



Les financeurs de l'association

Sidaction

Groupement régional de santé publique

Conseil général

Conseil régional

EQUAL/FSE

Préfecture FIPD

Politique de la Ville : mairie/préfecture

ACSE

DRDF

Fondation Orange

CNASEA

***Nous remercions tous nos
financeurs qui soucieux du
travail effectué nous font
confiance***

FICHE TECHNIQUE

GRISÉLIDIS

14 rue Lafon 31000 Toulouse

05 61 62 98 61

association@griselidis.com

n° siret 43243801800033

code APE 9499Z

Ce rapport a été coordonné par Françoise Guillemaut avec la collaboration de Julie Sarrazin. Certains chapitres ont été écrits par des membres de l'équipe.

Corrections : Anne Garcin-Marrou

Conception et Maquette : Martine Schutz Samson

Impression : Sud imprimerie Lézat sur Lèze

Les dessins p. 6, 10, 42, 58, 78, 80, 164 et le fragment ornant les pages de ce rapport sont de Ruth Pulgram.

Les aphorismes qui accompagnent ce rapport sont de Sandra, fidèle militante et responsable de la bibliothèque.





Grisélidis

Rapport

de

synthèse 2007

SOMMAIRE

Introduction	7
I - Analyses	11
1. Prostitution, migration, politique publiques et mobilisation sociales. Françoise Guillemaut	11
2. Personnes prostituées et violences : maltraitances institutionnelles et déni de droits. Loan Trang Trung	43
3. Quels sont les freins à l'accès des femmes prostituées à Toulouse ? Julie Sarrazin	59
II - Grisélidis et ses actions	81
1. Présentation	81
1. 1. Contextes, principes moteurs de l'action et objectifs généraux	84
1. 2. Public cible	86
1. 3. Ressources humaines et moyens matériels	87
1. 4. Activités et emploi du temps type	91
1. 5. Méthode d'intervention	92
1. 6. Données chiffrées globales	95
2. Santé	98
2. 1. Réduction des risques et accès aux soins	101
2. 2. Accompagnements médicaux et sociaux	106
2. 3. Santé global et couverture sociale	109
2. 4. Partenariat	114
2. 5. Autres actions spécifiques en santé	117

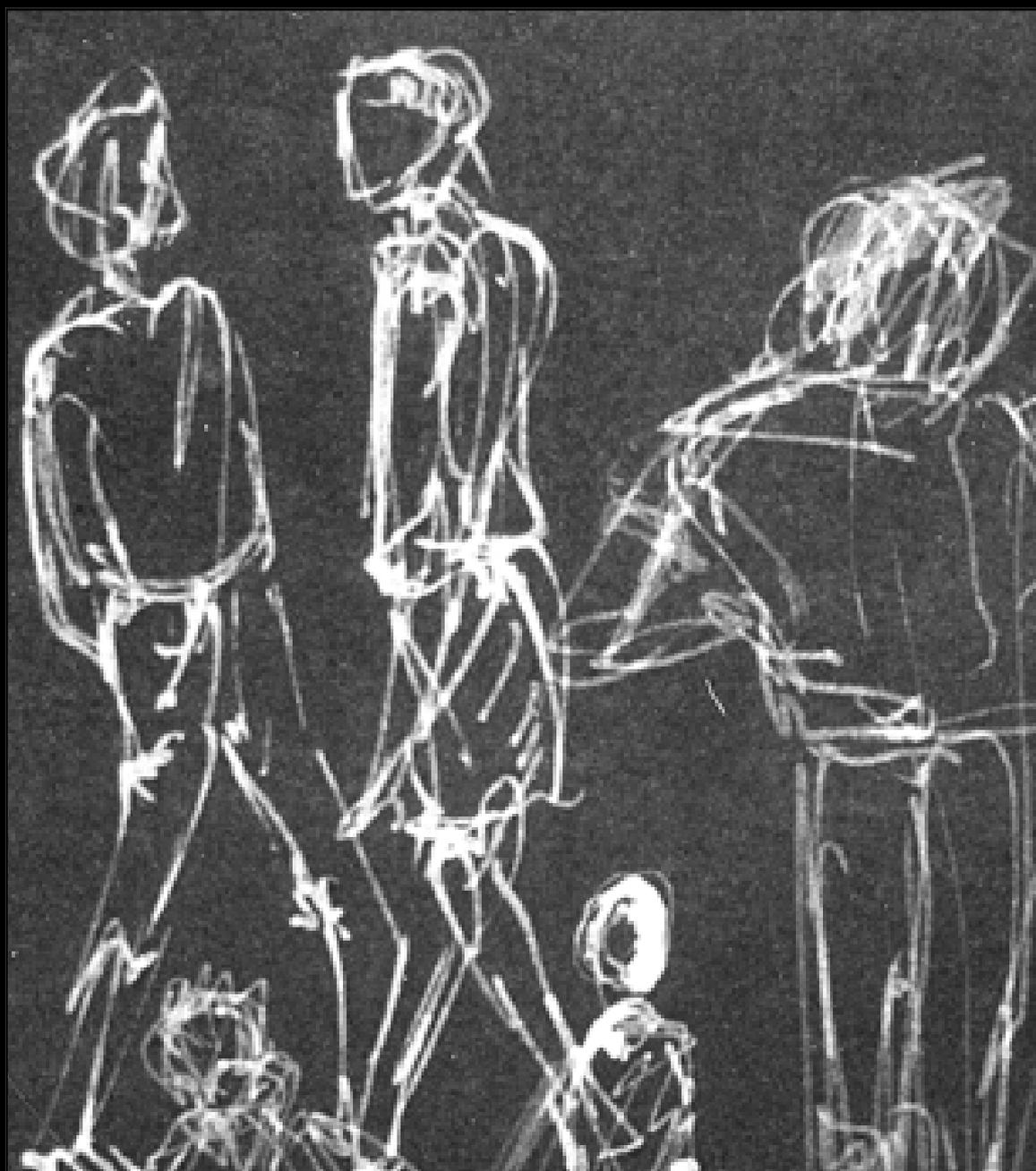




3. Questions juridiques, violences et discriminations *****	124
3. 1. Cadre légal et typologie *****	124
3. 2. Délinquance, violence, discrimination *****	129
3. 3. Les actions civiques et citoyennes de l'association *****	133
4. Réorientation de carrière : accès à l'emploi et formation *****	139
4. 1. Contexte et action *****	139
4. 2. Estime de soi et empowerment *****	141
4. 3. Aller vers l'insertion professionnelle : Un parcours individualisé vers l'emploi *****	142
III - Actions collectives et lutte contre les discriminations *****	147
1. Voy'elles, la radio *****	147
2. La bibliothèque et les ateliers du mercredi *****	152
3. COREVIH *****	152
4. Vie publique de l'association *****	155
Projets 2008 *****	159
Objectifs 2008 *****	163
Conclusion *****	167
Annexes :	
Fiches de cas sur la violence *****	169
Exemple de situation socio-médicale *****	174
Appel du Sénat *****	187
Communiqué de presse *****	189
Liste des sigles *****	191

Dans mon jeu de cartes j'ai un très bon atout, l'as de cœur, les méchants ont l'as de pique.

Aphorisme de Sandra





«La solidarité se fonde sur la tolérance et la non-discrimination, sur le refus d'isoler l'état de quelques-uns du sort du plus grand nombre. La solidarité naît lorsque les gens comprennent que les disparités excessives entre les individus compromettent la stabilité du système tout entier. La charité est individuelle, la solidarité est foncièrement sociale ; elle a le souci de la justice sociale, par conséquent de la justice économique et politique.»

«En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire.»

Jonathan MANN,
responsable du premier programme mondial de lutte contre le sida à l'OMS,
1998, *Le Journal du sida*, numéro spécial.

Introduction

Ce rapport d'activité couronne la huitième année d'existence de l'association Grisélidis à Toulouse. Il a pour ambition de rendre compte du chemin parcouru cette année comme fruit d'un travail commencé il y a huit ans et inscrit dans un mouvement plus large de transformation sociale. Cette transformation, qui repose sur une approche de santé communautaire, vise à une meilleure reconnaissance du vécu des personnes prostituées comme citoyennes par la lutte contre les discriminations et les préjugés, par le renforcement de la prévention au quotidien, par l'accès aux soins, à une meilleure qualité de vie et par l'accès au marché de l'emploi pour celles qui le souhaitent.

La première partie de ce rapport est constituée par trois articles de fond, attestant des compétences développées au sein de la structure, en termes d'analyse, de construction d'un esprit critique et de recherche.

Le premier article évoque les difficultés des migrantes sur le marché du travail et, en contrepoint, la manière dont les politiques publiques contribuent à construire les prostituées migrantes comme des figures de la marginalité dangereuse par un retournement du statut de victime. Cet article se conclut sur un questionnement au sujet des mobilisations sociales des principales intéressées.

Le second article traite de manière concrète des questions de déni de droit, à partir d'une étude sur dossier d'affaires en lien avec les services de police et de justice de personnes prostituées à Toulouse. De cette étude pratique conduite au début de l'année 2007, émerge une analyse argumentée et sans concession de l'instrumentalisation à des fins politiques de la place de la prostitution et du trafic dans notre société.

