



HAL
open science

Étude qualitative sur la santé génésique des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, menée sur 10 entretiens semi-dirigés

Lola Teixeira

► **To cite this version:**

Lola Teixeira. Étude qualitative sur la santé génésique des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, menée sur 10 entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870469

HAL Id: hal-03870469

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870469>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Teixeira Lola

**Étude qualitative sur la santé génésique des
personnes en situation de prostitution de rue
de la ville de Nancy, menée sur 10 entretiens
semi-dirigés**

Soutenu le 02 Juillet 2020

Directeur de mémoire : Hutinet Joëlle

Enseignante universitaire de Lorraine



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

Département Universitaire Lorrain de

Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Teixeira Lola

**Étude qualitative sur la santé génésique des
personnes en situation de prostitution de
rue de la ville de Nancy, menée sur 10
entretiens semi-dirigés**

Soutenu le 02 Juillet 2020

Directeur de mémoire : Hutinet Joëlle

Enseignante universitaire de Lorraine

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement l'équipe de l'association ARS-Antigone pour m'avoir aidée dans ce mémoire. Votre soutien constant et votre patience ont été salutaires.

Je remercie aussi Mme Hutinet pour avoir toujours été présente pendant la durée de ce mémoire et toujours réactive et à l'écoute.

A toutes les femmes de cette étude : merci beaucoup d'y avoir participé.

Merci aussi aux méthodologistes et à l'équipe enseignante pour leurs conseils.

Enfin merci à ma famille et à mon mari pour leur relecture et leurs conseils.

GLOSSAIRE

AME : Aide médicale d'état

ARS - ANTIGONE : Association accueil et réinsertion sociale

CEGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CSS : Complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C)

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

HAS : Haute autorité de santé

INVS : Institut de veille sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LSI : Loi de sécurité intérieure

OCRTEH : Office central pour la répression de la traite des êtres humains

OMS : Organisation mondiale de la santé

PREP : Prophylaxie pré-exposition

PUMA : Protection universelle maladie (anciennement CMU)

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

STRASS : Syndicat du travail sexuel

TASP : Traitement comme prévention (treatment as prevention en anglais)

TPE : Traitement post-exposition

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. LA PROSTITUTION DANS LE MONDE.....	7
2. LA PROSTITUTION EN FRANCE.....	8
3. LA PROSTITUTION À NANCY.....	9
4. L'ASSOCIATION ARS - ANTIGONE	11
5. LA SANTÉ GÉNÉSIQUE.....	11
6. PROBLÉMATIQUE	12
7. OBJECTIFS DU MEMOIRE.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE	13
1. SCHÉMA ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	13
2. POPULATION ÉTUDIÉE.....	13
3. MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES	14
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES.....	15
5. DONNÉES COLLECTÉES ET LEUR ANALYSE.....	16
6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	17
RÉSULTATS ET DISCUSSION	18
1. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	18
2. PRISE EN CHARGE MÉDICALE.....	20
3. ANATOMIE DE LA FEMME.....	24
4. ÉDUCATION SEXUELLE.....	26
5. CONTRACEPTION.....	26
6. PROTECTION FACE AUX IST.....	29
7. VIE SEXUELLE, AMOUREUSE, FAMILIALE	32
8. PSYCHOLOGIE ET SANTÉ MENTALE.....	33
9. VIOLENCE FAITES AUX FEMMES	33
10. CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS	34
11. DIALOGUE LIBRE, AJOUTS ET QUESTIONS.....	37
12. PROFILS DE POPULATION.....	38
13. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	42
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES.....	48

INTRODUCTION

1. LA PROSTITUTION DANS LE MONDE

Il existe plusieurs définitions du terme prostitution. De la manière la plus concise possible, la prostitution peut se définir comme étant « (...) un échange de pratiques sexuelles contre rémunération » [1,2]. La nature de la prestation proposée est à la discrétion de la personne proposant ses services et du besoin du client. La rémunération est variée, cela peut être du numéraire mais aussi de la nourriture, un logement, des cadeaux... Il existe autant de façon de vendre ses services que de lieux différents pour sa pratique.

Cette activité est communément considérée comme étant « le plus vieux métier du monde » dont les clients sont en très grande majorité des hommes (99%) et les prestataires en grande partie des femmes [2-5]. On estime à 42 millions le nombre de personnes qui se prostituent dans le monde, d'après un rapport mondial sur l'exploitation sexuelle par la fondation Scelles en 2012 [6].

L'âge n'est pas un frein à cette pratique, plus de 75% des travailleurs du sexe ont entre 13 et 25 ans. Plus de 3 millions de mineurs seraient victimes d'exploitation sexuelle et nombre d'entre eux termineraient dans le réseau proxénète eux-mêmes [5,9].

La prostitution est exercée par des individus de milieux sociaux très disparates mais dont la majorité provient de milieux sociaux très pauvres, et qui pratiquent la prostitution pour la nécessité de survivre plutôt qu'à un réel attachement à cette activité.

La prostitution est un marché conséquent dans le monde, avec plusieurs milliards de dollars estimés en jeu. En 2015, une étude réalisée par l'association le Mouvement du Nid estimait à 1,6 milliards d'euros par an le coût économique et social de la prostitution en France [10,27].

La prostitution est étroitement liée à la traite des êtres humains et à l'exploitation sexuelle [11]. Les femmes dans les pays pauvres du monde sont recrutées souvent par la force pour être exploitées, et revendues comme tierce marchandise dans des pays riches [5,12]. On parle ainsi de plus de 2 millions de femmes et de fillettes qui seraient maintenues dans ce système par des menaces physiques et psychologiques, de la drogue, des coups, de la privation de nourriture [5,9]...

Dans le monde entier, et au cours de l'histoire, plusieurs types de visions de la prostitution ont été avancées par les différents pays du monde. Aujourd'hui, on peut lister trois différentes conceptions et prises en charge par les pays : le réglementarisme, qui encadre la

prostitution (c'est le cas en Allemagne par exemple) l'abolitionnisme, qui vise à abolir la prostitution en aidant les prostituées à sortir de la prostitution et en sanctionnant les réseaux d'exploitation sexuelle ainsi que les clients (c'est la position en France) [13], enfin le prohibitionnisme qui interdit toute forme de prostitution en sanctionnant le réseau proxénète et les personnes se prostituant de la même manière (en Roumanie par exemple) [12].

Dans tous les cas, la prostitution est considérée comme un déterminant de problèmes de santé publique partout dans le monde. Ce déterminant influence la santé des travailleurs du sexe et la prise en charge de la prostitution résultera de cette conception différenciée des Etats.

Il existe peu de ressources bibliographiques internationales fiables recensant le nombre de personnes en situation de prostitution. Elles sont encore moins nombreuses au plan national et à plus petite échelle. Il en est de même pour les sources d'informations sur leur état de santé, et d'autant plus concernant le versant santé génésique.

2. LA PROSTITUTION EN FRANCE

En France, elle est pratiquée par des femmes en majorité (85%) bien que des hommes soient aussi représentés dans cette profession (10% des hommes, 5% des personnes transsexuelles) [2,4,5,12].

En France, comme dans le reste du monde, les estimations quantitatives de travailleurs du sexe sont peu précises, car c'est un tabou dans la société et une activité cachée jugée dégradante, sale et immorale. De plus, les réseaux proxénètes ont tout intérêt à interdire aux femmes sous leur coupe, une quelconque visibilité (administrative, médicale, sociale...). On trouve donc très peu de données sur un recensement national mais l'Office Central pour la Répression de la Traite des Êtres Humains [14] évalue à 20 000 le nombre de personnes en situation de prostitution en 2011, chiffre repris par le rapport de la mission d'information parlementaire sur la prostitution en France [3]. Plus récemment, en 2015, la lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes estime leur nombre à 30 000 [5]. Mais, ces différentes sources de statistiques ne comptent que la prostitution de rue par les prostituées qui peuvent s'exprimer sur le sujet, et ne prennent pas en compte la prostitution sur internet par exemple, pourtant bien plus prospère à l'heure actuelle. D'après l'association le Mouvement du Nid, il y aurait plutôt entre 30 000 et 45 000 personnes qui se prostitueraient et d'après le Syndicat du Travail Sexuel, on estimerait à 40 000 travailleurs du sexe en France, sans compter la prostitution occasionnelle [15,16]. En France, 93% des travailleuses du sexe sont étrangères et soumises à l'emprise d'un réseau proxénète [2,5]. Pour certaines d'entre elles, le passage en France peut coûter entre 30 et 60 mille euros, qui leur sont prêtés par leur réseau. Le but pour

elles étant d'essayer de le rembourser, mais le montant accroît au fil du temps et il est souvent inatteignable.

La loi régissant le cadre de la prostitution en France a varié au cours de l'histoire, en fonction de l'évolution de la société et des gouvernements en place. La tendance française est de tendance abolitionniste. Depuis le second millénaire, trois grandes lois ont été votées pour appuyer cette position [17] :

- En 2003, la Loi sur la Sécurité Intérieure (LSI) aussi appelée « Loi Sarkozy », interdit de nouveau le racolage passif (cette pénalisation ayant été supprimée en 1994) ;
- En 2011, la tendance est à la pénalisation du client de la prostitution et à la lutte contre le proxénétisme ;
- En 2016, la LSI est abrogée et un accompagnement des personnes prostituées pour la sortie de la prostitution est favorisé. La pénalisation du client est maintenue et renforcée visant à le sanctionner [18].

Les réseaux proxénètes en activité en France sont essentiellement issus d'Europe de l'Est (Bulgarie ou Roumanie), d'Afrique subsaharienne (Nigéria), d'Amérique du Sud (Brésil, Uruguay, Pérou...) et de Chine [4,5].

La prostitution se pratique dans différents lieux d'exercice : la rue, les hôtels, les appartements, les maisons closes et assimilées (salon de massage, club de strip-tease etc.) et par le biais d'internet. En France, il est interdit de tenir un commerce de trafic sexuel telles que les maisons closes [3,19].

Il existe aussi différents profils de personnes en situation de prostitution en dehors de leur origine de naissance, comme les mineures, les étudiantes, avec une vie active ou non etc.

3. LA PROSTITUTION À NANCY

La prostitution de rue à Nancy est exercée essentiellement par une population étrangère en particulier venant du continent sud-américain, d'Europe de l'Est et du continent africain. Il existe aussi une population chinoise importante, mais elle est plus active dans des appartements gardés par leur souteneur et difficilement approchables par les non initiés.

La plupart des femmes travaillant sur le trottoir se répartissent, soit selon une organisation mise en place par les proxénètes, soit par origine ethnique ou soit par affinités. On peut donc dégager trois secteurs d'activités à Nancy bien définis où les places les plus visibles sont les plus chères. Personne ne déroge à cet arrangement.

Dans la rue à Nancy, on retrouve cette organisation bien spécifique qui existe dans toutes les villes de France où la localisation a son importance. En effet, la location ou la vente

illégal de l'emplacement, peut amener à des pressions sociales, voire à des conflits ouverts avec violences physiques à la clé. Certaines rues à grand passage de véhicules ou à connotation de « rues à prostitution » sont privilégiées [20].

Dans le métier de la prostitution, le travail est essentiellement nocturne, selon une tranche horaire moyenne de 22h30 à 02h ; la prostitution de jour étant interdite en France. Par conséquent, le risque de violences et d'agressions est plus élevé.

On compte à Nancy, une moyenne de 20 à 30 femmes en activité chaque soir. Ce chiffre peut fluctuer en fonction de la saison et de la météo par exemple.

Malgré l'abrogation de la loi sur le racolage passif, les femmes ne font parfois arrêter pour trouble à l'ordre public. La tenue vestimentaire est dans ce cas fondamentale car il faut attirer les clients sans éveiller l'attention des forces de l'Ordre, et une tenue dite « convenable » ne garantit pas toujours contre les arrestations. Aucune femme ne se risquerait à argumenter car la plupart d'entre elles sont étrangères, certaines sans-papiers et quelques-unes ne parlant pas français.

Des comportements de protection sont communément acquis par la communauté : par exemple, s'assurer que les portières de la voiture soient ouvertes lors de la prestation ou indiquer au client un lieu éclairé accessible rapidement... Malgré ces mesures de prévention, elles restent néanmoins sans protection ; par exemple dans le cas d'une fuite hypothétique, leurs talons hauts sont inadaptés et elles sont rarement munies d'armes d'autodéfense [21].

Comme dans le reste de la France et dans le monde, il existe plusieurs réseaux de proxénètes à Nancy. On différencie essentiellement des réseaux tenus par des femmes proxénètes nigériennes et des hommes d'Europe de l'Est.

Les victimes du réseau sont recrutées dans leur pays d'origine sous prétexte d'une vie meilleure. On ne leur dit pas tout de suite qu'elles vont devoir se prostituer mais qu'elles vont faire des ménages ou de la garde d'enfants par exemple. Sur place, elles se retrouvent piégées et dans un engrenage pour rembourser leurs dettes ; on les incite à se prostituer. Le premier pas franchi, il n'est pratiquement plus possible de faire machine arrière et le montant de la dette ne cessera d'augmenter.

Leur style de vie est parfois nomade ; lorsqu'elles suivent les clients dans leurs déplacements. Mais la plupart du temps, il dépend de la surveillance exercée par le réseau, souvent composé d'anciennes professionnelles du sexe. En effet, un des seuls moyens pour elles de se sortir du trafic d'êtres humains, est de s'élever dans la hiérarchie.

Tous ces éléments font d'elles une population difficile à appréhender. Il a donc fallu composer pour atteindre la population cible.

4. L'ASSOCIATION ARS - ANTIGONE

Le seul moyen de pouvoir interroger les personnes en situation de prostitution est de passer par l'intermédiaire d'une association les prenant en charge.

Dans la région Grand-Est, il existe quelques rares associations qui font ce travail notamment le Mouvement du Nid à Metz et l'Association Accueil et Réinsertion Sociale ANTIGONE à Nancy. Chaque association propose différentes méthodes d'aide aux personnes en situation de prostitution : certaines ont vocation à les sortir de la rue, d'autres à les accompagner dans leur quotidien.

A Nancy, l'association ANTIGONE a été créée le 01 juin 2007. Quatre professionnels sont employés par l'association : une infirmière, deux assistants sociaux et un directeur. Ses missions sont, entre autres, la lutte contre l'exclusion des personnes en situation de prostitution, la prévention des risques, l'assistance aux personnes victimes de la traite des êtres humains et la réduction des risques sanitaires et sociaux [22]. L'association est à but non lucratif. Chaque mois, une trentaine de femmes est en contact avec les membres de l'association.

L'association ANTIGONE a accepté d'aider à la réalisation de ce mémoire, d'une part en répondant aux questions sur la prostitution en France et à Nancy, d'autre part en mettant à disposition un espace dans ses locaux pour mener les entretiens, et enfin en proposant l'accès à son véhicule lors des tournées nocturnes à la rencontre des travailleuses du sexe.

