behaviours*, 2001, vol. 15, n° 3, pp. 177-184.

Emmanuelli, J., Lert, F., Valenciano, M., *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*, Rapport pour l'OFDT, Juillet 1999.

Erickson, P. et al. « Crack and prostitution : gender, myths and experiences », in *Journal of drug issues*, fall 2000, pp. 767-788.

Henrion, R., *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La documentation française, 1995.

Hoffman, J. et al, « Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviours », in *Drug and alcohol dependence*, No 58, 2000, pp. 227-236....

Ingold, R., « Le processus de dépendance que les héroïnomanes », in *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1985, pp. 583-595.

Ingold, R., « Le passage des toxicomanes en prison : l'incarcération et son enjeu », in *Psychotropes*, vol. III, n° 2, automne 1986, pp. 23-34.

Ingold, R. et Toussirt, M., *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH*, Paris, IREP, 1993.

Ingold, R. et al., *Les travailleurs sexuels et la consommation de crack*, Paris, IREP, 1994.

IREP, *Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite*, rapport de recherche, décembre 1996.

Lagrange, H., *De l'affrontement à l'esquive*, Paris, Syros, 2001.

Lagrange, H. et Mogoutov, A., « Un retardement de l'entrée dans la toxicomanie », *Déviance et société*, vol 21, n° 3, 1997, pp. 289-302.

Laurindo da Silva, L. et Bilal, S., « Recherche-action : prostitution masculine et prévention du VIH à Paris », ANRS, 1992.

Logan, T. et Leukefeld C., « Sexual and drug use behaviours among female crack users : a multi-site sample », in *Drug and alcohol dependence*, n° 58, 2000, pp. 237-245.

Lowenstein, W. et al., *La méthadone et les traitements de substitution*, Paris, Doin Editeurs, 1995.

Mathieu, L., « L'espace de la prostitution », in *Sociétés Contemporaines*, n° 38, 2000, pp. 99-116.

Mathieu, L., *Prostitution et sida*, Paris, l'Harmattan, 2000.

Nabben, T. et Korf D., « Cocaine and crack in Amsterdam : diverging subcultures », in *Journal of Drug Issues*, summer 1999, pp. 627-651.

OFDT, *Drogues et dépendances, indicateurs et tendances 2002*.

Ogien, A., et Mignon, P., *La demande sociale de drogues*, Paris, La documentation française, 1994.

Ogien, A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, 1995.

Olivenstein, C., *Le destin du toxicomane*, Paris, Fayard, 1984.

Pryen, S., « Le monde social de la prostitution de rue : repenser l'approche par le risque », in *Cahier lillois d'économie et de sociologie*, n° 28, 2^{ème} semestre 1996, pp. 87-106.

Pryen, S., « Usage de drogues et prostitution de rue », in *Sociétés Contemporaines*, n° 36, 1999, pp. 33-51.

Renn, S. et Lange, K. H., *Quartiers urbains et milieu de la drogue*, rapport à la Commission Européenne, Hambourg, 1995.

Roques, B., *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé, mai 1998.

Serre, A. et al., « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, 1996, pp. 407-416.

Trautmann, C., *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Rapport au Premier Ministre, Paris, 1992.

Waldorf, D., « Natural recovery from opiate addiction : some social-psychological processes of untreated recovery », in *Journal of Drug Issues*, spring 1983, pp. 237-280.

Welzer Lang, D., Barbosa, O., Mathieu, L., *Les uns, les unes et les autres*, Paris, Métailié, 1994.

Winick, Ch., « Guérison spontanée de la toxicomanie par processus de maturation », in *Bulletin des stupéfiants*, n° 14, 1962, pp. 1-8.

Young A., Boyd C., Hubbell, A., « Prostitution, drug use and coping with psychological distress » in *Journal of Drug Issues*, fall 2000, pp. 789-800.

Cette recherche sur la consommation de produits psychoactifs chez les femmes prostituées a été réalisée dans le cadre des investigations spécifiques du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). Ces investigations sont destinées à accroître les connaissances sur des pratiques ou des populations, relevant du champ de l'usage de drogues, peu ou mal connues jusqu'alors.

Ce travail vient donc apporter des éléments d'information sur les fréquences et les caractéristiques des usages de produits psychoactifs au sein de l'espace prostitutionnel féminin. L'enquête a été réalisée entre les mois de mai et décembre 2002, à Lille, Marseille et Paris, auprès d'un échantillon de 173 personnes à partir d'entretiens semi-directifs et de questionnaires portant sur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des personnes interrogées, les modalités pratiques de leur activité et leur consommation de produits psychoactifs.

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

3 avenue du Stade de France

93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : 33 (0)1 41 62 77 16

Fax : 33 (0)1 41 62 77 00

courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Citation recommandée

CAGLIERO (S.), LAGRANGE (H.), *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 91 p.