Le troisième article porte quant à lui sur l'accès à la santé des femmes prostituées à Toulouse à partir d'une enquête de terrain réalisée au printemps 2007 auprès de personnels médico-sociaux de la ville (hôpital, services sociaux...) et des personnes prostituées elles-mêmes. À l'issue de cette étude, les obstacles à l'accès aux soins sont identifiés et des recommandations sont proposées pour lever ces obstacles.

Ces articles sont écrits respectivement par Françoise Guillemaut, docteure en sociologie et qui travaille dans le champ de la recherche sur les thèmes de la prostitution, du trafic et des migrations depuis 1999, par Loan Tran Trung, jeune diplômée en développement de l'université de Bordeaux, et par Julie Sarrazin, titulaire d'un master professionnel «Genre et politiques sociales» de l'université de Toulouse le Mirail.





La seconde partie de ce rapport présente dans un premier temps l'association Grisélidis et ses méthodes et moyens, ainsi que les résultats chiffrés globaux. Ensuite, sont décrits les différents axes d'intervention de l'équipe de terrain, à savoir la santé et la prévention, la lutte contre les discriminations et les violences, et la réorientation de carrière. Chaque thème est décliné en fonction des actions précises menées sur le terrain, chacune d'elles étant chiffrée et évaluée.

Enfin, la troisième partie traite des actions de portée plus générale ou collective, telles que l'implication de l'association Grisélidis dans le COREVIH ou la participation de ses membres à l'émission de radio «Voy'elles». Cette troisième partie s'achève sur une perspective nationale.

La conclusion de ce rapport permet de présenter le projet associatif 2008 et ses objectifs.

Soulignons que ce rapport est enrichi des aphorismes écrits en 2007 par Sandra, fidèle militante de l'association, qui se charge de l'animation du coin bibliothèque.

Nous remercions nos financeurs pour leur soutien, ainsi que les ami-e-s et allié-e-s de l'association. Nous remercions les partenaires de l'association, qui à Toulouse réservent un accueil et une attention particulière aux usagers-ères de l'association, favorisant ainsi leur inclusion sociale dans la cité.

Nous tenons à souligner l'engagement au quotidien des salarié-e-s de l'équipe de terrain ainsi que des membres du conseil d'administration et du bureau de l'association.

Enfin, nous souhaitons que cette description des actions de l'association rende le mieux possible compte de la réalité vécue au quotidien par les personnes prostituées à Toulouse et dans ses environs.



1

I

**Prostitution, migration,
politiques publiques et mobilisation sociale**

*

Françoise Guillemaut, docteure en sociologie, rattachée au laboratoire LISST/CERS, axe «Genre, migrations, marginalités» de l'université de Toulouse le Mirail ; diplômée en santé publique et communautaire.

A
N
A
L
Y
S
E
S

Cet article forme une synthèse de deux communications de Françoise Guillemaut présentées lors de deux colloques universitaires en 2007 (voir ci-dessous), et s'inscrit, pour Grisélidis, dans le cadre de son action de lutte contre les discriminations par la déconstruction des présupposés et prénotions vis-à-vis des questions de prostitution et de trafic.

– *La Fabrique de populations problématiques par les politiques publiques*, 13-15 juin 2007, colloque international, Nantes, groupe de recherche Politiques publiques et populations problématiques (ACI du réseau des MSH). Titre de la communication : «Mobilisation des femmes migrantes travailleuses du sexe en France face aux politiques publiques anti-trafic».

– *Nouvelles Dynamiques migratoires : activités régulières et irrégulières sur le marché du travail européen*, 6-8 décembre 2007, colloque international, université de Nice Sophia Antipolis, URMIS. Titre de la communication : «Femmes migrantes non européennes et secteur du service : travail du sexe/travail domestique, une alternative sans choix ?»

Introduction

Cet article vise d'une part à contextualiser la question de la prostitution des femmes migrantes du point de vue du marché du travail et d'autre part à analyser la manière dont elles sont «fabriquées» comme des populations problématiques par les politiques publiques.

La première partie pose la question des possibilités de travailler pour les femmes migrantes aujourd'hui et décrit, du point de vue des femmes, les stratégies qu'elles déploient pour gagner leur vie et s'insérer dans la société française.

La seconde partie analyse la façon dont les femmes migrantes prostituées sont transformées en victimes puis en délinquantes sous l'effet de l'application des politiques publiques.

Enfin, la troisième partie envisage la manière dont leurs résistances individuelles et collectives se dessinent avec l'appui de la société civile.

1. Femmes migrantes et travail

Vers la fin des années 1990, la présence de personnes étrangères sur les trottoirs des villes alerte les médias, l'opinion publique et les décideurs politiques. Le phénomène est perceptible dans toute l'Europe où la proportion des femmes étrangères dans la prostitution double, passant de 30 % environ à 60-70 % selon les villes. Il est pourtant difficile de savoir qui sont ces femmes, de comprendre sans *a priori* leur présence sur les trottoirs de nos villes.

Or, les croisements entre migration et prostitution ne sont pas récents, pas plus que ne le sont les liens entre métiers de service domestique et prostitution. Au XIX^e siècle, mobilité, genre et prostitution étaient déjà étroitement associés ; en France comme en Grande-Bretagne les allers-retours d'un emploi de domestique, vendeuse, modiste ou ouvrière à l'exercice de la sexualité vénale pouvaient se produire au gré des conditions du marché du travail ou des intérêts économiques





des femmes dans un contexte de mobilité nationale européenne ou extra-européenne (Corbin, 1978 ; Walkowitz, 1991). Pendant cette période, les femmes sortaient d'Europe plus qu'elles n'y entraient (Corbin, 1978 ; Chaumont, 2005). La féminisation des migrations, et en particulier des immigrations, n'est pas un phénomène nouveau non plus. Depuis les années 1950, entre 30 et 70 % des migrantes, selon l'âge ou les pays d'origine, sont des travailleuses (Bozon, Locoh, 2000). Depuis les années 1990, le taux d'activité des femmes migrantes augmente (Roulleau-Berger, 2004) car elles deviennent de plus en plus souvent pourvoyeuses principales de ressources pour elles et pour leurs familles (Oso Casas, 2003). Ce sont sans conteste ces «nouvelles» migrantes que nous rencontrons sur le terrain et dans nos travaux de recherche, loin des clichés stéréotypés des médias. La plupart d'entre elles ne souhaitent pas rester dans la prostitution, pas plus que dans des métiers de service domestique, mais, par-dessus tout, elles ne veulent pas être renvoyées dans le pays qu'elles ont fui, quel que soit le prix à payer. C'est l'une des raisons qui les maintient dans des situations de clandestinité ou de contrainte, parce qu'elles n'ont, en l'état actuel des législations, pas d'autre possibilité.

Pour la majorité des femmes en situation administrative précaire en Europe, il existe deux types d'activités dans lesquels trouver du travail n'est pas un problème : le service domestique et le travail du sexe¹. Ce sont des champs de travail sans régulation, sans droits sociaux, et ceci implique par conséquent des situations de précarité et d'insécurité majeure dans le travail. Mais en même temps, ce sont des domaines réels de travail qui permettent aux femmes d'obtenir des revenus. Un rapport de recherche, publié par l'OIM (Anderson, O'Connell Davidson, 2003), traite conjointement de ces deux modes d'exploitation des femmes migrantes – *sex sector* et *domestic work* –, et montre

¹ Concernant le travail des femmes migrantes en France, on constatera (comme beaucoup d'auteur-e-s) que pour celles qui ont des qualifications professionnelles ou des diplômes, la déqualification professionnelle semble bien être la règle lors du processus migratoire.

qu'ils résultent de la construction de normes sociales, à l'intersection du racisme et du sexisme. Les auteures conduisent une étude par interviews auprès d'employeurs de personnel domestique migrant et de consommateurs de services sexuels délivrés par des femmes migrantes ; elles montrent que les employeurs de travailleuses domestiques parviennent à légitimer le fait d'employer des femmes étrangères sous-payées en considérant qu'ils-elles leur rendent service. Pour eux-elles, ces femmes améliorent leur condition sociale en étant domestiques, et de ce fait ils-elles ne se perçoivent pas comme étant dans une situation où ils-elles les exploiteraient. De plus, ce travail se déroulant à l'intérieur de la sphère privée, il est comme déconnecté du monde social extérieur et les employeurs ne se sentent pas tenus d'appliquer des normes légales vis-à-vis du travail, dont eux-mêmes bénéficient pourtant dans leur propre sphère professionnelle (durée du travail, congés payés, tarifs horaires...) (Anderson, O'Connell Davidson, 2003 : 37-39). «Les normes sociales dominantes jouent ainsi un rôle important dans la construction des comportements des gens, comme consommateurs à la fois dans des segments légaux et illégaux du commerce du sexe, et comme employeurs de travailleuses domestiques² (Anderson, O'Connell Davidson, 2003 : 42). La travailleuse est ainsi «ethnalisée», «racialisée», construite comme Autre, et elle n'est alors plus perçue comme une égale. Le fait de l'exploiter ne pose alors pas de problème éthique ou de droit. Rappelons que selon l'ILO (2004), le travail domestique est le secteur majoritaire d'emploi pour les femmes migrantes, en Italie, en Espagne et en France, en même temps que le secteur de travail le moins protégé par le droit. En Italie, on estime à 950 000 le nombre de travailleuses domestiques en 2002 (ILO, 2004). En France, 86 % des femmes immigrées travaillent dans le secteur tertiaire, et une femme immigrée sur 5 occupe un emploi de service aux personnes, alors que

² Traduction libre de «*Prevailing social norms thus play an important role in shaping people's behaviour as consumers in both legal and illegal segments of the commercial sex market, and as employers of domestic workers*» (Anderson et O'Connell Davidson, 2003 : 42).





c'est le cas d'une active sur 10 (Rouilleau-Berger, 2004). Pour l'Italie, le travail domestique a fait partie d'une stratégie d'«accueil» des migrantes (Scrinzi, 2003 ; Caixeta, Gutiérrez *et al.*, 2004).