5. LA SANTÉ GÉNÉSIQUE

Du fait de son métier à risque, la santé de cette population et en particulier sa santé génésique peut être altérée [40].

La définition de la santé génésique a été adoptée en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement par consensus de plus de 194 pays.

L'Organisation Mondiale de la Santé cite les Nations Unies en définissant que : « Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général [...] de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital [...]. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire [...] » (Paragraphe 7.2). Elle indique aussi que la santé génésique « [...] repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme [...] » (Paragraphe 7.3) [23,24].

Il n'y a peu de données littéraires récentes sur la prostitution et notamment sur l'aspect de la santé génésique. La parole a peu été donnée à cette population. De plus, il s'avère que les professionnels de santé ont peu de connaissances sur le sujet [25].

6. PROBLÉMATIQUE

Quels sont les principaux déterminants de la santé génésique auxquels sont confrontées les personnes en situation de prostitution à Nancy ?

7. OBJECTIFS DU MEMOIRE

OBJECTIF PRINCIPAL :

L'objectif de cette étude est de déterminer les besoins et les attentes des personnes en situation de prostitution de rue à Nancy, en terme de prise en charge médicale en les interrogeant sur leurs déterminants de santé génésique.

OBJECTIFS SECONDAIRES :

1. Démontrer que certains facteurs amènent à un rapport au corps et à la santé différent.
2. Établir que le nonaccès aux soins n'est pas uniquement dû au facteur économique.
3. Détailler une possible inadaptation des services sociaux et sanitaires.
4. Déterminer les arguments en faveur de la mise en place d'une formation pour les professionnels de santé, à travers les attentes exprimées par les participantes.

HYPOTHÈSES :

1. Les professionnels de soins ne connaissent pas ou peu la vie sexuelle de cette population, et ses conséquences sur sa santé génésique.
2. Une prise en charge proposée peut ne pas être adaptée à leur réalité de vie.
3. La population ciblée n'est pas familière du système de santé et des déterminants de leur santé génésique.
4. Les personnes en situation de prostitution peuvent être discriminées du fait de leur activité, leur origine, leur ressources ...

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. SCHÉMA ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

Pour répondre à la problématique posée, il a été choisi de mener une étude épidémiologique, analytique, qualitative, prospective et unicentrique, à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Le but de cette étude était de collecter un maximum de données sur les conditions de travail et de vie des femmes en situation de prostitution de rue de Nancy, afin d'en dégager des informations concrètes sur leur santé génésique.

2. POPULATION ÉTUDIÉE

2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

La population ciblée est constituée de personnes en situation de prostitution de rue dans la ville de Nancy. Étaient incluses dans cette étude, les personnes de sexe féminin, transsexuelles et/ou identifiées comme telles, ainsi que les personnes non binaires (ne se retrouvant dans aucun des deux genres : féminin ou masculin). Ces personnes devaient être majeures, en situation de prostitution actuellement ou à un moment donné de leur vie, sans restriction de temps, et parlant anglais, français ou portugais (même rudimentaire), toutes nationalités confondues. Ont été exclues de cette étude, les personnes mineures ou sous tutelle, s'identifiant comme des hommes, et celles avec lesquelles la barrière de la langue était trop importante (dialogue non fluide et/ou risque d'incompréhension des informations données).

2.2 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

D'après les données de l'association ANTIGONE, on dénombre approximativement 300 personnes en situation de prostitution à Nancy depuis quelques années. Ce chiffre correspond à des travailleurs du sexe de rue connus des membres de l'association, à la suite des rencontres lors des tournées du soir ou dans leurs bureaux.

Cette donnée a été recueillie grâce au travail de terrain que mènent les membres de l'association sans qu'elle soit pour autant d'une importance quelconque pour leur travail.

3. MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES

3.1 ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Après avoir reçu l'accord des participantes, les entretiens ont été semi-dirigés et enregistrés sur dictaphone pour pouvoir être analysés par la suite. Une fois l'accord notifié, le dictaphone a été dissimulé pour ne pas perturber les interviewées. Les entretiens ont été menés dans un bureau fermé, avec un poste de radio allumé dans le couloir pour assurer la discrétion phonique. Pour créer une ambiance plus conviviale et donc propice à la confiance, des boissons et collations ont été proposées aux participantes (voir Annexe I).

Dix entretiens ont été réalisés, chacun sur une durée de 30-45 minutes prévue initialement, mais qui s'est étendue jusqu'à 1h15 pour le plus long. Les entretiens ont été menés de décembre 2017 à juin 2018.

Par la suite, les informations ont été réunies dans un tableur Excel® pour la partie statistiques et dans un fichier Word® pour la partie discussion. Deux niveaux d'écoute des enregistrements ont été pratiqués : un pour dégager les informations principales et les données qualitatives, un autre pour une lecture détaillée et précise des phrases et traductions des expressions de langage inconnues. Puis les informations ont été classées en sous-catégories, par mesure de simplification et pour éviter les redondances.

Il n'y a eu aucune note retranscrite à l'écrit ou dactylographiée pendant les entretiens pour ne pas intimider les participantes, mais un système de notation par symbole discrètement inscrit sur la trame d'entretien, a été utilisé. Cette méthode a permis de recueillir, outre les mots, des impressions telles que : émoi, colère, tristesse, doute et surprise.

Lorsqu'un sujet était trop difficile à aborder pour une participante, il était immédiatement exclu de la conversation.

3.2 ANONYMISATION DES DONNÉES

Pour préserver l'anonymat des participantes deux mesures ont été mises en place. La première consistait à nommer les participantes et les informations collectées par leur numéro de passage d'entretien : Entretien n°1, Entretien n°2 etc, la seconde à renseigner leur âge dans des classe d'âges distinctes.

3.3 LANGUE PARLÉE

La barrière de la langue a été une des premières difficultés pour cette étude, car seule une participante seulement parlait français de naissance.

Afin de diminuer les biais d'information, il a été décidé de parler dans la langue la plus couramment utilisée par les participantes. Les langues parlées pendant les entretiens se répartissaient de manière presque égales entre le français, l'anglais et le portugais.

Les traductions ont été faites par des femmes, pour éviter au maximum d'intimider les participantes. Tous les propos recueillis ont été ou ont été adaptés pour qu'ils puissent être retranscrits en français courant. La traduction a été aussi fidèle que possible.

Le guide d'entretien, servant de soutien visuel, a également été traduit en anglais et portugais, et des traductrices venaient en aide par téléphone au moment des entretiens lorsque cela était nécessaire (voir Annexe VIII).

4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES

4.1 PREMIER CONTACT AVEC LA POPULATION CIBLÉE

Pour recruter la population ciblée, plusieurs actions ont été menées en collaboration avec l'association ARS-Antigone.

Dans un premier temps, des discussions informelles ont eu lieu avec de potentielles participantes qui avaient le profil, lors des divers rendez-vous avec les membres de l'association dans les bureaux. Les membres de l'association prenaient soin de me présenter personnellement à chacune d'entre elles pour les familiariser avec le sujet du mémoire. Plusieurs personnes ont ainsi été approchées, ce qui a été bénéfique au moment de la deuxième prise de contact. Plus tard, lors de leurs rencontres avec ces dernières, les membres de l'association ont eu l'occasion d'aborder le sujet du mémoire et de proposer un rendez-vous. Ils disposaient pour cela de Flyers (voir Annexe III) qu'ils distribuaient à chaque fois qu'ils en voyaient l'utilité.

4.2 PRISE DE RENDEZ-VOUS ET SORTIE EN VILLE

Pour la suite, il a été prévu avec les membres de l'association, que le sujet du mémoire soit abordé lors d'une sortie dans la ville de Nancy avec la camionnette de l'association (voir Annexe IV). Cette sortie s'est effectuée avec un membre masculin de l'association le 12/12/2017 au soir. Par principe de précaution, les membres de l'association sortent toujours en binôme lors des tournées, comptant obligatoirement une femme et un homme.

Certaines travailleuses du sexe rentraient dans le véhicule pour boire un café/thé, d'autres se contentaient de discuter en dehors. Il y avait du matériel à disposition pour celles et ceux qui le souhaitaient : préservatifs, lubrifiants, lingettes nettoyantes, éponges vaginales (voir Annexes IV et V)... Dix-sept femmes ont été abordées lors d'échanges autour d'une boisson

chaude et 5 autres sont venues en entretien après la sortie sur le terrain. Les autres femmes ont été contactées dans les locaux de l'association.

5. DONNÉES COLLECTÉES ET LEUR ANALYSE

Lors des entretiens, différentes thématiques ont été abordées. Elles ont été le fruit d'une réflexion personnelle sur les déterminants qui pouvaient entraîner une modification de l'état de santé génésique de ces femmes. On recense les catégories suivantes (voir Annexe II) :

1. Informations générales ;
2. Prise en charge médicale ;
3. L'anatomie de la femme;
4. Éducation sexuelle ;
5. Contraception ;
6. Protection face aux IST ;
7. Vie sexuelle, amoureuse, familiale ;
8. Psychologie et santé mentale;
9. Violences faites aux femmes ;
10. Consommation de produits psychoactifs;
11. Dialogue libre, ajouts de questions ;
12. Profils de population ;

Les questions posées étaient essentiellement des questions fermées, courtes, claires et précises mais avec, dans leur forme, une possibilité pour elles de détailler si besoin.

L'ordre chronologique des questions a été testé pour correspondre à un enchaînement fluide et cohérent entre les thèmes. Cela n'a pas empêché toutefois de traiter les thèmes dans l'ordre des propos tenus par l'interviewée. La partie 10 a été ajoutée en aval, après avoir été abordée par la participante n°1. Le test de la trame d'entretien a été testée sur une femme en situation de prostitution mais aussi sur un membre volontaire de l'association. De plus, cette trame a été corrigée par un méthodologiste afin d'assurer le respect des prérequis de ce type d'étude.

6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Pour réaliser cette étude, une vérification a été réalisée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, pour que l'anonymisation des informations et des libertés individuelles des participantes soient préservées [26]. Après un contact par mail et un rendez-vous dans les bureaux de l'association, il a été conclu que cette étude ne nécessitait pas plus de démarches que celles réalisées lors de l'anonymisation des données pour le guide d'entretien, à savoir un consentement oral après énoncé du sujet du mémoire et des grandes thématiques abordées.

L'enregistrement des entretiens s'est fait après consentement de chaque participante, et leur participation a été libre et éclairée. Il leur a aussi été proposé la possibilité d'une traduction par téléphone pour aider à la compréhension mutuelle. Les traductrices contactées ont été informées préalablement du sujet de l'étude, de la nécessité du respect de la vie privée des participantes ainsi que du respect du secret professionnel.

La proposition de l'accès aux résultats de l'étude a été accueillie favorablement par la plupart des participantes.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Du fait du nombre restreint de participantes (10), les résultats ne seront pas rendus en pourcentage.

1.1 SEXE

Le critère sexe ne devait initialement pas figurer dans la trame d'entretien puisque seules les femmes devaient être interrogées. Il a néanmoins été ajouté du fait de la présence de personnes transgenres.

En effet, après le premier entretien qui avait duré 30 minutes, une répondante a fait remarquer qu'une question sur la description de l'appareil reproductif ne la concernait pas. « *En fait je ne sais pas trop comment est fait l'appareil génital féminin.... Mais je suis sûre que ça doit être très joli.* » L'entretien a été interrompu le temps de repenser la trame d'entretien. Cela coïncide avec les données sur Nancy de l'association ANTIGONE, qui rapporte que d'après le rapport ProSanté de 2011, 28 femmes et 4% de femmes transgenres ont participé à cette étude contre aucun homme [4].

En France, le constat est similaire puisque selon l'étude PROSCOST de 2015, 90% étaient des femmes ou des transgenres et seulement 10% des hommes [27]. Pour l'OCRTEH, 96% des personnes mises en cause pour racolage en 2014 étaient des femmes [14].

Tableau 1. Identité sexuelle des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, participantes à l'entretien (décembre 2017 - juin 2018)

	Nombre
Caractéristiques (N= 10)	
Femme née de sexe féminin	8
Femme née de sexe masculin	1
Non binaire né de sexe masculin	1

N = effectif ;

Pour la plupart des thèmes de l'étude, les réponses ne variaient pas en fonction de l'identité sexuelle car elles se considéraient toutes comme des femmes « *Je me considère comme une femme depuis toujours ! Je n'ai juste pas eu le bon corps à la naissance.* ».

On différenciera donc bien l'identité sexuelle de l'identité de genre : toutes les personnes interrogées étaient des femmes mais certaines n'étaient pas sexuellement identifiées comme telles à la naissance. Une participante ne s'identifiait comme d'aucun genre particulier (voir Tableau 1) « *Je ne suis ni femme ni homme. Je suis un joli mélange des deux. J'aime les hommes et les hommes m'aiment comme ça. Autre question ?* ». Par praticité et pour que ces réponses soient anonymes, le pronom 'Elle' a été choisi.

1.2 ÂGE

L'âge a été réparti par tranches afin de conserver l'anonymisation. Les participantes étaient d'âges très différents, comme on peut le voir dans la Figure 1.

Les femmes d'origine nigérienne étaient les plus jeunes de l'étude et avaient commencé la prostitution en France ou dans un autre pays européen mais pas au Nigéria. « *J'ai commencé ici, ça va faire un an* », « *Non, au pays je ne faisais pas ça* ». Les femmes d'Europe de l'Est étaient d'âge médian plus avancé, et avaient aussi commencé la prostitution après leur départ du pays « *J'ai fait ça tard, je travaillais avant* ». Enfin, les femmes transgenres avaient commencé la prostitution dans leur pays d'origine et étaient d'âges hétérogènes. Elles avaient généralement plus d'années de pratique de la prostitution, parfois discontinuée. « *J'ai commencé jeune et je me suis arrêtée puis j'ai repris... Ce n'est pas quelque chose que je fais tout le temps, c'est par période* ».

Quelques participantes nigériennes ne connaissaient pas leur âge exact mais elles pouvaient indiquer dans quelle tranche d'âges elles se situaient. Dans leur pays d'origine, elles n'avaient pas d'acte de naissance, et pour quelques-unes, elles se rajeunissaient volontairement « *Je ne suis pas sûre, j'ai... On va dire 21 ans ?* »

Dans les données de la littérature, on mesure aussi l'étendue d'âge comme étant très importante en fonction des types de population [4,7]. Néanmoins, dans le rapport ProSanté de 2011, on dénombrait une plus grande classe d'âge de 25 à 34 ans [4].