Le travail domestique est essentiellement réservé aux étrangères, qu'elles soient ou non primo-migrantes. Il s'inscrit désormais dans la notion plus générale du *care*. Ce terme intraduisible en français recouvre des activités de soin ou d'attention aux autres à la limite du domestique, du sanitaire et du social, domaine qui s'est développé à la faveur de l'externalisation du travail domestique dans son ensemble et de la monétarisation du travail gratuit des femmes. Il comprend le soin aux personnes âgées, malades ou dépendantes, l'éducation et le soin aux jeunes enfants et l'ensemble des tâches domestiques qui sont au service des besoins d'autrui. En français on parle souvent de «travail de proximité». Ce travail implique une forte mobilisation émotionnelle et corporelle des personnes qui l'exécutent, et comme le souligne Pascale Molinier (2004 : 14), il n'a rien de naturel. Il se construit au fil de l'expérience. Ce travail du *care* comporte une dimension ethnique encore assez peu étudiée en France, à la fois parce que l'usage générique du terme est relativement récent et que le regroupement de l'ensemble de ces métiers n'allait pas de soi jusqu'à présent, et parce que les statistiques ethniques sont rares. En France, la majorité des femmes étrangères sont dans les professions apparentées au *care*, métiers dévolus à celles qui n'ont pas véritablement d'alternative sur le marché du travail (Cresson, Gadrey, 2004 : 39) parce qu'elles sont peu ou pas qualifiées ou qu'elles ne peuvent pas faire reconnaître leurs qualifications acquises dans leur pays d'origine.

Les femmes étrangères dans le travail du sexe sont le plus souvent en situation précaire (visa de tourisme ou autorisation provisoire de séjour de un mois à trois mois). Bien souvent les femmes que nous rencontrons avaient la volonté de quitter leur pays, mais n'en avaient ni les moyens légaux ni les moyens

financiers. De fait, des dispositifs d'intermédiaires³ sont organisés dans certaines régions où la migration s'effectue dans des conditions difficiles, dangereuses et chères. Il n'empêche, les femmes qui viennent en Europe «préfèrent» parfois ces risques à leurs conditions de vie chez elles. Depuis longtemps ces personnes font appel à des tiers pour migrer. Ce qui a changé, ce sont essentiellement les conditions d'entrée dans l'espace Schengen, et la fermeture du marché du travail légal pour les migrant-e-s. La manière dont s'organise le «trafic» (achat de visas, de contrats de travail, endettement pour payer le voyage...) correspond schématiquement à la division sexuelle du travail ordinaire, que l'on retrouve dans les secteurs légaux de l'économie : aux hommes les circuits d'information, les moyens de transport, les outils (pour la fabrication de vrais-faux papiers), les armes (la violence), et enfin les capitaux. Aux femmes, le travail sans droits.

Les femmes de l'Europe de l'Est ont commencé leur arrivée en France vers 1998 et 1999 à Lyon et à Toulouse. On distingue plusieurs processus que nous avons décrits dans nos travaux précédents (Guillemaut, 2002, 2004). Les premières années ont été caractérisées par des formes «matrimoniales» de migration pour le travail du sexe. Un pseudo-fiancé trompe une jeune femme sur le but du voyage. Mais ce dispositif a fait long feu car les femmes elles-mêmes ont su déjouer ces mécanismes d'enfermement basés sur un modèle conjugal rigide. La plupart des situations de migration pour le travail du sexe sont aujourd'hui organisées sur un mode contractuel.

Par la suite, les migrations pour le travail du sexe se sont poursuivies à partir de ces pays, mais le plus souvent dans des conditions différentes pour les femmes ; entre-temps, elles ont appris à négocier, elles ont eu connaissance des lois qui, éventuellement, pouvaient non pas leur apporter une protection au sens strict du terme, mais des arguments pour retourner la menace ou poser leurs conditions

³ Nous utiliserons le terme «passeur» pour désigner ceux qui s'occupent du franchissement des frontières (en fournissant des faux papiers ou en organisant le transport) – ce sont pratiquement toujours des hommes – et le terme «intermédiaire» pour les personnes qui permettent les contacts avec ces passeurs, et qui peuvent être des hommes ou des femmes. Nous ne retiendrons pas le terme de «proxénète» qui relève du registre de la loi pénale.





aux intermédiaires ou aux passeurs. Il est intéressant de souligner la relative rapidité avec laquelle ces jeunes femmes se sont emparées de la capacité de prise de conscience de la violence et surtout des outils pour y résister. En effet ces mécanismes se sont déroulés sur cinq à sept ans environ pour la majorité des jeunes femmes. Or l'on sait que d'ordinaire la sortie des dispositifs de violence conjugale est beaucoup plus longue pour les femmes à titre individuel, et que, de plus, les prises de conscience collectives des violences domestiques se sont déroulées sur une trentaine d'années au moins dans la société française. Comme nous l'avons souligné, ces modèles de pseudo-fiancés concernaient une partie seulement des femmes rencontrées. Nous avons observé que dans le cas des femmes qui se situaient dans un engagement contractuel sans engagement affectif, elles pouvaient se donner les moyens d'agir pour se défendre sans ambiguïté, y compris en cas de menace de violence. Les femmes des régions de l'ex-URSS (Ukraine, Russie), de Moldavie et des régions plus au nord (Pologne ou Lituanie) semblaient avoir des stratégies plus autonomes en passant des «contrats» avec les intermédiaires, et une fois le contrat rempli, se considérant libres de toute obligation (Guillemaut, 2002, 2004).

Du côté des femmes des pays africains, les modalités de migration sont elles aussi variées et ont connu des évolutions au cours de ces quinze dernières années⁴. Alors que les femmes du Ghana ou du Cameroun, dans les années 1990-1995, arrivaient en Europe de façon assez discrète, par des réseaux d'interconnaissance qui n'étaient pas désignés comme des réseaux de trafic d'êtres humains, ces mêmes dispositifs, avec l'évolution des représentations des migrations des femmes et des politiques publiques vis-à-vis de la prostitution de rue, sont aujourd'hui désignés comme tels. Les femmes arrivées plus récemment des pays anglophones doivent presque sans exception faire appel à des

⁴ On pourra consulter deux articles sur le sujet : Françoise Guillemaut , «Sexe, juju et migrations. Regard anthropologique sur les processus migratoires de femmes africaines en France», in *Recherches sociologiques et anthropologiques* (2008, vol. XXXIX, 1) à paraître, et «Femmes africaines, migration et travail du sexe», in *Consommations et Sociétés*, à paraître, 2008.

intermédiaires pour contourner les obstacles et contrôles érigés aux frontières de l'espace Schengen. Elles sont alors liées à ces intermédiaires par un dispositif de dette financière qui limite leurs capacités d'action et leur autonomie (Guillemaut, 2004 (a)).

En France, l'OCRTEH (Office central pour la répression de la traite des êtres humains) estime à 15 000 le nombre de prostituées de rue, et parmi elles il est courant de considérer qu'entre 70 % et 80 % sont des primo-migrantes⁵.

Lorsqu'elles se sont acquittées de leur dette, pour celles qui en avaient contracté une, les femmes qui se prostituent permettent à leurs familles de se soigner, de poursuivre leurs études, notamment pour leurs frères, sœurs ou enfants, assurant ainsi une mobilité ascendante de la famille, ou encore de monter des commerces ou des entreprises. Laura Oso Casas (2006) souligne que la «pression du foyer transnational» est en cohérence avec le fonctionnement des circuits du travail du sexe, et qu'elle incite les femmes à poursuivre le travail du sexe une fois leur dette payée. C'est aussi selon elle un obstacle à l'amélioration des conditions de vie des femmes migrantes en Europe.

On constate à travers les expériences vécues par les femmes que nous rencontrons au quotidien, que le lien entre assignation de genre, sexualité, travail et service est particulièrement prégnant pour les femmes migrantes. Il conditionne la régularisation, comme le travail, incitant au mariage et à la maternité, qui sont parmi les rares voies légales de régularisation. Certaines femmes se situent en rupture face à cette assignation, soit qu'elles l'instrumentalisent, soit qu'elles en sortent dès qu'elles le peuvent. Toutefois, ces stratégies sont plus ou moins légitimes. L'instrumentalisation du mariage et de la maternité ne semble pas attirer d'opprobre sur ces femmes. En revanche l'instrumentalisation de l'assignation de genre dans la prostitution produit la stigmatisation ou la victimisation des femmes qui la pratiquent, tandis que le travail domestique est, lui, considéré comme légitime.

⁵ La question du trafic d'êtres humains ne sera pas abordée directement ici ; nous renvoyons pour cela à nos autres publications signalées en bibliographie.





On peut aussi souligner que ces stratégies ne sont pas «féminines» au sens essentialiste du terme, mais qu'elles répondent à une série de contraintes *imposées* aux femmes en tant que femmes, et ce d'autant plus fortement si elles ne sont pas européennes. Soulignons que c'est bien lorsque les étrangères sont devenues visibles dans la prostitution que les politiques publiques de répression du trafic ont réémergé⁶. Ces stratégies de contournement ou d'instrumentalisation des normes de genre mettent en évidence les mécanismes de la performativité de genre⁷ que ces femmes sont capables de mettre à distance pour parvenir à la poursuite de leurs objectifs.

2. De l'intérêt de transformer un sujet en victime puis de retourner la faute sur la victime

Ce chapitre vise à décrire et analyser la mise en œuvre des politiques publiques récentes en matière de prostitution et de trafic d'êtres humains. Ce mécanisme procède de deux autres dispositifs de glissement de sens entérinés par des lois : la victimisation de la migration des femmes et la transformation des victimes en délinquantes associée au déplacement de la catégorie des victimes.

⁶ On pourra consulter les travaux de Jo Doezema ou de Jean-Michel Chaumont sur ce sujet.

⁷ Le concept de performativité de genre a été élaboré par Judith Butler dans son livre *Gender Trouble: Feminism and Subversion of Identity*, Routledge Editors, New York, 1990, 172 pages, traduit en français en 2005 sous le titre *Trouble dans le genre*, La Découverte, 275 pages.

Pour Butler, la performativité de genre correspond à l'idée que la division radicale des humains en deux sexes (masculin/féminin) est le résultat non pas d'une évidence biologique, mais d'une construction sociale qui instrumentalise la biologie. Ainsi c'est par la répétition des comportements définissant les caractéristiques socio-historiques du genre que l'on impose aux enfants puis aux adultes que le «féminin» et le «masculin» se manifestent comme fondamentalement différents et s'incarnent dans les corps. Cette répétition est performative au sens où elle est fabriquée, imposée par la répétition. En même temps, la mise en scène ou l'instrumentalisation des normes de genre est elle aussi performative dans le sens où elle permet une resignification de ces mêmes normes de genre. La mise en scène performative du genre permet de dénaturer le genre (par exemple, les «drag queens», hommes qui surjouent les caractéristiques féminines lorsqu'ils se travestissent en femmes ; les «butchs», lesbiennes qui s'approprient certaines caractéristiques appartenant au masculin).

—> **Victimisation de la migration des femmes : pourquoi, comment ?**

À la fin des années 1990, la question de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle (re)devient centrale et engendre un nouveau champ d'intervention, celui de la lutte contre le trafic. En attestent en France la création de nouveaux services sociaux spécialisés et le renforcement des unités de police (en particulier l'OCRTEH et la PAF – Police de l'air et des frontières – entre autres). Depuis la fin des années 1990, protocoles, recommandations, colloques et programmes abondent. Ces derniers sont en général menés conjointement par les institutions européennes ou onusiennes, les États et les ONG. Les textes qui organisent la lutte contre le trafic forment une construction hiérarchisée et se déclinent à tous les niveaux, international (Organisation internationale pour les migrations (OIM), protocole de Palerme), européen (Parlement, Commission européenne, OSCE) et national.

Les textes ou recommandations internationaux qui organisent la lutte contre le trafic et en particulier le protocole de Palerme, nouveau texte international de référence, se situent dans le champ de la lutte contre la criminalité (migration illégale, crime organisé) et les violences envers les femmes comme victimes individuelles (prostitution, trafic) et non comme groupe social ou travailleuses potentielles. Ces textes n'intègrent pas de réflexions sur les abus, les violences, la division sexuelle du travail liés à la migration, ou plus généralement sur les rapports sociaux de sexe et l'aspect genré du pouvoir. Ils ne mettent pas en avant des perspectives fondées sur la libre circulation ou la défense du travail des femmes. Au contraire ces mesures de lutte contre le trafic écartent l'application de l'asile politique (conformément à la convention de 1951) pour les femmes, en les constituant comme une catégorie de victimes individuelles de la criminalité organisée. Ces femmes sont désignées dans le protocole de Palerme comme des «victimes», auxquelles s'oppose le «criminel» responsable du trafic. Par sa forme, son vocabulaire et les dispositions qu'il propose, ce texte valide et rend officielle la construction des femmes migrantes comme des victimes de trafic. Ceci





implique que les femmes ne sont pas considérées comme des sujets de leur propre histoire, mais comme des objets (de trafic). Dans ce texte comme dans tous les autres, femmes et enfants sont toujours associés, renvoyant les premières au statut d'irresponsables, équivalent à celui des enfants, et à la spécificité – à la différence des hommes considérés comme référent général.

En France, à la suite de ces résolutions supranationales, et dans un contexte de politique répressive et de restriction de l'immigration, la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure (LOPSI) a été votée en 2003. Cette loi pénalise le racolage et facilite les expulsions des femmes étrangères en situation administrative précaire. L'attribution d'un titre de séjour temporaire, quant à elle, est conditionnée par une obligation de délation (d'un passeur ou d'un proxénète). Il n'est valable que le temps de l'enquête, n'est renouvelable que si le prévenu est condamné, et ce document temporaire ne donne pas systématiquement de droit au travail. Ainsi, ces victimes que les textes internationaux entendent protéger n'ont d'intérêt, pour les autorités locales, que dans le cadre de la «lutte contre la criminalité organisée». Leur devenir, les perspectives qui pourraient ou non s'offrir à elles importent peu.

L'un des objectifs majeurs porté par l'ensemble de ces textes est en réalité l'empêchement de toute forme d'immigration par la répression, ainsi que le maintien des femmes dans leurs familles et dans leur pays (Wijers, 1999 ; Chaumont, 2004 ; Doezema, 2000 ; Sharma, 2003). Ceci révèle une constante qui sous-tend l'approche du trafic. En effet, en Europe, les migrants sont perçus et construits soit comme des travailleurs soit comme des demandeurs d'asile politique, et toujours pensés au masculin. Conformément à ces représentations de sens commun, l'homme migre parce qu'il est pourvoyeur de ressources pour sa famille, ou alors il s'exile pour des raisons politiques.

Dès lors on peut comprendre que la mobilité géographique des femmes doit être limitée parce qu'elle représente une mise en cause des normes de genre qui organisent nos systèmes sociaux et culturels. Le féminin doit rester associé à

l'immobilité, au service et à la famille. Les femmes qui affichent des capacités de mobilité géographique, sociale ou économique sont encore aujourd'hui perçues comme potentiellement dangereuses. Cette règle sociale s'applique plus fortement encore pour les femmes migrantes non européennes, car à l'assignation de genre s'ajoute une assignation que l'on peut qualifier de culturelle-ethnique : les femmes non européennes sont censées incarner les cultures qualifiées de «traditionnelles», toujours supposées plus inégalitaires que les sociétés occidentales en termes de relations hommes-femmes. Ceci est utile pour légitimer le fait que nos sociétés auraient atteint un haut degré d'évolution et de progrès en matière d'égalité entre les hommes et les femmes, ce qui reste à démontrer.

Si à cette volonté de mobilité s'ajoute l'usage vénal de la sexualité, alors tous les ingrédients sont réunis pour fabriquer des victimes types : des femmes non européennes, migrantes et travaillant dans le champ de la sexualité vénale, qui sont considérées comme des victimes de trafic.

—> **Transformation des victimes en délinquantes et déplacement de la catégorie des victimes**

Le contrôle des personnes prostituées a toujours été une préoccupation des autorités et, en tant que groupe social stigmatisé, elles ont toujours eu affaire à la police et à la justice (Corbin, 1978).

En France, les ordonnances de 1960, promulguées afin de lutter contre les fléaux sociaux (la prostitution, l'alcoolisme et l'homosexualité), définissaient les prostituées comme des inadaptées sociales et des victimes à réinsérer, la prostitution n'étant pas interdite, mais considérée comme une affaire privée. Toutefois, des mesures visaient à en gêner l'exercice, comme celles concernant les atteintes à la moralité ou à l'ordre public ou, jusqu'en 1994, le délit de racolage actif ou passif, contravention de classe V (équivalent à une infraction au Code de la route). Ce délit de racolage étant progressivement tombé en désuétude, il a été abandonné dans la refonte du Code pénal en 1994.





C'est en 2002 qu'est réapparue la répression des personnes par le biais de la pénalisation du racolage voulue par le nouveau ministre de l'Intérieur, pénalisation renforcée par une chasse ouverte aux personnes prostituées par des riverains dans plusieurs villes et, parfois, par des arrêtés municipaux anti-prostitution, qui ont accompagné ou anticipé la mise en application de la loi de sécurité intérieure. Les médias ont relayé ces nouvelles dispositions en adhérant aux modèles de dénonciation de la présence des étrangères sur les trottoirs avec force clichés et images chocs.