Certaines des participantes à cette étude avaient commencé à se prostituer très jeunes, notamment les femmes nigériennes et sud-américaines interrogées, certaines déclarant même avoir commencé mineures. Les données nationales mettent aussi l'accent sur le taux de population mineure en situation de prostitution qui est d'environ 10%, d'après les déclarations des participantes (données de Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale et Institut de Veille Sanitaire lors de l'enquête ProSanté 2011) [4]. L'OCRTEH estime quant à lui une cinquantaine de cas de prostitution de mineurs par an, âgés

entre 16 et 18 ans en 2014 [7]. Pour rappel, dans le code pénal, les rapports sexuels avec une personne mineure de plus de 15 ans sont considérés comme un délit dans le code pénal et pour les mineurs de moins de 15 ans d'actes de pédophilie (Article 225-12-1, Article 434-3 et Article 226-14).

Le nombre d'années dans la prostitution varie en fonction du profil de la femme et du réseau par lequel elle est entrée en France.

1.3 NATIONALITÉ

Aucune des participantes n'était française de naissance (voir Figure 1), ce qui est similaire aux données nationales et internationales sur la prostitution de rue [4-7]. Les françaises optent généralement pour la prostitution sur Internet [4,5,7].

Les origines des participantes étaient respectivement : 6 nigériennes, 2 brésiliennes, 1 bulgare et 1 roumaine, en corrélation avec les données de la littérature où les pays les plus représentés sont le Nigéria, la Roumanie, la Bulgarie, le Brésil et la Chine [4-8].

La quasi-totalité de la population étudiée était probablement sous réseau proxénète ou l'avait été. Pour rappel, dans la prostitution de rue, la plupart des femmes sont sous la coupe d'un trafic d'êtres humains.

Cette donnée sur la nationalité est importante car elle révèle la représentation que peuvent avoir ces femmes sur la sexualité, leur corps, les moyens de contraception etc. Elle a aussi un impact considérable sur le déterminant de la prise en charge médicale, puisque nombreuses sont celles ne connaissant pas le système de santé français et qui n'ont pas les moyens financiers de prendre en charge leurs traitements médicaux.

2. PRISE EN CHARGE MÉDICALE

2.1 SITUATION ADMINISTRATIVE

Qu'elle que soit leur situation administrative (voir Figure 1), les participantes connaissaient particulièrement peu le dispositif de soins français, ce qui coïncide avec les dernières statistiques en date sur les femmes en situation de prostitution de rue en France [4,5,12]. Etant toutes nées hors de France, elles connaissaient mal le système administratif français et les droits auxquels elles pouvaient prétendre : « *J'ai autre chose à penser que ça* », « *Je ne suis pas française, j'ai le droit à rien* ». Les démarches administratives qu'elles ont entreprises, l'ont été avec l'aide d'un membre de l'association.

2.2 COUVERTURE MALADIE

En France « Toute personne en situation régulière et qui réside en France dépend obligatoirement d'un régime de sécurité sociale » [28]. Les participantes avaient différents types de protections sociales comme on peut le voir décrit ci-dessous dans le Tableau 2.

Tableau 2. Couverture maladie des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, participantes à l'entretien entre décembre 2017 et juin 2018

Type de sécurité sociale (N= 10)	Nombre
Régime général	1
CMU ou en cours de demande (ancien nom de PUMA et CSS)	3
AME	5
Ne sait pas - Sans protection sociale	1

N = effectif ;

Pour rappel, toute personne qui travaille ou réside de manière régulière en France peut bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUMA anciennement CMU) s'il satisfait aux conditions requises. La PUMA permet une prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité par exemple. Il est possible de compléter cette prise en charge par une Complémentaire Santé Solidarité (CSS anciennement CMU-C). Les personnes en situation irrégulière et sans ressources peuvent aussi bénéficier d'un accès aux soins, par l'Aide Médicale d'Etat si elles résident en France depuis plus de trois mois ou si elles sont mineures notamment. Ces dispositifs sont des régimes de protection sociale de l'assurance maladie au même titre que le régime général [39].

Pour la plupart des participantes, l'accès à une protection sociale n'était pas une priorité : « Chez moi, il n'y a rien de rien », « Je sais qu'en France, les hôpitaux tout ça, c'est bien mieux que chez moi en Roumanie » et encore moins leur droit à une couverture maladie : « Si je suis malade je vais aux urgences et c'est gratuit avec la CMU (dispositif encore en cours lors des entretiens), après je ne sais pas trop comment ça fonctionne pour le reste ».

De plus, il y avait de fortes présomptions que les proxénètes leur barraient l'accès aux différents recours aux soins dont elles pouvaient avoir besoin.

Il est donc important que des associations comme ANTIGONE, qui a pu s'implanter dans la rue sans que les proxénètes empêchent le contact avec les filles, fassent le lien entre les prostituées et les professionnels de soins.

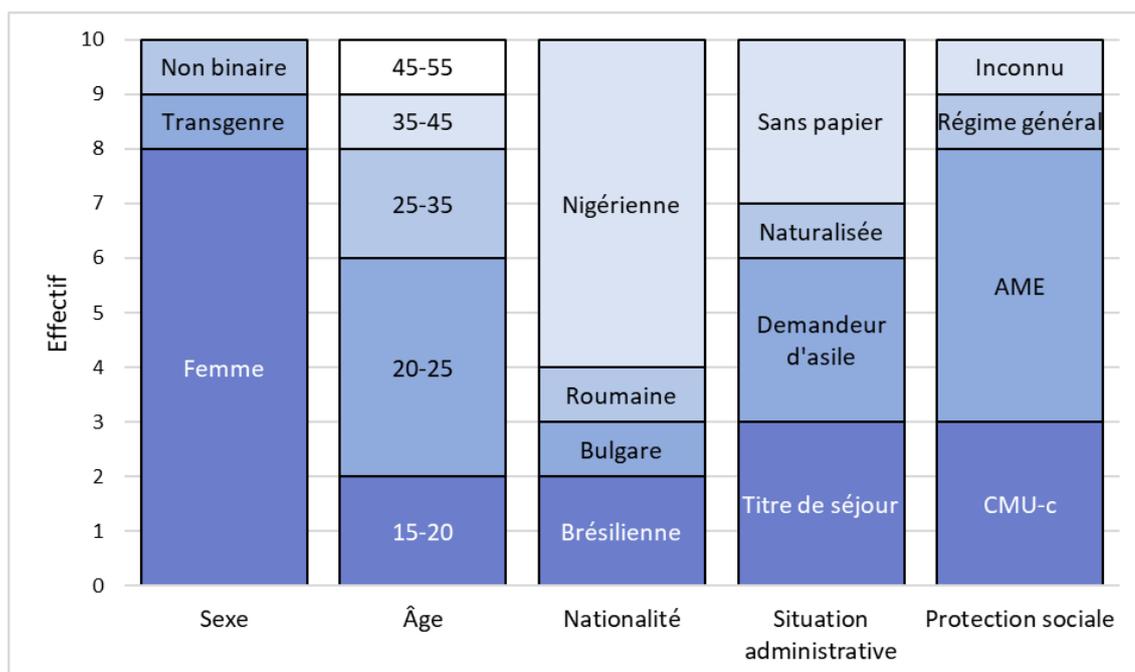


Figure 1 : Regroupement des données générales des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy participant aux entretiens de 2017-2018

2.3 SUIVI MÉDICAL

Les échanges avec les interviewées ont fait apparaître que le suivi médical n'était pas une priorité pour elles. La plupart d'entre elles a recours aux services des urgences ou au médecin de garde pour la plupart des problèmes de santé confondus [29]. Aucune participante n'avait de médecin traitant.

Certaines ne voyaient pas non plus l'intérêt d'un suivi médical. Les urgences étaient leur premier et seul recours et peu importe les problématiques « *Si je suis malade je vais aux urgences* », « *Je vais bien, je n'ai pas besoin de voir un médecin* ». Beaucoup ont un rapport avec les services de santé plutôt conflictuel. Tant que la nécessité ne se fait pas ressentir ou que l'association ne fait pas les démarches avec/pour elles, rien n'est fait.

Pour certaines, cela ne correspond pas non plus à leur culture « *Quand je vais voir le médecin dans mon pays c'est que j'ai eu un accident ou que je vais vraiment très mal* » « *Au Nigéria, les médicaments peuvent même être dangereux* ». En effet, au Nigéria il y a beaucoup de trafic de médicaments contrefaits et périmés [30]. Pour d'autres, il est difficile de respecter un rendez-vous médical car les horaires ne correspondent pas à leurs horaires de vie et la peur de la surveillance rapprochée du proxénète est un frein supplémentaire.

2.4 SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

S'agissant du suivi gynécologique, il était pratiquement inexistant pour toutes les participantes. Elles sont donc très vulnérables sur leur santé génésique et tout type de prévention (pas de dépistage du cancer du col de l'utérus, ni du cancer du sein ...).

Grâce au travail de l'ARS-Antigone, ces femmes étaient redirigées vers le Centre de Planification ou d'Education Familiale et le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic pour recevoir des soins.

Sans accompagnement, elles ne se rendaient seules qu'aux services des urgences. Avec l'accompagnement d'un membre de l'association, elles acceptaient de se rendre au CPEF de Nancy pour l'obtention d'une contraception et au CEGIDD les jours d'ouverture ou au CPEF pour le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles.

Ces structures gratuites et anonymes sont favorables à l'accueil des personnes en situation de prostitution. Il est important de les mentionner dans les points de contacts de référence pour le suivi de cette population. Le CPEF de Nancy allie dépistage des IST, contraception et aide à l'accès au service d'orthogénie, ce qui constitue en termes de santé génésique, l'essentiel des demandes des personnes en situation de prostitution.

Présentes dans les structures des CPEF, les sages-femmes dont la profession touche particulièrement le thème de la santé génésique, pourraient jouer un rôle important auprès de cette population si elles connaissaient mieux leurs problématiques. Quel que soit leur mode d'exercice, elles seraient des actrices clés de leur prise en charge.

Comme la plupart des femmes en France et dans le monde, les participantes associaient la sage-femme au suivi de la grossesse et à la naissance. Elles ne pensaient donc pas pouvoir bénéficier d'un suivi médical autre de la part d'une sage-femme. Néanmoins, elles n'avaient pas conscience non plus d'avoir besoin d'un suivi gynécologique, mais seulement un accès à la contraception et au dépistage des IST. Donc, il serait important de favoriser le suivi gynécologique, peut-être avec l'instauration d'une permanence mensuelle au sein de l'association, ou en les orientant régulièrement vers des consultations gynécologiques ajustées à leur besoin, comme au CPEF.

D'elles-mêmes, elles ne vont pas vers ces référents de santé, la plupart d'entre elles ne sait pas dire pourquoi. La confiance entre les membres de l'association et les filles pourrait permettre de créer ce lien avec les différents professionnels de soins. Les réseaux de proxénétisme n'opposent apparemment pas de veto sur la prise en charge par l'association de la santé des travailleuses du sexe. En conséquence, les associations locales comme ARS-

Antigone à Nancy pourrait mettre en liaison cette population et des sages-femmes libérales formées à leurs problématiques.

3. ANATOMIE DE LA FEMME

3.1 REPRÉSENTATION DU CORPS DE LA FEMME

Il a été proposé aux interviewées de dessiner leur corps en entier puis plus particulièrement leur vulve et l'appareil génital comme elles s'en faisaient une idée. Les essais de dessins du corps de la femme étaient souvent infructueux. Les participantes étaient souvent gênées et avaient peur de ne pas savoir bien dessiner. Quelques-unes ont représenté des silhouettes féminines dans leur globalité mais quand il fallait dessiner plus en détail la vulve, cela était trop compliqué pour elles. On retrouve souvent chez les participantes, l'idée commune qu'il n'existe qu'une seule et même zone pour l'activité sexuelle et pour l'urine chez les participantes. L'anus est une zone différenciée de la vulve. Aucune donnée de littérature sur le sujet n'a été retrouvée lors de la recherche effectuée pour ce mémoire.

« Je ne sais pas trop dessiner », « On peut passer ça ? », « Je veux bien mais franchement tu vas rire ! »

Après, pour celles qui le souhaitaient, il leur a été montré un dessin du corps de la femme dans sa globalité, puis de la vulve et de l'appareil génital de manière très schématisée (voir Annexe VII) *« Ah ça je ne savais pas », « Oui c'est intéressant je n'ai jamais regardé sur moi »*.

3.2 INFLUENCE DE LA CULTURE

Chaque participante avait une représentation différente de son propre corps et du corps de la femme en général. Et selon le pays d'origine et la culture, certaines représentations étaient plus importantes que d'autres.

Pour les participantes d'Europe de l'Est, il existe une culture semblable à celle qu'elles retrouvent en France. Elles avaient une certaine réserve à évoquer la vie et leur sexualité dans leur pays d'origine, car un vrai clivage se faisait lors du passage dans la prostitution. Comme la moyenne d'âge était plus élevée dans cette population, elles avaient souvent eu une vie de famille dans leur pays et la honte d'être entrées dans la prostitution ne permettait pas d'aborder le sujet de la représentation du corps dans leur pays.

Cependant, les femmes d'Amérique du Sud mentionnaient une liberté sexuelle plus importante en Amérique du Sud qu'en Europe. Une répondante transgenre a indiqué être très à l'aise avec sa sexualité et que dans sa famille au pays, le sexe était librement évoqué, pas du tout tabou. Elle a ajouté que depuis son arrivée en France, elle a eu l'impression que le pays était « *coincé* » par rapport à son pays d'origine (Brésil). Cela peut paraître paradoxal car leur **transition** (changement de genre pour les personnes transgenres qui peut impliquer ou non une hormonosubstitution et de la chirurgie de réattribution sexuelle) est souvent difficilement acceptée par leur famille (voir chapitre vie familiale).

Chez les participantes nigériennes, une autre problématique entre en jeu : celle des ensorcellements par le JUJU. Le JUJU est un rituel de magie noire issu d'une religion animiste répandue en Afrique de l'Ouest et notamment au Nigéria [31]. Il consiste à un rituel de prélèvement « morceaux » du corps de la femme (ongles, poils, sang) pour en faire une mixture qui sera par la suite apposée sur une entaille faite par le sorcier. Cette pratique permet aux proxénètes de garder la main mise sur les jeunes femmes qui sont convaincues d'être sous l'emprise d'un « mauvais esprit », et qui leur arrivera un terrible malheur si elles se rebellent. Cette croyance est telle, que ces jeunes femmes sont sûres de devenir folles ou de mourir si elles ne remboursent pas leur dette de passage en Europe ou si elles parlent de leur situation [30]. La difficulté pour les professionnels de soins est qu'ils n'ont pas connaissance de ces pratiques, or, pour cette population, il existe une réelle superstition autour du sang. Très liée à la pratique de la sorcellerie, la prise de sang par exemple, qui semble un acte anodin pour des occidentaux, génère de grandes difficultés pour les participantes. . Ce qui, pour le professionnel de santé pourrait sembler être une panique liée au stress, est en fait beaucoup plus profond que cela. Lors de l'entretien, il a été impossible d'aborder le sujet de manière frontale au risque que la participante se ferme complètement. En faisant connaître la connaissance de cet obstacle (sans le nommer) « *Je sais très bien que tu as peur du sang* », « *Je connais très bien, je sais que c'est compliqué* » elles ont délivré quelques informations éparses montrant que c'était une croyance encore très encrée « *Oui... J'ai peur de mourir. Je connais une femme elle est devenue stérile après une prise de sang.* » « *Elle avait parlé et elle a perdu tous ses cheveux...* »

Le manque de prise en compte de la culture de la personne pour appréhender la prise en charge médicale, est un frein à son accès au soins. Sans connaissance de cette problématique, notre façon de communiquer sur les soins pourrait être rendue difficile, et avant même d'avoir évoqué les autres problèmes de communication.