La loi de sécurité intérieure (mars 2003) prohibe le racolage, en le qualifiant d'acte délictueux et en menaçant les contrevenantes de 2 mois de prison et 3 750 euros d'amende (art. 225-10-1 du Code pénal). À travers la réactualisation du délit de racolage, la prostitution, traitée jusqu'alors en termes psychosociaux, (re)devient un délit et un trouble à l'ordre public.

Soulignons que ces mesures sur la répression du racolage émergent dans un contexte de forte pression de la droite xénophobe dans le paysage politique, et qu'elles s'ajoutent à une exacerbation des questions de sécurité, de terrorisme et de xénophobie, dans un contexte social et économique marqué par la menace des délocalisations et du chômage. De plus, depuis la fin des années 1990, les personnes prostituées étrangères sont de plus en plus visibles sur les trottoirs des grandes villes et les reportages médiatiques sur le trafic et les mafias font florès.

Une analyse succincte des débats parlementaires de l'époque nous éclaire sur les finalités de la loi, présentée comme devant permettre de lutter contre la traite des êtres humains. En effet, la logique avancée était que, si les policiers plaçaient les femmes étrangères (victimes de trafic) en garde à vue, cela serait l'occasion d'engager un dialogue avec elles afin qu'elles aient la possibilité de dénoncer leur trafiquant et recouvrer leur liberté. Le député rapporteur de la loi, Christian Estrosi, déclare que «la pénalisation du racolage permettra aux forces de l'ordre

de placer en garde à vue les prostituées afin de les extraire de l'emprise des réseaux. Cette procédure, susceptible de déstabiliser l'activité des proxénètes, permettra également d'entamer un dialogue avec les personnes qui se prostituent⁸.» Le ministre de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy, affirme alors : «Nous allons agir, nous allons poursuivre les réseaux mafieux avec l'aide de nos amis européens, et nous allons reconduire les prostituées étrangères dans leurs pays d'origine auxquels nous devons offrir une aide au développement plus généreuse⁹.»

Pourtant, comme le souligne Corinne Monnet (2006), le premier type d'argument avancé lors des débats parlementaires pour pénaliser le racolage se trouve être la rhétorique des comportements et autres nuisances occasionnés par la prostitution qui ne seraient plus supportés par le peuple français.

«Rappelons que traditionnellement, dans une vision abolitionniste, trois figures composent le système de la prostitution, les clients, les proxénètes et les personnes prostituées. Désormais, une quatrième figure apparaît, celle des riverains, qui prend une importance capitale dans le débat ces dernières années. Alors que la figure du client serait certainement plus à même – ne serait-ce que par son nombre et sa variété – de représenter le peuple, c'est celle du riverain qui est choisie.

Il semble des plus paradoxal que les prostituées, perçues comme des esclaves de réseaux mafieux, ne représentent pourtant pas la figure archétypale de la victime. Devons-nous en déduire que le riverain serait, lui, bien plus victime de la prostitution que la prostituée ne le serait des soi-disant réseaux de traite ? Qui, du riverain ou de la prostituée, est le plus en danger ? [...] Comme on peut le voir,

⁸ Le député Christian Estrosi, rapporteur de ces lois, établira deux rapports au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République : le premier, pour la LOPSI, est enregistré le 11 juillet 2002 à l'Assemblée nationale (n° 0053) tandis que le second (n° 0508), pour la LSI, date du 18 décembre 2002.

⁹ Ministre de l'Intérieur, débats parlementaires, 17-7-2002, <http://www.assemblee-nationale.net/12/cra/2001-2002-extra/009.asp>





les différentes figures de victimes dans cette affaire ne manquent pas. Sauf que la victime-prostituée n'est qu'instrumentalisée, comme semblent l'être d'ailleurs toutes les victimes invoquées en vue d'accroître la répression.» (Monnet, 2006)

Et précisément, cinq années après le vote de la loi, les rares données rendues publiques permettent de constater que la LSI ne donne pas les résultats annoncés. Ces données sont pourtant éloquentes :

– Un commandant de police de l'OCRTEH¹⁰, en février 2006, donnait les chiffres suivants : parmi les 717 «proxénètes» interpellés en 2004, 50 % étaient des Français, et la majorité des arrestations sont celles d'individus dont le profil correspond à ceux que l'on désigne communément comme des «julots casse-croûte». Ceci s'inscrit dans la routine des services de police (notamment du SRPJ – service régional de police judiciaire) et correspond à l'interpellation de personnes qui vivent au crochet des prostituées sans pouvoir justifier de leurs propres ressources. Depuis le vote de la loi LSI, aucune arrestation ni aucun procès pour trafic d'êtres humains n'a eu lieu. En revanche, plus ou moins 3 000 femmes étrangères sont interpellées chaque année pour racolage et 90 % d'entre elles sont des étrangères (données du ministère de l'Intérieur). Parmi ces femmes, nombreuses sont celles qui sont déférées au tribunal et, selon les parquets, condamnées au minimum à des amendes, presque toujours à des interdictions du territoire et parfois à des peines de prison.

– Les dispositifs d'accueil sécurisés¹¹ semblent tourner au ralenti : selon une intervenante de ces dispositifs interrogée en décembre 2007, environ 100 personnes sont secourues chaque année, et parmi elles environ la moitié sont des victimes de «l'esclavage moderne» (domestiques exploitées au domicile de leurs employeurs) ou bien des personnes employées abusivement dans des

¹⁰ Formation de policiers pour le ministère de l'Intérieur, le 23 février 2006, Paris.

¹¹ Dispositifs gérés par des travailleurs sociaux, financés en parallèle à l'application de la LSI et visant à protéger, réinsérer les victimes de la traite tout en préparant éventuellement leur réintégration dans leur pays d'origine. Nous n'avons pas trouvé de données officielles publiées par ces organismes.

ateliers clandestins. Ces structures sont quasi vides, mais ne fournissent pas d'évaluation de leur travail. Par ailleurs, les données circulant sur la TEH (traite des êtres humains) font état de dizaines de milliers de femmes victimes de trafic. En atteste la campagne de presse lancée pendant la Coupe du monde de football en 2006 (selon laquelle 40 000 femmes allaient être victimes de trafic), pour laquelle une pétition récolte 150 000 signatures en moins d'un mois, alors que, finalement, 5 victimes de trafic ont été identifiées par la police fédérale allemande.

– L'ATA (allocation temporaire d'attente) mise en place sous la pression des associations d'aide aux victimes en décembre 2006 (soit trois ans après la promulgation de la loi) n'est, en 2007, toujours pas connue des services préfectoraux (à Toulouse ou à Lyon) et n'est donc pas appliquée. Aussi, les rares femmes qui déposent plainte pour raison de proxénétisme – même pas de TEH – ne sont-elles pas «protégées» par la loi. Soulignons que cette allocation, limitée dans le temps, s'élève à moins de 10 euros par jour ; elle est au-dessous du RMI en 2007.

Alors que les réseaux de trafiquants et les mafias internationales n'ont pas été clairement identifiés (on a seulement eu vent de quelques procès isolés pour proxénétisme sans véritable envergure internationale ou transfrontalière), et que les femmes elles-mêmes manifestent peu d'empressement à se mettre sous la protection des autorités et des services sociaux français, l'idée que les trafiquants seraient des étrangers organisés en dangereuses mafias composées d'hommes extrêmement violents court toujours.

—> **Invisibilité/survisibilité**

Les mécanismes que nous venons d'évoquer participent à la construction d'un ennemi comme lien social national à partir de la rhétorique de la traite des êtres humains. Ils jouent sur un rapport entre invisibilité et survisibilité. La réalité vécue par ces migrantes est occultée tandis que leur image et les constructions sociales





qui leur sont associées (violences, contrainte, abus) sont, elles, survisibilisées par le biais des médias et des politiques publiques.

Le mécanisme de construction d'un ennemi dans la figure de l'Étranger, puisant certains de ses ressorts dans la mémoire coloniale, produit des représentations sociales intériorisées qui apparaissent comme naturelles et évidentes, non problématisées, et qui imprègnent profondément les imaginaires. Elles sont associées et viennent en complément d'autres représentations de l'Étranger, des banlieues au terrorisme en passant par la polygamie... Cela permet de renforcer la frontière entre le « nous » et le « eux ».

Le passage par la loi (sur le voile ou sur la lutte contre le trafic) a pour fonction de légitimer législativement ces processus. De la même façon, la transformation des étrangers en situation irrégulière en délinquants potentiels permet de les sortir des cadres d'application ordinaires de la loi et de les enfermer administrativement (donc sans contrôle extérieur aux services de police) dans des lieux de rétention. Ces dispositifs répressifs, de plus en plus nombreux et assortis de dispositifs administratifs discrétionnaires, illustrent le processus de légitimation et de naturalisation de l'exclusion des étrangers non européens.

Les représentations associées à cet « ennemi » dont la figure est en construction, en même temps que celle du citoyen européen, sont fortement stéréotypées en matière de genre, comme s'il s'agissait par là de bien construire le caractère barbare de l'ennemi au masculin et, au féminin, de construire une victime, impuissante et naïve, qui par son manque de conscience contribuerait à faire reculer l'égalité (on le voit dans le débat sur le voile ou sur la prostitution). À partir de la figure de l'ennemi, l'idée de mission civilisatrice qui nous incomberait peut perdurer, en particulier lorsqu'il s'agit de « sauver » les femmes, y compris contre elles-mêmes.

Cette construction d'un ennemi comme lien national retourne les conséquences des dispositifs d'inégalités structurelles (Nord/Sud, riches/pauvres, hommes/femmes...) en causes individuelles dont seraient eux-mêmes et elles-

mêmes porteurs-euses les migrant-e-s qui en sont la cible. Par ailleurs, la mise en exergue des femmes comme victimes dans le champ de la sexualité forcée tend à occulter toutes les autres formes d'exploitation de travailleurs ou de travailleuses migrant-e-s dans d'autres secteurs d'activité économique. On peut ainsi gommer les causes structurelles de ces différentes formes d'exploitation, en se centrant sur la peur qu'éveille la criminalité organisée et en provoquant l'apitoiement des opinions publiques sur les victimes, au détriment des formes d'exploitation engendrées par l'absence de contrôle ou de régulation de la globalisation de l'économie.

On peut ainsi faire l'hypothèse que les contradictions des politiques publiques (comme la criminalisation de celles qui sont par ailleurs désignées comme des «victimes»), au-delà de cette première lecture, pourraient révéler la volonté non explicite de maintenir un secteur d'économie informelle, qui alimente le fonctionnement de l'économie légale, en maintenant un volant de main-d'œuvre sans droits (Sassen, 2006)¹².

Les migrations pour le travail du sexe sont sans doute une manifestation du «désordre», en creux d'un nouvel «ordre» mondial, face auquel les décideurs politiques préfèrent retourner la faute sur la victime et alimenter en Europe de l'Ouest la construction genrée et négative de la figure de l'Étranger : femmes victimes, hommes criminels.

3. Résistances individuelles et mobilisations collectives

Avant de parler des formes de résistance ou de mobilisation, il importe de souligner que ces femmes ne sont ni des révoltées ni des révolutionnaires ; elles aspirent à une vie «normale», c'est-à-dire qu'elles adhèrent aux valeurs dominantes de leur société d'origine comme de celle dans laquelle elles arrivent : réussite sociale et économique, confort matériel, consommation, entraide familiale et normes de genre, pour n'en citer que quelques-unes.

¹² Comme en attestent les grèves des «travailleurs sans papiers» d'avril 2008.





Leurs migrations nous rappellent ce que Mirjana Morokvasic analysait en 1986 dans un des articles fondateurs sur la migration des femmes¹³. Elle souligne que trop souvent, la migration féminine est considérée comme un acte individuel et isolé, conditionné par autrui (le mariage, ou la fuite de la famille), alors que celle des hommes est reconnue comme un mécanisme collectif, qu'il ait des finalités économiques ou politiques. Or, elle montre que l'émigration est une forme de résistance pour les femmes, et ce d'autant plus qu'elles deviennent pourvoyeuses de ressources pour leurs familles et leurs proches. Mais cette résistance ne prend pas une forme collective ni une forme revendiquée explicitement, qui caractérise ce que l'on désigne habituellement par les termes de mobilisation sociale.

Les migrations des femmes en dehors du regroupement familial sont invisibilisées, mais si l'on y regarde de plus près avec Morokvasic, elles représentent bien un phénomène collectif de résistance à différentes formes d'oppression ou de contraintes (résistance sociale aux rapports sociaux de sexe, économique aux écarts de richesse, etc.).

Pour ce qui nous concerne, les femmes qui sont dans la prostitution de rue se retrouvent stigmatisées d'une part, mais surtout victimes d'une répression importante. Si leur mobilisation collective s'est organisée, ce n'était pas alors pour créer un syndicat ou revendiquer leur existence sociale, mais plutôt pour s'unir face à l'adversité que représentaient ces nouvelles lois qui les transformaient de migrantes en victimes et finalement en délinquantes, ainsi que pour résister aux violences policières quotidiennes.

Les formes de résistances individuelles sont caractérisées par différents types de comportement entre stratégie et tactiques selon les circonstances. Nos travaux antérieurs (Guillemaut, 2002, 2004) montrent que pour ces femmes, il s'agit de migrer coûte que coûte, puis lorsqu'elles ont enfin réussi à atteindre l'Europe, d'y rester malgré toutes les pressions qui sont censées les inciter à repartir (au

¹³ MOROKVASIC Mirjana, «Émigration des femmes : suivre, fuir ou lutter», in *Nouvelles Questions féministes*, n°13, printemps 1986, p. 65-76.

premier rang desquelles les obstacles à la régularisation). Ensuite, elles tentent de contourner les contraintes de ces difficultés à être régularisées dans l'espace Schengen, et enfin elles s'acharnent pour travailler malgré tout pour préserver leur indépendance.

Face à la montée de la répression, les personnes prostituées, migrantes ou non, se sont mobilisées.

La première manifestation de personnes prostituées a lieu à Lyon, le 13 août 2002, à la suite de la promulgation de la LSI et d'un arrêté municipal interdisant la prostitution sur les trois quarts du territoire de la ville. En pleine période estivale, elle rassemble près d'une centaine de personnes prostituées et autres militant-e-s. Une nouvelle manifestation aura lieu en octobre 2002 avec deux fois plus de monde, et des personnes prostituées venues de tout le sud de la France (Marseille, Avignon, Toulouse, Nîmes...). On peut noter ici le courage et la pugnacité des femmes étrangères en situation précaire vis-à-vis de leur régularisation administrative, qui ont massivement participé aux manifestations en portant des masques pour ne pas être reconnues¹⁴.

À Cabiria (association lyonnaise) comme à Grisélidis à Toulouse, les personnes prostituées, françaises et étrangères, se réunissent pour organiser leur mobilisation. Les équipes des associations étudient pour leur part la nouvelle loi et ses conséquences, éditent des plaquettes d'information en plusieurs langues (exemple : «Que faire dans le cas d'une garde à vue ?»), et mobilisent des avocats afin de préparer les procès pour racolage ; ces procès seront particulièrement nombreux à Toulouse en 2004 et 2005, mais, par la suite, leur nombre diminuera, car de l'avis même d'un procureur de la République toulousain (interviewé par une étudiante en cours de formation en 2008), ils sont sans efficacité. Pendant deux années consécutives, les deux associations rendent compte des violences policières dans leur «journal des répressions» respectif.

À Paris aussi, des collectifs de personnes prostituées se créent, avec l'appui en

¹⁴ <http://www.cabiria.asso.fr/>





particulier des associations Femmes publiques et Act up.

Le 5 novembre 2002, une manifestation nationale est organisée à Paris à l'initiative de l'ensemble des associations nationales mobilisées. On peut citer : Act up, Femmes publiques, France Prostitution, Cabiria, Grisélidis, Autres Regards, etc. À Lyon, entre 2002 et 2005, ont eu lieu près d'une dizaine de manifestations et occupations de l'espace public sous différentes formes – manifestations de nuit, occupation du parvis de la mairie, sit-in ou die-in sur les lieux des expulsions, etc. À Toulouse, la mobilisation s'est centrée sur le soutien aux femmes au cours des procès ; l'association a su mobiliser les réseaux militants de la ville pour assister à tour de rôle aux quelque 70 procès qui se sont déroulés au cours des six premiers mois de 2005, par exemple... À Paris, les associations organisent elles aussi plusieurs manifestations ou événements, telle une occupation de l'Agence pour l'emploi afin de montrer l'impasse que représente l'injonction à l'insertion imposée aux personnes prostituées par les dispositifs d'insertion, etc.

Malgré ces mobilisations soutenues dans le temps, rares sont les organisations de la société civile qui les ont soutenues ou encouragées. Nous pouvons néanmoins citer certains groupes locaux de la Cimade, ainsi qu'une partie de la LDH et le Syndicat de la magistrature, le CIRDEL, dès 2002¹⁵. Soulignons également la création, à l'occasion des mobilisations contre la LSI, d'une association à vocation nationale, alliée des personnes prostituées en 2003, «Femmes publiques» à Paris, d'une autre née de la demande d'abrogation de la LSI en 2006, composée de femmes prostituées et non prostituées, «Femmes de droits, droits des femmes», et enfin, d'une dernière, composée essentiellement de prostitué-e-s, «créée suite à la conférence européenne des *sex-workers* de Bruxelles qui a eu lieu du 15 au 17 octobre dernier [2005], où nous avons pu confronter nos expériences avec d'autres putes de toute l'Europe. Nous en

¹⁵ LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE, SYNDICAT DES AVOCATS DE FRANCE, 2005, *De Nouvelles Zones de non-droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, commission Citoyens-Justice-Police, 34 p. Disponible en ligne sur le site du Syndicat de la magistrature.

sommes revenuEs avec un sentiment de fierté, d'appartenance à une communauté Pute, et la conviction de la nécessité d'une démarche activiste afin de faire reconnaître notre métier et nos droits humains.» (texte de présentation, LesPutes.org)

Le 15 mars 2005, l'association Femmes publiques à Paris lance l'initiative d'une journée d'information à l'Assemblée nationale pour faire le bilan de la loi LSI («La loi de sécurité intérieure et les prostituées : deux ans déjà, deux ans de trop»). La majorité des associations de soutien des droits des personnes prostituées seront représentées. Ici, certaines des associations abolitionnistes françaises viendront elles aussi témoigner des méfaits de la loi et demander son abrogation. En mars 2006, l'association «Les Putes» prend l'initiative d'organiser la première «putepride», qui se renouvelle chaque année. Dès 2007, les associations engagées relaient la journée internationale contre les violences contre les prostituées fixée au 17 décembre. Enfin, le 21 mars 2008, une nouvelle journée de bilan de la LSI est prévue avec de nouveau la participation de l'ensemble des acteurs associatifs français mobilisés sur la question¹⁶.