4. ÉDUCATION SEXUELLE

4.1 ÉCOLE ET ÉDUCATION SEXUELLE

La plupart des interviewées (6) a répondu être allée à l'école contre 4 à y être allées très ponctuellement voire pas du tout. Seulement 3 ont dit être allées assez loin dans les études pour bénéficier des cours d'éducation sexuelle. Pour certaines d'entre elles, ce genre de cours n'existait tout simplement pas dans leur pays, notamment au Nigéria par exemple.

Quelques notions sur les IST étaient abordées. Il est difficile de comparer les systèmes d'éducation des différents pays ; le rapport ProSanté évoque quant à lui, que 41% des participantes n'étaient pas diplômées, dont la majorité d'entre elles déclarant avoir un niveau scolaire équivalent collège [4].

4.2 FAMILLE ET SEXUALITÉ

La plupart des femmes répondantes ont avoué que le sujet était tabou avec leur famille et certaines n'avaient pas voulu répondre à la question, surtout les femmes nigériennes qui ont des tabous, et celles d'Europe de l'Est qui étaient discrètes sur leur vie avant la prostitution. Pour les transgenres, leur transition était souvent difficilement acceptée par leur famille et amis proches. La migration vers l'Europe via les réseaux de prostitution était un moyen de refaire leur vie, en adéquation avec leur transition [4,7]. *« Je n'ai pas réussi à en parler à l'adolescence mais je pense que ma mère se doutait de quelque chose... je n'ai plus de nouvelles depuis, elle est très croyante ».*

5. CONTRACEPTION

Dans certaines langues, le mot même de contraception n'est pas connu des participantes. Elles comprennent sa signification après une brève description et explication. *« Oh tu veux dire qu'est ce que je fais pour me protéger ? » « Je ne sais pas ce que c'est » « Je n'ai pas compris »* déclare une autre assez étonnée. Certaines d'entre elles ont eu beaucoup de difficultés à aborder cette thématique (malaise palpable chez les participantes nigériennes par exemple). D'après l'étude ProSanté, seules 52% des participantes à leur étude en 2011, connaissaient un lieu (CPEF) où s'informer gratuitement sur la contraception [4] ; ce qui indique clairement un manque de connaissance sur les recours possibles pour leur prise en charge gynécologique.

Toutes ont abordé la thématique des contraceptifs par le biais du préservatif. Plusieurs méthodes de contraception ont été décrites par les participantes, elles sont listées dans le Tableau 3 ci-après :

Tableau 3. Méthode contraceptive des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, participantes à l'entretien entre décembre 2017 et juin 2018

	Nombre
Port de préservatif masculin (N= 10)	
Avec le client	10
Avec les autres partenaires sexuels (n=7)	3
Avec le compagnon de vie (n=3)	1
Utilisation de méthodes contraceptives (N= 8)	
Pilule contraceptive	2
Implant contraceptif	2
DIU	0
Autres méthodes (patch, anneau, préservatif féminin ...)	0
Utilisation de la pilule d'urgence (N= 8)	
Recours unique ou ponctuel	3
Recours fréquent ou régulier	5

N = effectif ; n = effectif concerné

5.1 PRÉSERVATIFS

Toutes les femmes ont indiqué utiliser le préservatif de manière systématique avec les clients comme on peut le voir dans le Tableau 3. Elles savaient définir qu'ils étaient à usage unique, elles connaissaient la technique de pose et de retrait, la plupart utilisait du lubrifiant en ajout. « *Le préservatif c'est à chaque fois* », « *Je le pose moi-même ou le client le fait* », « *Je rajoute du lubrifiant à chaque fois, c'est mieux* », « *Le retrait (du préservatif), ils se débrouillent avec c'est plus mon problème* ». C'était leur principale méthode de contraception, c'est également le cas dans la littérature (81% des femmes l'utiliseraient comme seul moyen contraceptif dans l'étude ProSanté de 2011) [4].

Celles qui avaient une vie sexuelle active en dehors du travail ne se protégeaient pas toutes avec le préservatif. « *Il ne veut pas (son petit ami), et moi je n'aime pas ça non plus* », « *Non avec lui (son petit ami) ce n'est pas pareil* ». Ce qui est souvent sous-entendu, mais n'est pas dit de manière explicite, c'est que les participantes différenciaient nettement leurs clients avec leurs relations amoureuses et que ces dernières étaient prioritaires.

5.2 CONTRACEPTIFS ORAUX

La pilule contraceptive est la première méthode de contraception utilisée dans la population française [32]. Cependant, elle est très peu utilisée par les personnes en situation de prostitution interrogées. La raison principalement évoquée par les participantes est la contrainte de prise journalière « *Je devais y penser tous les jours et je ne pouvais pas toujours aller la chercher en pharmacie* ».

5.3 DISPOSITIFS IMPLANTÉS

Les participantes qui ont eu recours à l'implant contraceptif ou au Dispositif Intra Utérin ont été fortement influencées par les professionnels de soins qu'elles ont rencontrés : « *Il voulait que je mette l'implant pour pas que je retombe enceinte et que j'avorte* », « *Il disait (le gynécologue) que c'était plus pratique pour moi, que je n'avais rien à faire quand c'est posé* ». Bien que posé avec leur accord, deux d'entre elles ont regretté leur choix et changé d'avis.

Les arguments décrits par les participantes sur le retrait sont : « *Ça me faisait grossir* », « *J'ai eu des effets secondaires* », « *En fait, je ne voulais pas vraiment de ça, j'avais plus mes règles et je risquais de ne plus avoir d'enfant !* » Après discussion, il est clair que leur représentation culturelle sur les moyens contraceptifs implantés les influençait fortement. Pour les personnes nigériennes interrogées, le DIU ou l'implant contraceptif, risquait de les rendre stériles et au regard du jeune âge des participantes nigériennes c'était pour elles une crainte très importante. Pour les Roumaines et Bulgares, la possibilité de pouvoir arrêter rapidement leur moyen contraceptif pour tomber enceintes si elles le souhaitaient était important. Il est très dommageable que les participantes n'adhèrent pas à ces moyens contraceptifs qui sont pourtant fiables et faciles d'utilisation. Ils correspondraient parfaitement à leurs besoins, mais malheureusement pas à leurs souhaits pour la plupart.

5.4 AUTRES MÉTHODES

Certaines des participantes ont parlé du retrait. « *Je fais en sorte de ne pas tomber enceinte avec lui -comment ? Il se retire avant de... tu vois ? - Oui* ». Toute autre forme de contraception : patch, anneau vaginal... n'étaient pas utilisés du fait de leur difficulté d'accès, leur coût, leur mode d'utilisation qui sont d'après elles, autant de freins à leur mise en place.

5.5 PILULE D'URGENCE

Connue des participantes sous le nom de pilule du lendemain, elle a été utilisée par toutes celles risquant de tomber enceinte à des fréquences diverses (voir Tableau 3). Elle était souvent mal utilisée par les participantes « *Je n'ai pas besoin de contraception, j'utilise la pilule du lendemain* » « *J'utilise la pilule du lendemain comme contraceptif (sous-entendu régulièrement)* ».

5.6 IVG

Cette étude fait apparaître que cette population a recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse de manière récurrente puisque 6 personnes sur 8 susceptibles de tomber enceintes, ont subi une à plusieurs IVG et certaines l'utilisaient comme un moyen contraceptif « *J'utilise le préservatif, j'utilise l'avortement si je suis enceinte* ». Il est intéressant de noter que si elles affirmaient toutes utiliser le préservatif systématiquement ou presque, elles sont nombreuses à avoir eu recours à une ou plusieurs IVG, et que si elles craignent les dispositifs implantables, elles ne sont pas inquiètes de la pratique de l'IVG. Le préservatif se détériorait-il ou était-il sujet à une mauvaise utilisation ? Dans l'étude ProSanté, 61% des participantes avaient déjà eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie [4]. Pour réduire le recours à l'IVG, il semble nécessaire de proposer un moyen contraceptif adapté aux croyances, aux besoins, à leur mode de vie et qui viendrait en complément du préservatif.

Enfin il est à noter que toutes les participantes de l'étude ont été rencontrés par le biais de l'association, qui avait abordé cette thématique avec elles et qui les aidait à prendre contact avec le CPEF. Elles étaient donc, pour la plupart, mieux informées que le reste de la population des personnes en situation de prostitution à Nancy.

6. PROTECTION FACE AUX IST

Pour la plupart des participantes, il existait un risque « (...) *d'attraper des maladies* » lors des rapports sexuels avec leurs clients. Raison pour laquelle d'après elles, elles ne se passaient jamais de préservatifs d'après elles : « *C'est trop dangereux, je ne m'y risquerais pas* ».

Le préservatif était connu de toutes comme le meilleur moyen de se protéger des IST, en plus d'être un moyen contraceptif comme présenté précédemment. Le rapport de la Haute

Autorité de Santé de 2016 indique qu'il est très probable qu'il y ait une sous-déclaration guidée probablement par un biais de désirabilité sociale [7].

En approfondissant la discussion, il se trouve tout de même des situations dans lesquelles le préservatif n'était pas utilisé « *Moi je ne fais pas ça mais je connais des filles qui n'en mettent pas si le client paye assez* » « *Je connais des filles qui ne n'en mettent pas quand elles font le truc avec la bouche. Moi je ne fais pas ça* ». Dans le rapport de la HAS toujours, lors de la revue de la littérature, toutes les études indiquent une diminution de l'utilisation du préservatif lors des rapports bucco-génitaux [7].

Il apparaît nécessaire de leur rappeler que le préservatif doit être utilisé dans tous les cas de figure. D'après les participantes, l'utilisation du préservatif féminin ne serait pas adaptée à leur activité du fait de sa difficulté d'accès et de son refus par les clients (voir Tableau 4), comme le rapporte aussi l'étude ProSanté, puisque 88% d'entre elles ne l'utilisaient pas [4]. Comme exposé plus haut dans le cadre de la contraception, la protection face aux IST hors du travail n'est également pas toujours prise en considération.

La connaissance des IST dépendait de leur propre expérience. Les seules IST connues étaient le Virus de l'Immunodéficience Humaine et l'hépatite, toutes les autres infections n'ont pas été citées. La grande majorité souhaitait en apprendre plus sur les IST en général, et particulièrement le VIH, ce qui coïncide avec les résultats des études nationales, car d'après le Conseil National du Syndrome d'Immunodéficience Acquis, les personnes en situation de prostitution notamment étrangères disposent en général d'un « (...) niveau de connaissances préalables sur le VIH et les IST limité »[4,34,41].

VIH : Quant bien même une seule d'entre elles était séropositive, toutes les participantes connaissaient le terme de VIH (voir Tableau 4) et si toutes ne le citaient pas spontanément en parlant des IST, elles le catégorisaient en tant que telle lorsque la question était posée. [33]. Aucune d'entre elles ne savait qu'il existait un traitement pré-exposition (PREP) alors même que certaines auraient pu en bénéficier [34,41]. D'autres ont eu accès au traitement post-exposition (TPE ou TASP) sans savoir qu'il était lié au VIH. Malheureusement, la plupart d'entre elles n'allait pas aux urgences immédiatement après un rapport à risque, par peur ou manque de motivation.

Hépatite : c'était la deuxième IST citée par les participantes. Deux d'entre elles en étaient atteintes des virus de l'hépatite B et C (VHB, VHC). L'HAS a fait une revue de la littérature en 2016, qui indique que les données de prévalence des VHB et VHC sont assez rares chez les travailleuses du sexe (femmes et transgenres confondus) et rend peu probable un lien entre prostitution et augmentation des hépatites, mais montre plutôt un lien entre

consommation de toxiques notamment injectables et augmentation des hépatites [7]. Globalement, très peu de personnes en situation de prostitution sont vaccinées contre le VHB, et la plupart ne connaissent pas leur statut vaccinal [4,7].

Autres : enfin, les autres IST (syphilis, chlamydiae, papillomavirus...) n'étaient ni citées ni connues alors même que, certaines ayant bénéficié de traitements médicaux, avaient possiblement été infectées par ces IST.

Tableau 4. Protection face aux IST des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, participantes à l'entretien entre décembre 2017 et juin 2018

	Nombre
Port de préservatif masculin (N= 10)	
Avec le client	10
Avec les autres partenaires sexuels (n=7)	3
Avec le compagnon de vie (n=3)	1
Port du préservatif féminin (N= 10)	
Avec le client	0
Avec les autres partenaires sexuels (n=7)	0
Avec le compagnon de vie (n=3)	0
Connaissance des IST (N=10)	
Sur le risque d'attraper une IST lors de rapport non protégé	10
D'au moins une IST	8
D'au moins deux IST	2
De plus de deux IST	0
Contraction d'une IST (N=10)	
Avant la pratique de la prostitution	2
Pendant la pratique de la prostitution	5

N = effectif ; n = effectif concerné

Facteurs de morbidité, il est indispensable de favoriser les dépistages, vaccinations et traitements des IST. Mais cela ne peut se faire sans un suivi minimum, par les CPEF et CEGIDD en premier lieu, puis par la suite par un relais de sages-femmes référentes volontaires. Il est important aussi qu'elles connaissent un minimum leur état de santé et plus particulièrement ici leur santé génésique (leur statut vaccinal, si elles sont infectées par une IST, sur quoi leur traitement agit...) afin qu'elles soient actrices de leur santé.

7. VIE SEXUELLE, AMOUREUSE, FAMILIALE

Sexualité avec le client : Les participantes ne considéraient pas la prostitution comme une part de leur vie sexuelle. Les rapports étaient vus sous l'angle de la nécessité sans aucun plaisir associé, et souvent avec de la honte et du dégoût. Neuf participantes sur 10 seraient prêtes à arrêter la prostitution si une alternative leur était donnée. Malheureusement, la plupart d'entre elles était sous la coupe de proxénètes ou de réseaux et n'avait pas les moyens économiques de s'en extraire. La quasi-totalité des participantes ne considérait pas la prostitution comme un métier. « *Je ne prend aucun plaisir* », « *Je fais ce qui doit être fait mais j'essaye de ne pas y penser, ça me dégoûte* ».

Lors de la pratique de la prostitution, le comportement avec les clients variait selon plusieurs facteurs. Elles distinguaient les habitués, les clients qui « *avaient l'air* » de confiance etc. « *Je n'accepte pas de passer avec tout le monde. Il m'arrive de dire non quand je ne le sens pas. Cela dépend de la situation* ». La plupart des transactions étaient des rapports de type vaginal, et anal pour les femmes transgenres. La quasi-totalité d'entre elles refusaient la pratique de la fellation et de tout autre préliminaire. Les autres demandes étaient anecdotiques.

Sexualité avec leur partenaire : S'agissant de leur vie sexuelle avec des partenaires de vie, ces femmes étaient très souvent seules et isolées. Elles décrivaient leur vie amoureuse comme étant « *compliquée* ». Dans une situation de vulnérabilité économique, administrative, sociale ... elles étaient victimes de violences, certains de leurs partenaires utilisant le prétexte de l'amour pour les forcer à se prostituer. Chez les transsexuels en particulier, d'anciens clients étaient devenus leur partenaire. Par ailleurs, elles avaient les mêmes problématiques que la population dite 'normale' mais avec une vulnérabilité exacerbée.

Vie familiale : Les participantes ont toutes déclaré ne pas avoir eu d'enfant pendant la période de prostitution. Difficile de définir si elles en avaient fait le choix ou si elles ont dû abandonner la possibilité d'une parentalité. Pourtant, la plupart des participantes sont des femmes en âge de procréer, donc une population cible des sages-femmes. La grossesse n'aurait pas été acceptée ni par les réseaux de proxénètes ni par les femmes elles-mêmes. Quelques femmes nigériennes et d'Europe de l'Est avaient des enfants restés au pays, qu'elles voyaient peu pour les européennes et pas du tout pour les africaines. « *J'ai eu déjà un bébé, c'est une tante qui s'en occupe* » « *J'ai deux enfants !* » « *Et tu en as au pays ? - Ah , j'en ai un aussi* ».

8. PSYCHOLOGIE ET SANTÉ MENTALE

Très isolées et solitaires, elles ne pouvaient pas compter sur d'autres qu'elles-mêmes « *J'ai des amis, mais pas en France* », « *Ce n'est pas en faisant ça, que tu te fais des copines* ». Elles décrivaient être seules et déprimées mais gardaient espoir pour la suite. Beaucoup (6) considéraient leur mode de vie comme propice à la dépression. Certaines pouvaient compter sur un soutien familial, notamment les femmes d'Europe de l'Est, les autres n'avaient presque plus de lien avec leur famille ou ne souhaitaient pas répondre. Les femmes transgenres décrivaient être rejetées par leur famille lors de l'annonce de leur transition. Tout cela explique le fort taux de pensées suicidaires chez les personnes en situation de prostitution et notamment chez les transgenres, comme décrit dans la littérature [4,5,7]. Enfin pour les troubles mentaux, il n'existe quasiment pas de données quantitatives sur cette population d'après la revue de la littérature de la HAS [7].

9. VIOLENCE FAITES AUX FEMMES

Toutes les participantes ont été confrontées à des violences physiques, sexuelles, psychologiques, verbales ... « *Oui, les clients peuvent être violents* », « *Je me suis déjà pris des claques et des coups de poing* », « *Je me suis faite agresser en pleine rue, j'ai crié, personne n'est venu, pourtant quelqu'un me voyait depuis sa fenêtre* ».

Aucune des participantes n'a abordé la question du réseau de proxénète. On peut pourtant supposer que la première forme de violence qu'elles subissent est la violence économique, les obligeant à une pratique de la prostitution non souhaitée.

Cinq des participantes ont été violées dans leur vie, comprenant les viols pendant leur travail et les viols antérieurs et postérieurs à la prostitution. Sur les 5 participantes, 3 décrivent une situation de viol mais sans en avoir conscience. « *Dès fois je n'ai pas du tout envie mais j'attends que cela passe* », « *Il m'a fait mal, mais j'étais trop jeune pour me défendre* » « *J'ai eu des clients qui voulaient me faire mal* ».

Les personnes en situation de prostitution sont donc au premier rang de toutes les formes de violences faites aux femmes. En France, 14,5% des femmes et 3,9% des hommes âgés de 20 à 69 ans ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie (viol, tentative de

viol, attouchement ...) selon l'enquête Virage INED 2016 soit 1 femme sur 7 contre la totalité des personnes interrogées lors de cette étude [35].

Selon l'enquête Virage encore, 3,7% des femmes auraient déclaré avoir subi un viol ou une tentative de viol contre 38% des femmes en situation de prostitution d'après l'enquête ProSanté de 2011, et la moitié des participantes de l'étude [4,35]. Quant à la revue de la littérature de la HAS en 2016, elle confirme ces constatations, à savoir que dans de nombreuses études, les personnes en situation de prostitution sont surexposées à la violence et aux agressions par rapport à la population générale [7].

Les violences subies par les participantes ont commencé lorsqu'elles étaient très jeunes, avant même la prostitution, et étaient perpétrées par un membre de la famille ou un proche « *Je n'avais même pas encore mes règles quand il m'a fait ça* ». Sur le sujet des violences, l'institut en santé génésique rapporte que :

La violence est la cause directe de problèmes dans plusieurs domaines importants de la santé publique, tels que la maternité sans risque, la planification familiale, la prévention de maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA. Les agents professionnels de santé et le médecin en particulier, représentent, pour beaucoup de femmes qui ont subi des violences, le lien principal, sinon le seul, avec les services publics pouvant leur offrir soutien et informations [25].

Enfin, le rapport de la HAS ajoute que les travailleuses du sexe ne recourent pas toujours aux soins après une agression et les sous déclarent auprès de la police [7]. « *Ils (la police) m'ont menacée plusieurs fois pour savoir exactement qui j'étais et combien d'autres 'amies à moi' travailleraient dans la rue. Ils tiennent des comptes et s'en servent pour nous mettre la pression. Comme si ça allait changer quoi que ce soit !* ». « *... Bien sûr que c'est dangereux mais c'est la vie. Ils (La police) savent très bien où on travaille et combien on est et pourtant la police ne vient pas quand je crie à l'aide mais tout le monde arrive si je m'approche d'une voiture* ».

10. CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

Cette partie de l'entretien concernant la prise de toxiques n'était pas prévue préalablement mais elle a été ajoutée après l'entretien test. En effet, après avoir abordé d'elle-même le sujet, la participante m'a assurée que c'était important de demander aux autres femmes car « *Oui tu dois demander, je suis sûre qu'elles vont te dire des choses* ».

Cette tendance se ressent sur les personnes interrogées puisque la majeure partie d'entre elles reconnaissaient avoir eu une conduite qu'elles considéraient comme addictive (voir Tableau 5). C'est une tendance qui se retrouve aussi dans la littérature [4,7,36,37].

Dans ces conduites, on trouve la consommation de tabac en premier puis de manière moindre l'alcool, la prise de substances psychoactives (marijuana, cocaïne, ecstasy), les médicaments et les troubles alimentaires.

10.1 TABAC

La plupart des participantes (7) étaient fumeuses (voir Tableau 5). Elles mentionnaient fumer plusieurs cigarettes par nuit de travail, quelques unes dans la journée aussi, généralement moins d'un paquet à un paquet par jour pour les 5 fumeuses régulières. Dans la littérature, l'étude ProSanté et l'enquête de l'OFDT estiment que la consommation de tabac est supérieure à celle de la population générale à âge équivalent [4,7,36]. Les raisons invoquées par les participantes étaient qu'elles pouvaient ainsi s'occuper les mains lors de l'attente des clients. C'était aussi une bonne façon de se réchauffer « *Je fumais au début parce que ça tient chaud et que ça occupe pendant que j'attends (des clients) et depuis je fume tout le temps* ».

10.2 ALCOOL

Deux femmes seulement consommaient de l'alcool quotidiennement ou plus de 4 fois par semaine, les autres déclaraient en avoir un usage festif et occasionnel, voire ne pas en consommer du tout (voir Tableau 5). Elles décrivaient essentiellement des consommations de bières, vins et cocktails. « *Oui, oui, de l'alcool bien sûr* », « *C'est terrible ! mais oui je bois beaucoup... trop même* ». Certaines décrivent aussi l'obligation de boire quand elles sont avec un client pendant plusieurs jours ou pour un événement particulier « *Je n'aime pas ça, mais s'il me dit de boire contre de l'argent je le fais* ». Dans l'ensemble, seules les participantes transgenres étaient des consommatrices d'alcool dites régulières, ce qui concorde avec les résultats de l'étude ProSanté et de l'OFDT. En effet, l'étude ProSanté estimait à 5% les femmes qui déclaraient consommer de l'alcool quotidiennement contre 1 à 2% de la population générale en fonction de leur âge [4, 7,36].

10.3 DROGUES

Les deux participantes transgenres avaient déjà eu recours à de la drogue, que ce soit de manière festive lors de soirées avec des clients ou par nécessité pour faire face au métier « *J'ai commencé à prendre de la cocaïne quand j'étais jeune pour faire la fête. Maintenant quand j'en prends ça m'aide à penser à autre chose quand il m'arrive des emmerdes* ». Les autres participantes déclaraient ne pas consommer de drogues.

Les substances qui étaient citées sont, dans l'ordre d'importance de consommation : la marijuana en grande partie, la cocaïne, les opiacés (ecstasy, autres pilules dont certaines ne connaissent pas vraiment la composition mais qui s'apparentent à de l'ecstasy). La consommation de substances psychoactives n'est pas plus importante que celle de l'ensemble de la population française.

Au final, seule la consommation de cannabis est plus élevée que celle de la population française (notamment selon l'OFDT et l'étude ProSanté) même si cette dernière a eu des difficultés à intégrer les femmes toxicomanes de Nancy ; ce qui pourrait fausser les résultats [4,7,36].

10.4 AUTRES

Les troubles alimentaires étaient cités pour beaucoup d'entre elles « *Je mange n'importe quoi, n'importe comment.* », « *Je veux faire attention à ma ligne mais comme je me réveille tard, je mange ce qui se trouve et la même chose que les autres filles de l'appartement* », « *Je n'ai pas de cuisine* » « *Chez moi au pays je n'ai pas appris à cuisiner* ». « *C'est cher et je n'ai pas le temps.* ». Peu d'études mettent l'accent sur ces troubles alimentaires.

Les médicaments psychotropes ont aussi été mentionnés en appui des autres drogues, types anxiolytiques « *... J'oublie tout pendant un moment* », « *J'aime bien planer* ». Les personnes transgenres sont les plus grandes consommatrices de substances psychoactives et leur poly-consommation a été antérieure à la pratique de la prostitution. Les autres femmes elles, réfutent totalement la consommation de quoi que se soit en dehors du tabac.

Tableau 5. Prise de substances psychoactives des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy, participantes à l'entretien entre décembre 2017 et juin 2018

	Nombre
Tabagisme (N= 10)	
Non	3
Occasionnel	2
Régulier	5
Consommation d'alcool (N= 10)	
Non	4
Occasionnelle	4
Régulière	2
Consommation de drogues (N= 10)	
Non	8
Occasionnelle	2
Régulière	0
Conduite addictive (N=10)	
Conduite addictive reconnue	7
Pas de conduite addictive reconnue	3

N = effectif ;

11. DIALOGUE LIBRE, AJOUTS ET QUESTIONS

Cette partie n'a pas été exploitable du point de vue des données statistiques, mais importante pour clore l'entretien. Elle a surtout permis d'évaluer à chaud le ressenti des participantes sur l'entretien.

Pour ce qui est du nombre et de la durée des questions posées, une bonne partie des participantes a trouvé la plupart des questions intéressantes et l'entretien un peu long. « *Je suis contente d'avoir pu parler avec toi (...) au début je ne savais pas trop ce qu'on allait dire mais finalement c'est bien* », « *C'était long, mais j'ai bien aimé quand tu m'as demandé comment c'était dans mon pays* » « *Je ne savais pas trop à quoi m'attendre en venant mais finalement j'ai beaucoup aimé la partie sur les bébés (comprendre contraception)* », « *C'était bien de se confier à quelqu'un qui travaille dans la médecine* ». La proposition de leur donner accès aux résultats de l'étude a été bien accueillie.

12. PROFILS DE POPULATION

Sur un petit échantillon comme celui des femmes en situation de prostitution de rue à Nancy, la population est très hétérogène, elle se différencie entre les femmes nigériennes, européennes et sud-américaines.

Malgré le faible échantillon de cette étude, on peut avancer tout de même qu'en fonction de leur origine, de leur éducation, ou de leurs représentations culturelles et personnelles, certains profils émergent et influent sur leurs déterminants de santé, mais aussi sur leur prise en charge médicale. Un constat qui avait déjà été fait dans la littérature puisque l'étude ProSanté de 2011 rapporte que :

Les différentes études produites sur la santé des personnes en situation de prostitution ont montré que comme pour toute population, les conditions de vie ont un lien avec les représentations, les pratiques et les comportements de santé. Une meilleure connaissance de ces déterminants et de leur impact sur la santé permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et du social dans les modes de prises en charge, de prévention et de soins de cette population et d'y apporter des réponses [4].

→ La femme nigérienne : plutôt jeune, très ancrée dans ses croyances culturelles, elle est très isolée socialement et a commencé la prostitution après son arrivée en France par un réseau de proxénète. Elle parle majoritairement anglais, comprend très peu le français et redoute le système de soins. Elle n'est pas allée longtemps à l'école, a possiblement déjà des enfants au pays et/ou souhaite en avoir. Sous la coupe de son réseau proxénète, elle est très souvent victime de violences faites aux femmes. Elle ne consomme pas de toxiques mais est fumeuse. Elle a fréquemment eu recours à l'IVG, et refuse les contraceptifs implantables.

→ La femme sud-américaine : d'âge mur, elle se définit comme libérée et a son propre réseau d'amis. Elle parle français, est allée à l'école mais a été en décrochage scolaire du fait des violences transphobes, et se fait souvent rejeter par sa famille. Elle connaît le système de soins, n'est pas sous la coupe d'un réseau proxénète et s'est habituée à la culture française. Elle peut être en couple, et est très à risque de violences de toutes sortes. Elle peut être sujette à la toxicomanie et elle est plus à risque d'IST. Elle peut utiliser la prostitution pour payer ses opérations de transition.