Il est intéressant de noter à propos de la mobilisation des prostituées étrangères que ce sont les premières à réagir à la promulgation de lois limitant les libertés en août 2002 ; on a également pu observer une résistance importante de l'ensemble des personnes prostituées tout au long de ces années. Alors qu'elles sont repoussées aux périphéries, que celles qui sont migrantes sont traquées sans discontinuer, que les associations qui les supportent se voient diminuer leurs crédits, elles se maintiennent, depuis 2002, dans une résistance tenace.

Pour autant, on ne doit pas idéaliser cette résistance qui, face à la pression policière et administrative continue, tend aussi à s'émousser. Les personnes prostituées migrantes en particulier oscillent souvent entre mobilisation et

¹⁶ On pourra consulter : <http://www.lesputes.org/>
<http://femmesdedroits.wordpress.com/>
<http://www.agirprostitution.lautre.net/>





fatalisme parce qu'elles se trouvent prises dans la contradiction stratégique suivante : soit elles jouent la tentative d'invisibilité ou d'invisibilisation, soit elles tentent de réagir collectivement, mais pour des résultats qui leur semblent somme toute assez faibles ; par exemple à Lyon, depuis le premier arrêté municipal et la LOPSI en 2002, elles sont sans cesse sommées par la police de se déplacer dans la ville et surtout à sa périphérie.

Toutefois, il semble que les mobilisations ont relativement limité les condamnations pénales, même si elles n'en sont pas le seul facteur (le Syndicat de la magistrature a pris assez tôt position contre la loi). Et, en tout état de cause, cette loi a été appliquée différemment en fonction des parquets ; il faudrait pouvoir vérifier si ces applications différenciées sont corrélées ou non au degré de mobilisation locale.

Il apparaît que, au cours des deux dernières années, la LSI tend à être moins appliquée, y compris par les services de police qui procèdent moins, semble-t-il, à des arrestations pour racolage ; à moins que ce ne soient les parquets qui poursuivent moins et de ce fait «découragent» les services de police ? Là encore des études restent à entreprendre.

4. Les NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) et la mobilisation internationale... une autre forme de mondialisation ?

Le mouvement des prostituées de Lyon de 1975 fut probablement l'un des premiers à être médiatisé à l'échelle internationale. Il n'est pourtant pas le seul mouvement de ce type dans le monde.

À l'échelle des pays riches, un mouvement international s'organise dans les années 1980 (IPCR), grâce à des leaders telles que Margot St James et Priscilla Alexander aux États-Unis. Ce mouvement aboutira à la première rencontre à vocation internationale en 1985, aux Pays-Bas, au cours de laquelle la «Charte mondiale des droits des personnes prostituées» sera adoptée par les participant-e-s

comme texte fondateur du mouvement à venir. Mais on peut aussi citer le Brésil, qui a vu les premiers projets organisés et visibles se créer dans les années 1980, à Rio (programme Pegacao) comme à Belém (APROSBA), par exemple.

C'est au cours des années 1990 que le mouvement international pour les droits des travailleurs-euses du sexe s'est renforcé, à cause de la pandémie de sida (et de la discrimination renforcée contre les travailleurs du sexe) mais aussi grâce à l'outil Internet, qui a pu être un outil de renforcement des contacts internationaux. En 1991, le NSWP¹⁷ est créé (son émergence date de 1986-1989). Il sera présent à chaque conférence internationale sur le sida, à partir de celle de Berlin en 1993. En 2005, il compte parmi ses membres des organisations venant de 40 pays des cinq continents. Il est aujourd'hui le collectif international majeur, mais à l'échelle de chaque pays ou de chaque continent, des ONG militantes s'organisent aussi de façon autonome ; citons par exemple le célèbre programme indien «Sonagachi» à Calcutta, créé en 1986, ou le programme thaïlandais «Empower», créé dès 1985, qui essaime dans les pays de la région¹⁸. Pour l'Europe, on peut citer Tampep et La Strada. Le mouvement d'Amérique latine n'a jamais cessé, avec un réseau d'ONG qui se réunissent régulièrement à l'échelle du sous-continent. En Afrique, des ONG se sont aussi structurées, comme au Burkina (Yerelon), au Mali (Dayana-so), au Sénégal (RASEBEF), etc. Au Canada, on peut citer le programme Stella, qui a organisé une rencontre internationale en août 2005¹⁹. Pour l'Europe, la dernière rencontre en écho à celle de 1985 a eu lieu à Bruxelles en octobre 2005²⁰ et elle a donné lieu à la réactualisation de la charte pour les droits des personnes prostituées. Il existe aussi différentes listes de discussions internationales sur lesquelles on retrouve massivement les dénonciations des violences et atteintes aux droits humains, mais aussi des

17 <http://www.nswp.org/>

18 <http://www.empowerfoundation.org/>

19 <http://www.chezstella.org>

20 <http://www.sexworkeurope.org/>





informations sur les défilés, manifestations, expositions, articles. Enfin une revue internationale, *Research for sex work*²¹, a pour objet de diffuser les travaux de recherche et les expériences de terrain avec et pour les travailleurs-euses du sexe.

Dans le travail du sexe les personnes subissent de nombreuses violences ; dans le monde entier, comme on le voit ici, elles s'organisent pour dénoncer ces violences et revendiquer des conditions de travail décentes. Par leurs mobilisations, elles refusent l'impuissance à laquelle on les renvoie, elles se défendent contre l'oppression. Certaines obtiennent des avancées. On pourrait parler de stratégies ponctuelles ou locales de résistance, de l'émergence de micro-pouvoirs au sens foucauldien du terme. Face à un dispositif structurel impossible à changer au niveau individuel, des femmes, des hommes et des transgenres s'organisent, le plus souvent avec l'aide d'allié-e-s ; ces allié-e-s sont défini-e-s comme des personnes ou des groupes qui, n'ayant pas de lien direct avec le travail du sexe, défendent néanmoins les droits de ces derniers-ères. Leurs revendications sont massivement les suivantes : lutte contre les violences policières, libre circulation, droit d'exercer, protection sanitaire, accès aux soins, et respect des personnes (on peut trouver différents manifestes, dans différents pays du monde).

Les difficultés de consolidation de ces mouvements mériteraient d'être analysées en détail, mais on peut avancer quelques remarques à ce sujet. Tout d'abord, la pérennité de ces mouvements : beaucoup d'entre eux existent depuis vingt ans, et, pour l'Europe, beaucoup se reconnaissent du mouvement de 1975. Ensuite, le fait que bien souvent la présence et le soutien des alliés sont indispensables à leur pérennité. Enfin, leur capacité à se développer avec peu de moyens financiers (le NSWP n'a pas eu de fonds propres avant le début des années 2000, par exemple).

Malheureusement ces associations sont exclues du débat public de différentes

²¹ <http://www.researchforsexwork.org/>

manières, soit parce qu'elles sont toujours considérées comme illégitimes (l'effet du stigmatisme de pute montré par Pheterson), soit parce qu'elles suscitent des controverses impossibles à résoudre par les acteurs de la vie publique (à nouveau militant-e-s associatifs, décideurs politiques, etc.).

Gail Pheterson fait à ce propos remarquer : «Alors que, dans ces domaines [le travail des femmes : usine, bureau, domestique], on encourage les travailleuses à s'organiser pour exiger de meilleures conditions de travail, on encourage les putains à quitter la prostitution. Et tandis qu'on presse les femmes mariées à s'assurer à juste titre un revenu indépendant, on presse les putains d'abandonner les négociations économique-sexuelles qui peuvent leur apporter une certaine autonomie. Fondamentalement, nombre de féministes et de socialistes, comme nombre de conservateurs, préconisent que la prostituée s'en sorte et se réforme plutôt qu'elle ne résiste et exige des droits. Les femmes qui prétendent s'autodéterminer en tant que prostituées perdent le statut de victime et la solidarité idéologique. En d'autres termes une putain est vue soit comme une accidentée du système, soit comme une collaboratrice de ce système. On ne la prend pas pour une alliée dans les luttes de survie et de libération» (Pheterson, 2001 : 90).

Conclusion

L'objet de cet article était de mettre en perspective les questions de travail des femmes migrantes et celles de la construction sociale des personnes prostituées comme populations problématiques.

De nombreuses femmes migrantes non européennes, en situation administrative précaire, sont en effet face à une alternative sans choix entre des possibilités dans le travail domestique, mal payé, souvent non déclaré, et la prostitution de rue. Faute de régularisation de leur droit au travail elles se «débrouillent» pour gagner leur vie car elles sont en majorité pourvoyeuses principales de ressources pour leur famille restée au pays. Dans ces conditions, leur accès aux droits fondamentaux est compromis.