→ La femme de l'Europe de l'Est : d'âge varié, elle est très réservée sur son parcours personnel et ne souhaite pas en aborder le sujet mais a souvent déjà eu des enfants. Elle est résidente européenne, est allée à l'école jusqu'au collège. Sous la coupe d'un réseau proxénète important, elle peut quand même envoyer de l'argent et communiquer avec sa

famille. Elle est souvent fumeuse, a déjà eu recours à l'IVG et se fait dépister régulièrement des IST.

13. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude qualitative réalisée a permis de dégager les variables clés des déterminants de santé génésique et de connaître en ce domaine, les besoins de la population ciblée. Cette étude a été riche en informations sur les usages et tendances des participantes car elle a abordé la problématique auprès des intéressées elles-mêmes. Les données recueillies vont à l'encontre d'un modèle classique de gestion de cette population, tant politique, sociale que médicale, et plus particulièrement la gynécologie très souvent négligée. Enfin, l'étude a réaffirmé le rôle majeur que pourrait avoir la sage-femme dans le suivi de ces femmes.

Avant tout, il s'agit d'une étude unicentrique à Nancy et il est difficile de l'étendre sur le reste de la France. En outre, du fait de la thématique abordée, du manque de visibilité de la population et de sa marginalisation, l'étude qualitative a été restreinte à un échantillon de 10 personnes. La réalisation d'entretiens avec des professionnels de soins aurait permis de confronter la réalité du terrain avec la pratique des équipes médicales. Cependant, une étude qualitative est insuffisante pour valider définitivement le sujet ; une étude quantitative comme celle de l'étude ProSanté lui apporterait une complémentarité certaine.

Enfin, plusieurs types de biais se dégagent de l'étude. Pour commencer un biais méthodologique à cause de la lassitude face à la longueur de l'entretien, puis un biais de sélection car les participantes sont uniquement celles venant à l'association et peuvent ne pas être représentatives de la population source. Mais aussi un biais d'information dû à la barrière de la langue et un biais de désirabilité sociale qui aurait pu amener des réponses déformées pour faire plaisir à l'interviewer, ou à l'association...

Le sujet pourrait être favorablement complété par d'autres thématiques comme les autres types de prise en charge (dentaire, suivi médical global, prise en charge sociale, psychologique, administrative...), le point de vue de l'homme en situation de prostitution de rue ou les autres types de prostitution (en appartement, sur internet...).

CONCLUSION

Le sujet de ce mémoire était d'interroger des personnes en situation de prostitution de rue de Nancy, sur leurs connaissances en santé génésique pour déterminer leurs besoins et leurs attentes en termes de prise en charge médicale. Cette enquête a mis en lumière un certain nombre de déterminants de santé relatifs à la santé génésique auxquels sont confrontés les personnes en situation de prostitution à Nancy.

Pour commencer, ces femmes n'étaient pratiquement pas suivies par des professionnels de santé et se tournaient exclusivement vers les urgences pour n'importe quel besoin de santé. Grâce à l'accompagnement fait par l'association, elles ont pu être dirigées vers le CPEF de Nancy et le CEGIDD, pour leur prise en charge gynécologique. Un accompagnement par des sages-femmes formées à leur contexte de vie, pourrait s'avérer bénéfique, car ces professionnelles de santé sont à même de prendre en compte l'aspect médical et social de ces patientes.

Les participantes ne connaissaient pas bien le terme de contraception mais ont défini leurs deux grandes attentes et besoins sur le sujet : se protéger des IST et des grossesses non voulues. Elles ne connaissaient pas la plupart des moyens contraceptifs à leur disposition. Certains moyens ne sont pas adaptés à leurs attentes, contrairement à la prescription de certains professionnels de santé. Par exemple, les moyens implantables ne correspondent pas à la représentation culturelle de la population nigérienne.

Un temps d'échange bienveillant sur le sujet, qui prend en compte leurs croyances et leur profession, pourrait permettre de mieux faire accepter les différents moyens de contraception appropriés à leur mode de vie. Ces types d'échanges peuvent être réalisés dans les locaux de l'association ANTIGONE par exemple, par des réunions d'informations sur différentes thématiques, comme j'ai pu le faire auprès de certaines participantes de l'étude, sur le thème de la prise de sang (voir Annexe VI).

Elles ne connaissaient également pas bien les IST auxquelles elles sont confrontées au quotidien, ni la nécessité d'un dépistage fréquent [41]. Certaines d'entre elles connaissaient le mode de dépistage et son intérêt, grâce à l'association ANTIGONE qui les aidait à prendre contact avec le CPEF et le CEGIDD. Il serait intéressant de continuer dans cette voie pour améliorer leur taux de dépistage, et les rassurer sur le sujet car il est associé à beaucoup d'appréhensions et de craintes [41].

La violence à laquelle elles étaient confrontées au quotidien auprès des clients, du système prostitutionnel et de la population en général, en faisait les premières exposées aux violences faites aux femmes. Le taux de violences physiques et morales, d'attouchements et de viols dont elles étaient victimes, était incroyablement élevé.

En terme d'addiction, seule la consommation de tabac et de cannabis est plus élevée chez les participantes que dans la population générale. Les autres consommations (drogues, alcool, médicaments) ne sont quant à elles pas plus élevées, même si le risque, notamment pour les personnes transgenres étant donné leur marginalisation, et l'accès qu'elles peuvent en avoir par leur réseau, est plus élevé.

Enfin, il est malheureux de constater que les participantes se sentaient souvent isolées socialement, et étaient à risque élevé de dépressions et de tentatives de suicides. Cette étude a permis également de mettre en lumière, que non seulement ces femmes avaient des besoins en santé gynécologique, mais aussi des besoins de santé générale.

Une investigation auprès des sages-femmes et des autres professionnels de santé permettrait d'évaluer leurs connaissances sur ces déterminants de santé. Les différents profils apparus dans l'enquête ont démontré que les déterminants de santé (âge, sexe, durée de prostitution...) étaient importants pour une démarche de meilleure prise en charge médicale.

Des enseignements sur la prostitution et les personnes en situation de prostitution pourraient aussi être proposés dans la formation sage-femme afin de sensibiliser à cette population. Des écrits traitant du sujet [38] ont déjà mis en évidence ce besoin. Ces cours pourraient figurer dans une unité d'enseignement facultative et pourraient traiter par exemple, de la législation française sur la prostitution, des différentes formes de prostitution, des besoins de santé de cette population (contraception, protection des IST, dépistage, aide à l'addiction, aide face aux violences sexuelles) et proposer un schéma de parcours de soins et prostitution.

De même, les sages-femmes déjà diplômées pourraient avoir accès à cette formation en cours de carrière. Une plaquette intégrant les différents contacts pourrait être mise à disposition des cabinets médicaux et hôpitaux, pour être distribuée aux personnes en situation de prostitution ou personnes à risques. Elle pourrait aussi être distribuée en même temps que les autres plaquettes d'information, par les associations lors de leurs sorties en ville auprès des personnes en situation de prostitution (voir Annexe V). Un partenariat avec l'ARS-Antigone, le CPEF, le CEGIDD et des sages-femmes sensibilisées à cette thématique ne serait que bénéfique.

“Le plus beau métier du monde au secours du plus vieux métier du monde ?”

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cambridge University Press. Prostitution. Dans : Cambridge Advanced Learner's Dictionary, Fourth Edition. 2013 ; p. 257.
- [2] Wikipédia. Prostitution [en ligne]. 2020 [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Prostitution&oldid=168503718>
- [3] Assemblée Nationale. N° 3334 - Rapport d'information de M. Guy Geoffroy déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prostitution en France. Constitution du 4 Octobre 1958, treizième législature [en ligne]. 2011 [consulté le 20 Décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3334.pdf>
- [4] La FNARS, l'InVS, La DGS and al. Étude ProSanté sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Rapport : 2010-2011 ; p. 5-143.
- [5] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°7. MIPROF. 2015 ; p. 1-5.
- [6] Fondation Scelles. Système prostitutionnel, nouveaux défis, nouvelles réponses. 5e rapport mondial [en ligne]. Paris ; 2019 [consulté le 23 mai 2019]. Disponible sur : http://fondationscelles.org/pdf/RM5/5e_Rapport_mondial_Fondation%20SCELLES_2019_telechargement.pdf
- [7] La Haute Autorité de Santé. État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire [en ligne]. La Plaine Saint-Denis. HAS ; 2016 [consulté le 05 février 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201604/rapport_etat_de_sante_des_personnes_en_situatin_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_vf.pdf
- [8] Canadian Woman Studies, Geadah Y, Maranda J. La prostitution, un métier comme un autre [en ligne]. 2003 ;22 (3/4) : 214-216 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur :
- [9] Busuttil F, Theveniaut V. Prostitution infantile [en ligne]. Humanium. 2012 [consulté le 02 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.humanium.org/fr/prostitution-infantile/>
- [10] Farley M, Cotton A, Lynne J, Zumbek S, Spiwak F, E.Reyes M and al. Prostitution and Trafficking in nine countries : an uptade on violences and PSD. 2003 ; 2(3-4) : 33-74.
- [11] Amnesty International. Traite des femmes et prostitution forcée [en ligne]. Dans : Dossier papiers libres 2004 : Les violences contre les femmes. 2004 ; ch5.3 [consulté le 03 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.amnesty.be/veux-agir/agir-localement/agir-ecole/espace-enseignants/enseignement-secondaire/dossier-papiers-libres-2004-violences-femmes/article/5-3-traite-des-femmes-et-prostitution-forcee>

- [12] Wikipédia. Prostitution en France [en ligne]. 2020 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Prostitution_en_France
- [13] Act Up-Paris. L'abolitionnisme condamne les prostituées à la précarité. Mouvements, 2003;29(4):91-7.
- [14] Ministère de l'intérieur. Office central pour la répression de la traite des êtres humains [en ligne]. 2011 [consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.police-nationale.interieur.gouv.fr/Organisation/Direction-Centrale-de-la-Police-Judiciaire/Lutte-contre-la-criminalite-organisee/Office-central-pour-la-repression-de-la-traite-des-etres-humains>
- [15] Syndicat du travail sexuel. Ni abolitionnistes, ni réglementaristes : syndicalistes ! [en ligne]. STRASS ; 2014 [consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : <https://strass-syndicat.org/ni-abo-ni-reglo-syndicalistes/>
- [16] Le Mouvement du Nid. Rapport annuel 2018 : accompagner, soutenir, prévenir, sensibiliser – nos actions [en ligne]. 2018 [consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.mouvementdunid.org/IMG/pdf/ra2018.pdf>
- [17] Legifrance. Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées [en ligne]. 2016 [consulté le 12 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032396046&categorieLien=id>
- [18] Le Monde, Dupont G. Bilan sévère des effets de la loi de 2016 sur la prostitution [en ligne]. 2018 [consulté le 07 décembre 2019]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/04/12/un-bilan-severe-des-effets-de-la-loi-de-2016-sur-la-prostitution_5284325_3224.html
- [19] Lin Lean L. Traite, demande et marché du sexe. Dans: Lin Lean L, Le sexe de la mondialisation : Presses de Sciences Po ; 2010. p. 165-78.
- [20] Cagliero S, Lagrange H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine [en ligne]. OFDT ; 2004 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxscka.pdf>
- [21] Penfold C, Hunter G, Campbell R, Barham L. Tackling client violence in female street prostitution : Inter-agency working between outreach agencies and the police. Policing and Society 2004;14(4):365-79.
- [22] Accueil et Réinsertion Sociale. ANTIGONE [en ligne]. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.asso-ars.fr/index.php/etablissements-services/nancy-et-agglomeration/18-etablissements-et-services/202-antigone>
- [23] Nation Unies. Rapport de la CIPD [en ligne]. 1994 : p78-80 [consulté le 06 juin 2018]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ICPD_Report_and_Anx_FR.pdf

- [24] Organisation Mondiale de la Santé. Cinquante-septième assemblée mondiale de la santé [en ligne]. OMS ; 2004 : p.72 [consulté le 12 décembre 2019]. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-fr.pdf
- [25] Institut en Santé Génésique. Les points clés et nos domaines d’actions [en ligne]. [consulté le 21 mai 2017]. Disponible sur : <https://institutgenesique.wixsite.com/institut-genesique/les-points-cles>
- [26] The Guardian. The juju curse that binds trafficked Nigerian women into sex slavery [en ligne]. 2017 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.theguardian.com/global-development/2017/sep/02/juju-curse-binds-trafficked-nigerian-women-sex-slavery>
- [27] Le Mouvement du Nid, Société Psytel. PROSTCOST, estimation du coût économique et social de la prostitution en France [en ligne]. 2015 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://prostcost.wordpress.com/>
- [28] Assurance maladie en ligne. La protection universelle maladie [en ligne]. AMELI ; 2020 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.asso-ars.fr/index.php/etablissemments-services/nancy-et-agglomeration/18-etablissemments-et-services/202-antigone>
- [29] Le Sénat, Godefroy J.P, Jouanno C. Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard [en ligne]. 2013[consulté le 12 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r13-046/r13-046.html>
- [30] AfriqueRenouveau, Sambira J. Médicaments contrefaits : un problème de santé en Afrique, l’ampleur des profits et la légèreté des peines alimentent la criminalité [en ligne]. 2013 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/mai-2013/m%C3%A9dicaments-contrefaits-un-probl%C3%A8me-de-sant%C3%A9-en-afrique>
- [31] Institut de recherche et documentation en économie de la santé. La santé des migrants [en ligne]. IRDES ; 2018 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
- [32] Biomedcentral Womens Health. Female sex workers expériences of using contraceptive methods : a qualitative study in Kenya [en ligne]. BMC ; 2018 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6011601/>
- [33] Conseil national du sida et des hépatites virales. VIH et commerce du sexe : un état des lieux alarmant [en ligne]. CNS ; 2011 [consulté le 17 juillet 2019]. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/dossiers/vih-et-commerce-du-sexe-un-etat-des-lieux-alarman/>
- [34] Association AIDES. Le traitement comme prévention [en ligne]. AIDES ; 2020 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : <http://www.aides.org/dossier/le-traitement-comme-prevention>
- [35] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A and al. Présentation de l’enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [en ligne]. INED ; 2017 [consulté le 17 juillet 2019]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf

- [36] Da Silva L, Evangelista L. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine [en ligne]. Saint-Denis la Plaine. OFDT ; 2004 [consulté le 01 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2004/la-consommation-de-drogues-dans-le-milieu-de-la-prostitution-masculine-octobre-2004/>
- [37] Ingold R, Toussirt M. Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH : Investigation ethnographique de la prostitution à Paris de 1989-1993. Bull Epidémiol Hebdo, 1994;(27):119-21.
- [38] Trinquart J. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins [en ligne]. Bobigny ; 2002 p.7-13[consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : <http://ecvf.online.fr/IMG/pdf/Trinquart.pdf.pdf>
- [39] Lafinancepourtous. La protection universelle maladie (PUMA) et l'aide médicale de l'Etat (AME) [en ligne]. 2020 [consulté le 06 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.lafinancepourtous.com/pratique/vie-perso/aides-financieres-et-sociales/sante/la-protection-universelle-maladie-puma-et-l-aide-medicale-de-l-etat-ame/>
- [40] Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé, santé sexuelle [en ligne]. OMS. [consulté le 01 mai 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [41] OMS, UNFPA, ONUSIDA, Nswp, The world bank and al. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : Approches pratiques tirés d'intervention collaboratives. IV Com Sarl. Suisse ; 2015 [consulté le 07 juin 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/intro_fr.pdf?ua=1

TABLE DES MATIERES

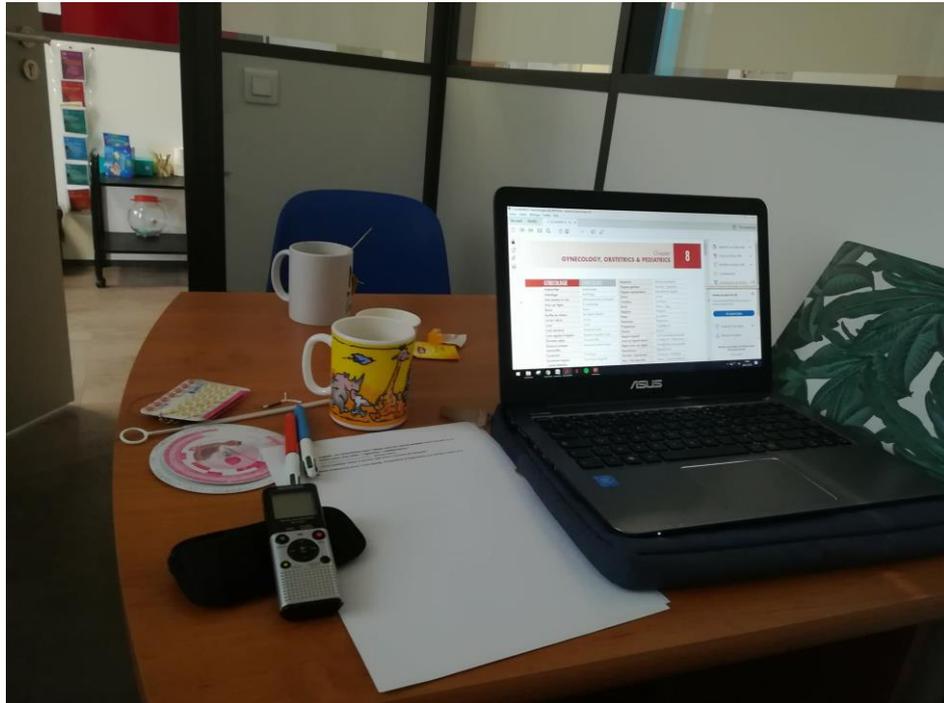
REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. LA PROSTITUTION DANS LE MONDE.....	7
2. LA PROSTITUTION EN FRANCE.....	8
3. LA PROSTITUTION À NANCY.....	9
4. L'ASSOCIATION ARS - ANTIGONE.....	11
5. LA SANTÉ GÉNÉSIQUE.....	11
6. PROBLÉMATIQUE	12
7. OBJECTIFS DU MEMOIRE.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
1. SCHÉMA ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.....	13
2. POPULATION ÉTUDIÉE.....	13
2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	13
2.2 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON.....	13
3. MODALITÉS DE RECUEIL DES DONNÉES.....	14
3.1 ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS.....	14
3.2 ANONYMISATION DES DONNÉES.....	14
3.3 LANGUE PARLÉE.....	14
4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES.....	15
4.1 PREMIER CONTACT AVEC LA POPULATION CIBLÉE.....	15
4.2 PRISE DE RENDEZ-VOUS ET SORTIE EN VILLE.....	15
5. DONNÉES COLLECTÉES ET LEUR ANALYSE.....	16
6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÈGLEMENTAIRES.....	17
RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	18
1. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	18
1.1 SEXE.....	18
1.2 ÂGE.....	19
1.3 NATIONALITÉ.....	20
2. PRISE EN CHARGE MÉDICALE.....	20
2.1 SITUATION ADMINISTRATIVE.....	20
2.2 COUVERTURE MALADIE.....	21
2.3 SUIVI MÉDICAL.....	22
2.4 SUIVI GYNÉCOLOGIQUE.....	23
3. ANATOMIE DE LA FEMME.....	24
3.1 REPRÉSENTATION DU CORPS DE LA FEMME.....	24
3.2 INFLUENCE DE LA CULTURE.....	24
4. ÉDUCATION SEXUELLE.....	26
4.1 ÉCOLE ET ÉDUCATION SEXUELLE.....	26
4.2 FAMILLE ET SEXUALITÉ.....	26

5.	CONTRACEPTION.....	26
5.1	PRÉSERVATIFS	27
5.2	CONTRACEPTIFS ORAUX.....	28
5.3	DISPOSITIFS IMPLANTÉS	28
5.4	AUTRES MÉTHODES.....	28
5.5	PILULE D'URGENCE	29
5.6	IVG	29
6.	PROTECTION FACE AUX IST.....	29
7.	VIE SEXUELLE, AMOUREUSE, FAMILIALE	32
8.	PSYCHOLOGIE ET SANTÉ MENTALE	33
9.	VIOLENCE FAITES AUX FEMMES	33
10.	CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS	34
10.1	TABAC	35
10.2	ALCOOL	35
10.3	DROGUES.....	36
10.4	AUTRES	36
11.	DIALOGUE LIBRE, AJOUTS ET QUESTIONS	37
12.	PROFILS DE POPULATION.....	38
13.	POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	39
	CONCLUSION.....	40
	BIBLIOGRAPHIE.....	42
	TABLE DES MATIERES	46
	ANNEXES.....	48

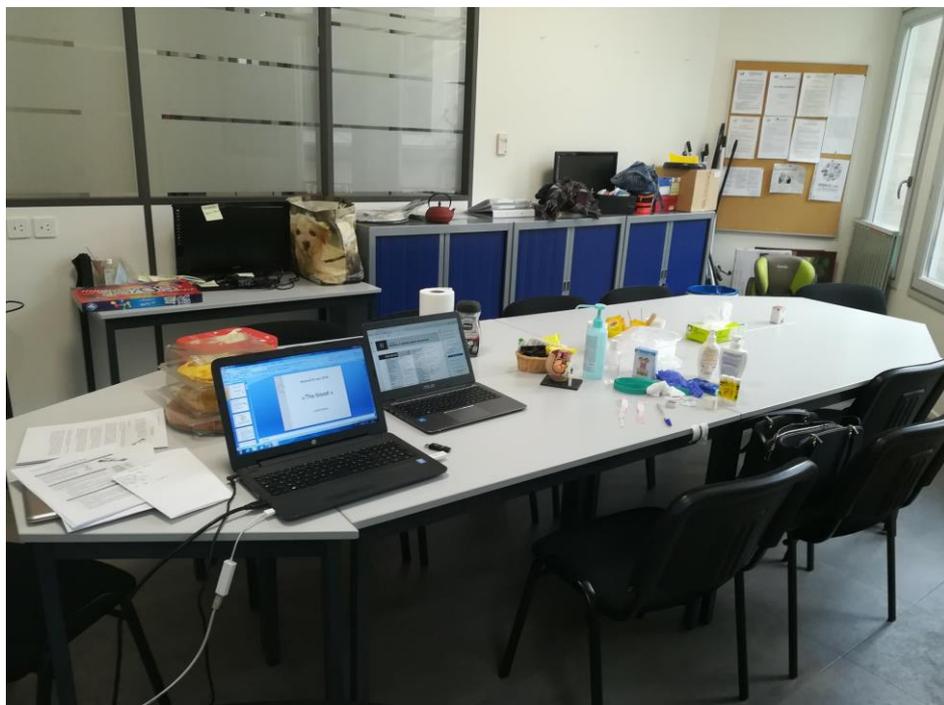
ANNEXES

- **ANNEXE I** : Photographies des locaux de l'association ANTIGONE
- **ANNEXE II** : Trame d'entretien semi-dirigé
- **ANNEXE III** : Flyers distribués
- **ANNEXE IV** : Photographies de la camionnette
- **ANNEXE V** : Matériel à disposition des participantes
- **ANNEXE VI** : Aide écrite pour la réunion d'information sur le sang
- **ANNEXE VII** : Aide visuelle pour le corps de la femme
- **ANNEXE VIII** : Traduction de la trame d'entretien en anglais

ANNEXE I : Photographies des locaux de l'association ANTIGONE



Lieu des entretiens



Lieu de réunion des ateliers de prévention et d'information

ANNEXE II : Trame d'entretien semi-dirigé

Trame d'entretien		Réponses/Remarques
Informations générales	Sexe	Homme
		Femme
		Autre
	Age	< 15 ans
		15-20 ans
		20-25 ans
		25-30 ans
		30-35 ans
		35-45 ans
		45-55 ans
		> 55 ans
	Ne sait pas	
	Nationalité	Française
		Expatriée
Si oui, depuis quand :		
Pays d'origine :		
Français parlé	Couramment	
	Un petit peu	
	Pas du tout	
Prise en charge médicale	Type de protection sociale	SECU
		AME
		CMU-c
		Aucune
	Suivi médical	Médecin
		Urgence
		CPEF
		ARS Antigone
		Autres :
	Suivi gynécologique	Gynécologue
		Sage femme
		Aucun
Fréquence :		
Corps de la femme	Description faite du corps de la femme	Parties génitales :
		Extérieur :
		Intérieur :
	Niveau de connaissance du corps de la femme d'après elle	Bon
		Moyen
		Mauvais
Influence de la culture sur la santé génésique :		

Éducation sexuelle	Accès à l'école	Oui	
		Non	
	cours d'éducation sexuelle : oui/non		
	Dans la famille	Tabou/dialogue	
		Discussion sur les règles	
		Discussion sur les rapports intimes	
Discussion sur la procréation			
Autres			
Ailleurs :			
Situation familiale	Famille	Pas au courant	
		Au courant	
		Apporte son soutien	
		A coupé les ponts	
	Enfant	Oui	
		Non	
Avec vous/la famille			
Souhait de grossesse ?			
Contraception	Utilisation d'un contraceptif	Toujours	
		fréquemment	
		rarement	
		Jamais	
	Si non, Pourquoi :		
	Quel type de contraceptif utilisé (en ce moment - avant)	Préservatifs	
		Pilule	
		Implant	
		D.I.U	
		Patch	
		Préservatifs féminin	
		Pilule d'urgence	
	Autres :		
	Quel type de contraceptif connu	Question ouverte :	
Recours à l'IVG	Oui		
	Non		
	Combien de fois :		
	Contraceptifs après :		

Protection face aux IST	Connaissance des IST	Sait ce qu'est une IST	
		Si oui, les citer :	
		Connaissance des IST sans pouvoir en citer	
	Protection utilisée	Seulement avec les clients	
		A chaque rapport sexuel	
		A chaque pratique sexuelle	
	Dépistage	Oui	
Non			
Fréquence :			
Lieux :			
		Gratuitement :	
Hygiène intime	Travail pendant les règles	Oui	
		Non	
		Comment	
	Soin du corps	Au travail	
		En dehors	
Vie sexuelle	Vie privée	Célibataire	
		En couple	
	Protection	Contraception	
		IST	
Lien travail /amour	Prend-il soin de vous		
	Comment réagit-il face au travail		
Violences faites au femmes	Victime de violence	Oui	
		Non	
		Avant la prostitution	
		Pendant	
	Source	Client	
		Petit ami	
Autres			
		Réaction :	
Travail		Depuis quand :	
		Vision de l'avenir :	
		Comment est vécu le travail au quotidien :	
Conclusion		Dialogue :	
		Ajout :	
		Question :	

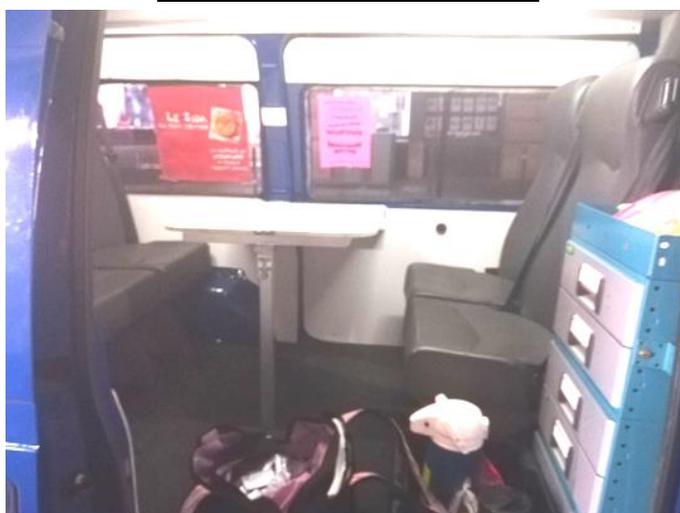
ANNEXE III : Flyers distribués

Entretien, dialogue avec une étudiante Sage-Femme	Interview, conversation with student midwife
 <p>Bonjour à vous ! Je m'appelle Lola Teixeira. Je suis étudiante Sage-Femme et je réalise un mémoire sur « La santé sexuelle des femmes en situation de prostitution ou l'ayant été. »</p> <p>Pour la fin de mes études je fais un travail sur un sujet qui me passionne : je voudrais apprendre à vous connaître et découvrir vos connaissances sur le corps de la femme, les méthodes contraceptives, les infections sexuellement transmissibles, votre prise en charge médicale et bien d'autres sujets !</p> <p>Cet entretien est ANONYME, GRATUIT et donnera lieu a un temps d'ECHANGE dans la <u>convivialité</u>.</p>	 <p>Hello everybody ! My name is Lola Teixeira. I'm a student Midwife and I am doing a research paper called « The sexual health of women in prostitution or having been. »</p> <p>For the end of my studies I am doing a work on a topic that interests me: I would like to know you and discover your knowledge about the woman's body, contraceptive methods, STIs, your medical care and many other topics!</p> <p>This interview is ANONYMOUS, FREE and will give rise to a time of EXCHANGE in <u>friendliness</u>.</p>
<p>Un temps sera prévu à la fin pour répondre à vos question si vous en avez Et vous donner des informations sur les thèmes qui vous intéresse.</p>  <p>Bien sûr, si vous souhaitez avoir accès aux résultats de ce mémoire je pourrais les fournir.</p> <p>Je vous remercie par avance ! Lola</p> 	<p>A time will be taken at the end to answer your questions If you want and give you informations on topics that interest you</p>  <p>Of course, if you wish to have access to the results of this research paper I could provide them.</p> <p>I thank you in advance! Lola</p> 
<p>Si vous souhaitez participer, contactez <u>ARS-ANTIGONE</u> : 03-83-26-56-66 10 Rue Mazagran 54 000 Nancy</p>	<p>If you wish to participate, contact <u>ARS-ANTIGONE</u> : 03-83-26-56-66 10 rue Mazagran 54 000 Nancy</p>

ANNEXE IV : Photographies de la camionnette



Extérieur de la camionnette



Intérieur de la camionnette, coin détente



Matériel à disposition : boissons, matériel de prévention ...

ANNEXE V : Matériel à disposition des participantes



Préservatifs norme CE

Eponge vaginale

Lubrifiant

Dispositifs sanitaires et de prévention mis à disposition des personnes en situation de prostitution par l'association



Plaquettes informatives et d'aide à la communication avec les professionnels de soins

ANNEXE VI : Aide écrite pour la réunion d'information sur le sang

Intervention du 16/03/2018
De Lola Pour Chaitine.

La prise de sang

Définition :

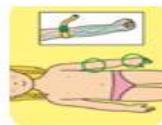
La prise de sang permet de prendre un peu de votre sang pour en faire une analyse dans un laboratoire et pour aider les médecins à comprendre ce qu'il se passe dans votre corps et comment soigner votre maladie.

Elle est faite par une infirmière, une sage-femme, un médecin, une personne qui travaille dans le laboratoire d'analyse médicale... = un professionnel de santé.



Localisation de la piqûre :

Généralement on la fait dans le pli du coude (gauche ou droit) ou sur le dos de la main.
Elle peut être faite aussi dans la jambe, sur le pied, dans le cou...
Cela dépend de la facilité que va avoir le praticien à vous piquer et de l'état de vos veines.



Il existe trois différentes prises de sang :

- La prise de sang **veineux** : la plus courante, celle que vous allez souvent avoir prescrite par le médecin
- La prise de sang **artériel** : elle est faite au poignet et ne mesure pas la même chose dans le sang. Elle est moins courante mais il peut aussi arriver que le médecin la prescrive
- La prise de sang **capillaire** : celle que l'on fait au bout du doigt avec un stylo spécial et qui permet notamment de connaître leur taux de sucre dans le sang (la glycémie)

Le matériel :

Présentation visuelle du matériel

- Une **aiguille** : très fine et creuse comme un minuscule tuyau pour faire passer le sang. Elle traverse la peau et reste dans la veine
- Des **lignes** : pour recueillir le sang. Il ne contient que 5 ml de sang **présentation** **visuel d'une canne à sucre de 5 ml avec une cuillère creuse** et on peut être amené à en prendre plusieurs car une analyse de médecin peut demander plusieurs composés du sang
- Une **goutte** : un petit objet en plastique qui permet de retirer l'aiguille au tube
- Un **gant** : un gant d'isoprène qui permet de serrer la veine du bras et de la faire gonfler. Le veine devient visible et le praticien peut plus facilement faire la piqûre sans rate sa cible. De plus le sang circule plus vite et la prise de sang est plus

Intervention du 16/03/2018
De Lola Pour Chaitine.

mode. C'est souvent cet élément qui est le plus désagréable car il sera un peu le boss.

- Des **compresses** : c'est du coton qui permet de nettoyer avant de faire la piqûre
- Du **désinfectant** : il en existe de plusieurs sortes. Il permet de nettoyer avant de faire la piqûre
- Des **gants stériles** : pour que la piqûre soit protégée du sang qui coulerait hors de la veine et que vous soyez protégés des organismes présents sur les mains du praticien (qui aura lavées avant de faire la piqûre)
- Des **épingles** : elles sont à votre nom et le praticien va vous demander de lui dire votre nom, prénom, date de naissance pour être sûr de ne pas mélanger les tubes des différentes personnes. Ensuite il collera ces épingles sur les tubes avant de les envoyer au laboratoire



L'évaluation pour la piqûre

On mettra le confortablement dans un fauteuil ou sur une table d'examen. On vous demandera de relever votre manche ou de retirer du côté de la prise de sang.

On place le gant sur le bras, au dessus du pli du coude et on vous demandera de serrer fort le poing.

On nettoie la peau avec les compresses et le désinfectant puis on pique dans la veine. Pendant que l'on remplit les tubes avec le sang il ne faut pas bouger et respirer tranquillement.

On a le droit de parler avec l'infirmière pour faire passer le temps et se rassurer car elle a l'habitude de faire des prises de sang et cela ne la déconcentre pas.

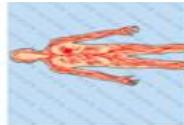
Après la piqûre l'infirmière enlève le coton et l'aiguille et vous pouvez desserrer le poing. Il faut ensuite appuyer environ une minute avec un coton pour que ça ne saigne plus. Le petit trou fait par l'aiguille se referme très vite. On met un pansement et c'est fini.

Intervention du 16/03/2018
De Lola Pour Chaitine.

Le sang

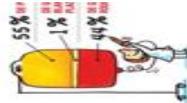
C'est un liquide vital qui circule continuellement dans les vaisseaux sanguins et qui vont du cœur (qui sert de pompe) vers tous les endroits du corps. Il est composé de :

- Liquides : le plasma
- Cellules : par exemple les globules rouges qui servent à amener l'oxygène que l'on respire dans tout le corps, les globules blancs qui permettent de se défendre contre les maladies et les plaquettes qui permettent de cicatriser quand on se coupe
- Et plein d'autres choses importantes qui doivent aller d'un endroit à un autre dans le corps : les déchets, les hormones (qui permettent d'organiser à des messages) les nutriments...



Quelques informations importantes

- Le sang est produit dans la moelle osseuse **tout le jours** (200 milliards de globules rouges par exemple) y sont produit
- On a environ **5 litres** de sang dans le corps humain (1000 fois plus que ce que l'on préleve avec un tube de sang)
- La sang est régulièrement défilé par le corps car il n'est pas éternel mais il se **regénère**, c'est-à-dire qu'il se remplace régulièrement dans le corps par du nouveau sang frais.
- Ça qui explique que l'on peut aller **donner son sang** pour aider les personnes qui en ont besoin car ils sont malades ou on peut beaucoup de sang dans un accident par exemple.



Les incidents :

ils sont très peu nombreux car la prise de sang, si elle est bien réalisée, ne fait pas mal et ne cause aucuns désagréments pour la suite de votre vie.

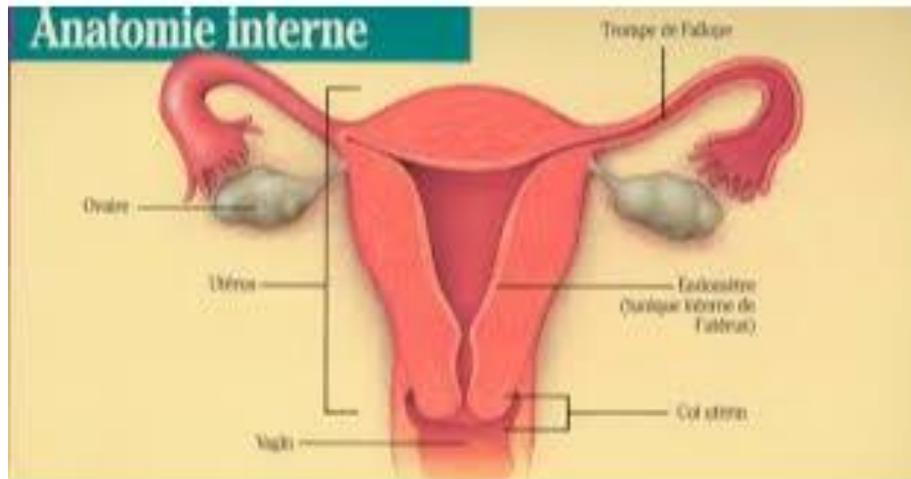
Cependant, quand on a très peur on peut se sentir mal (être un malade vulgaire) mais cela ne dure pas beaucoup de temps et c'est sans la moindre gravité. Il peut aussi advenir un **hématome** (bleu) sur la peau après la piqûre qui disparaît dans la semaine en général.

Enfin, il peut y avoir une **réaction allergique au désinfectant** que l'on utilise pour nettoyer la peau mais si vous vous connaissez des allergies il faut le dire au professionnel qui fait la prise de sang pour qu'il utilise des produits qui seront non allergènes pour vous.

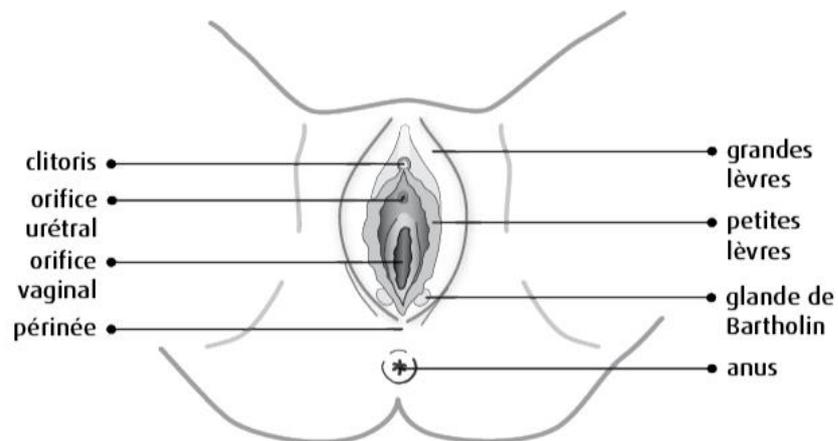
Autres :

Video **Youtube** de la prise de sang : <https://www.youtube.com/watch?v=ZUWU5G5UJIA>

ANNEXE VII: Aide visuelle pour le corps de la femme



La vulve



ANNEXE VIII : Traduction de la trame d'entretien en anglais

Hello, my name is Lola and I'm a student midwife. Do you know what a midwife is ? According to you, what does the midwife job consist in ? In order for me to complete my studies, I have to research a subject of my choice. At the end of this interview, I will explain why I asked all these questions, and what links them to my job. Now, I will ask you a lot of questions regarding your personal life, your job, your health, etc. If you do not want to answer a question, I'll carry on to the next one.

- Are you a man ? woman ? other ?
- How old are you ?
- What is your nationality ? The country you grew up in ?
- Do you speak French ?
- What kind of social security do you have ? In France, there are different regimes :: SECU/AME/CMU-C/none ?
- When you're hurt or ill, where do you go to find treatment/Doctor/Hospital emergency service/ARS/Other ?
- Where do you go to get contraception ? STD (sexually-transmitted diseases) testing ? OBGYN (gynecologist) examinations ?
- What is a woman's body and its external and internal sexual organs made of ? Describe it in your own words, you can also draw them.
- Did you go to school ? How old were you when you entered and left the school system ? Were sexual education classes provided ?
- Do you have ties with your family ? Do they know about your occupation ? Do they support you or on the contrary, cut all ties with you ?
- What about your friends ? Do you think you are well supported, have people you can trust ?
- Do you have children ? Do they live with you ? If they don't, with whom do they live ? Do you plan on having children in the near or distant future ?
- Did you discuss sexuality with your family ? For instance, about menstruation (period), intimate contacts/rapports, how babies are made ?
- If I say : "contraception" do you know what that is ? (Answer : it is something to not have babies if you don't want to).
- What do you do or use not to have babies nowadays ? What did you do or use in the past ?
- Could you name different means of contraception ? If I mention condoms, "the Pill", implant, IUD (intrauterine device, coil), patch, female condom, morning-after pill (emergency contraceptive pill), etc. You know about them ?
- Do you know what pregnancy termination (abortion) is ? If yes, have you ever resorted to using this method ? How many times ? For what reason(s) ? What did you do after that ? What contraceptives were you prescribed/advised to use after that ?
- Do you know what sexually-transmitted diseases (STD) are ? Could you name some ? Have you ever had one ?
- Do you know of a means to avoid contracting STD ?
- Do you use condoms with your clients ? With your boyfriend if you have one ? Do you use a condom when performing fellatio (oral sex) or masturbating your partner - if you practice these acts ?

- Do you know how to determine if you have an STD ? Where to go for testing/screening ? How often do you test for STD ? How often do you think you should ?
- Do you work when you are on your period ? If you do, how do you proceed ?
- What do you use to clean up your body/ your intimate zones ? When at work, what do you do for hygiene in between clients ?
- Are you single ? In a couple ? Widow/widower ? Other ?
- Do you use contraceptives with your boyfriend(s) ? Do you use condoms ? Has your boyfriend been tested for STD ?
- If you have a boyfriend, does he take good care of you ? How does he reacts to your occupation ?
- Have you ever been subjected to violence in your life ?
- Have you ever been hit ? Threatened (yourself, your family, on your workplace, other) ? Forced to have sexual intercourse or practices when you didn't want to ? Been insulted/belittled ?
- If your answer to my previous question mentioning violence was negative, do you still think, now that we have talked about it, that you have not been subject to violence ?
- Did that violence occur before you worked in (*the field of*) prostitution ? During said prostitution ? Did said violence come from clients ? Other persons ?
- Since when do you work in prostitution ? How do you see your future/the rest of your life going ?

Now that you have answered my questions, did this interview go well ? How do you find it ? Do you have questions to ask me ?

Université de Lorraine – Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de TEIXEIRA LOLA - Année 2020

Etude qualitative sur la santé génésique des personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy menée sur 10 entretiens semi-dirigés

Résumé structuré

Introduction – La prostitution de rue, à Nancy comme ailleurs, est pratiquée essentiellement par une population étrangère dont l'état de santé génésique est méconnu, entretenu par un système proxénète opaque et par le tabou de la société.

Objectif – Identifier les principaux déterminants de la santé génésique des personnes en situation de prostitution à Nancy afin d'adapter leur prise en charge médicale.

Matériel et méthode – Une étude qualitative, unicentrique, par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 10 personnes en situation de prostitution de rue de la ville de Nancy entre décembre 2017 et Juin 2018.

Résultats – La santé génésique des participantes pose problème à différents niveaux : manque de suivi médical par ignorance du système de santé français, méconnaissance de la contraception, peur des différentes IST et de leur mode de propagation, risque très élevé de violences faites aux femmes entre autres. Si la grande majorité des répondantes est de nationalité étrangère, plusieurs profils se dégagent de cette étude en fonction de la nationalité, l'âge, l'histoire de vie... chacune des participantes à l'étude ayant des représentations et des pratiques différentes sur leur santé génésique.

Conclusion – Deux axes de progression se profilent pour améliorer la situation de cette population : la mise en place d'un réseau de prise en charge médicale et sociale à leur destination et la formation des professionnels de santé, comme celle des sages-femmes. C'est pourquoi la sage-femme a un rôle primordial à jouer dans la prise en charge des personnes en situation de prostitution.

Mots clés (3)

Prostitution, Nancy, santé génésique