D'un autre côté, la construction des prostituées migrantes par les politiques publiques comme des populations problématiques s'articule sur un processus en plusieurs étapes : transformer des migrantes et des travailleuses en victimes de trafic, puis considérer ces mêmes victimes comme des délinquantes et faire émerger une nouvelle figure de victime à leur place – celle du riverain.

Ces processus permettent de renforcer la désignation des migrations d'une part et des pratiques sexuelles hors normes d'autre part comme source de désordre et de chaos social, puis comme source de danger et d'insécurité potentielle pour la nation et ses citoyens considérés comme légitimes.

Cette construction s'établit à différents niveaux : un mode d'action est de faire disparaître la parole des personnes prostituées (françaises ou migrantes) du débat public ; cette forclusion de la parole permet de fabriquer des «sans-voix» qui deviennent des «sans-droits», ou/et des «sans-papiers», considéré-e-s comme «classes dangereuses», puis se renforce par l'institution des lois qui les constituent en groupes de délinquantes.

Enfin, ce processus se consolide par le dénigrement des capacités de mobilisation des principales intéressées. On peut toutefois se demander comment analyser les mobilisations sociales et politiques des populations problématiques, en l'occurrence ici des personnes prostituées et notamment des migrantes.

Il semble en premier lieu important de resituer cette réflexion dans l'histoire afin de saisir les ruptures et les continuités. Mais parallèlement, il importe de se dégager des catégories d'analyse des politiques publiques, du sens commun et des médias... Les chercheurs et les intellectuel-le-s sont-ils/elles en capacité d'entreprendre cette démarche lorsqu'il s'agit de travail associé à la sexualité vénale ? de migrations autonomes des femmes non européennes ?

Il nous semble que, pour comprendre les dynamiques à l'œuvre il importe de se dégager des catégories d'analyse habituelles des mobilisations sociales, syndicales ou politiques, qui sont menées et mises en place par des hommes, «français ou européens», de classe moyenne au minimum. On a affaire ici à des

femmes, étrangères non européennes, particulièrement stigmatisées. Danièle Kergoat a ainsi démontré, dans ses travaux sur les ouvrières et sur les infirmières, combien la question du genre est importante dans l'analyse du travail comme dans celle des mobilisations sociales.

Bibliographie

ANDERSON Bridget, O'CONNEL DAVIDSON Julia, 2003, «Is trafficking in human beings demand driven? A multi-country pilot study», in *IOM Migration Research Series*, n°15 (décembre), Genève, 50 p.

BOZON Michel, LOCOH Thérèse, 2000, «Rapport de genre et questions de population», in *Dossier et Recherches*, n°84, INED, Paris, p. 2-35.

CAIXETA Luzenir, GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ Encarnacion, SOLIS Vega, TATE Hg., 2004, *Hogares, Cuidados y Fronteras... Derechos de las mujeres inmigrantes y conciliación*, Madrid, Cruz Roja Espanola, 217 p.

CHAUMONT Jean-Michel, 2004, *Traite et Prostitution en débat (Bruxelles, 1880-2003). Matériaux pour une comédie sociologique*, université catholique de Louvain, Diffusion universitaire Ciaco, 230 p.

CHAUMONT Jean-Michel, 2005, «La traite des êtres humains ou l'histoire de Pinocchio racontée aux grandes filles», in *La Revue nouvelle*, n°3 (mars), p. 62-70.

CORBIN Alain, 1978, *Les Filles de noce. Misère sexuelle et prostitution aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Aubier Montaigne, 496 p.

CRESSON Geneviève, GADREY Nicole, 2004, «Entre famille et métier : Le travail du care», *Nouvelles Questions féministes* (NQF), vol. XXIII, n°3, p. 26-41.





DOEZEMA Jo, 2000, «Loose women or lost women? The re-emergence of the myth of white slavery in contemporary discourses of trafficking in women», in *Gender Issues*, vol. XVIII, n°1 (winter), New Brunswick, NJ, Transaction periodical consortium Rutgers University. (<http://www.nswp.org>)

FRAISSE Geneviève, 1979, *Femmes toutes mains. Essai sur le service domestique*, Paris, Seuil, 245 p.

GUILLEMAUT Françoise, 2002, *Femmes et Migrations. Les femmes venant d'Europe de l'Est*, Lyon, Cabiria, Le Dragon Lune, 108 p.

GUILLEMAUT Françoise, 2004 (a), *Femmes et Migrations en Europe. Stratégies et empowerment*, Lyon, Cabiria, Le Dragon Lune, 167 p.

GUILLEMAUT Françoise, 2004 (b), «Traffics et migrations de femmes, une hypocrisie au service des pays riches», in *Hommes et Migrations*, n°1248 (mars-avril), p. 75-87.

GUILLEMAUT Françoise, 2004 (c), «Genre et migrations, entre politiques publiques et réalité des femmes migrantes», in *Transitions*, vol. XLIV/1 (septembre) : *Égalité des sexes en Europe centrale et orientale : Entre espoir et déconvenues*, Université libre de Bruxelles.

HIRATA Hélène, LABORIE Françoise, LE DOARÉ Hélène, SENOTIER Danièle, 2000, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, 299 p.

ILO, 2004, *Toward a Fair Deal for Migrant Workers in the Global Economy, Report IV*, International Labour Conference, 92nd session 2004, Geneva, 210 p.

KERGOAT Danièle, 1982, *Les Ouvrières*, Paris, Le Sycomore, 141 p.

MOLINIER Pascale, 2004, «La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme», in *Nouvelles Questions féministes* (NQF), vol. XXIII, n°3, p. 12-25.

MONNET Corinne, 2006, «"Trafic de femmes" : crime organisé ou organisation de la répression ?», <http://www.local.attac.org/40/article.php3?id_article=827>

MOROKVASIC Mirjana, 1986, «Émigration des femmes : suivre, fuir ou lutter», in *Nouvelles Questions féministes*, n°13 (printemps), p. 65-76.

OSO CASAS Laura, 2003, «Migration et trafic des femmes latino-américaines en Espagne : service domestique et prostitution», in *Les Cahiers du CEDREF, Genre, Travail et Migrations en Europe* (décembre 2003), p. 163-187.

OSO CASAS Laura, 2006, «Prostitution et immigration des femmes latino-américaines en Espagne», in *Les Cahiers du Genre*, 40/2006 : *Travail et Mondialisation. Confrontation Nord/Sud*, Paris, L'Harmattan, p. 92-113.

ROULLEAU-BERGER Laurence, 2004, «Insertions segmentées, travail et discrimination des femmes migrantes et de leurs filles», in *Femmes d'origine étrangère. Travail, accès à l'emploi, discriminations de genre*, Paris, La Documentation française, «Études et Recherches», p. 17-42.

SASSEN Saskia, 2006, «Vers une analyse alternative de la mondialisation : les circuits de survie et leurs acteurs», in *Les Cahiers du Genre*, 40/2006 : *Travail et Mondialisation. Confrontation Nord/Sud*, Paris, L'Harmattan, p. 67-89.





SCRINZI Francesca, 2003, «Ma culture dans laquelle elle travaille. Les migrantes dans les services domestiques en Italie et en France», in *Cahiers du CEDREF*, n°10, *Genre, Travail et Migrations en Europe*, Paris, p. 137-160.

SHARMA Nandita, 2003, «Travel agency: A critique of anti-trafficking campaigns», *Refuge*, vol. XXI, n°3 (mai), 29 p.

WALKOWITZ Judith R., 1991, «Sexualités dangereuses», in DUBY Georges, PERROT Michèle (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, tome IV : *Le XIX^e siècle*, Paris, Plon, p. 389-418.

WIJERS Marjan, 1999, «Keep your women home: European Union policies on trafficking in women», in ROSSILLI Mariagrazia, *Gender Policies in the European Union*, New York, Peter Lang, p. 209-229.





2

L'article suivant est écrit par Loan Tran Trung, étudiante à l'université Bordeaux III, IUT Michel de Montaigne, département carrières sociales, filière «Gestion du développement et de l'action humanitaire». Il reprend les principaux éléments analysés dans son mémoire de fin d'études à partir de son stage sur le terrain réalisé à Griselidis et de son travail de recherche et de bibliographie.

Personnes prostituées et violences : maltraitements institutionnelles et déni de droits

Durant un stage au sein de l'association Griselidis, j'ai eu l'occasion d'aborder de plus près une problématique centrale de la santé communautaire avec les personnes prostituées : celle des violences auxquelles elles ont à faire face quotidiennement, et par voie de conséquence leur accès au droit commun censé les en protéger. Les dysfonctionnements et parfois les maltraitements auxquels les personnes prostituées sont confrontées de la part des institutions dans leurs tentatives d'accès au droit commun, traités dans un premier temps, nous renverront dans une seconde partie à la question des représentations de la prostitution, et notamment de sa construction en tant que catégorie sociale par une volonté politique précise. Ce questionnement aboutira finalement, en troisième lieu, à considérer cet enjeu crucial que représente la reconnaissance des droits des personnes prostituées, qui nous amènera à aborder la question du choix de se prostituer, objet central de nombreux débats.

1. Les personnes prostituées face aux violences urbaines et aux maltraitances institutionnelles policières et judiciaires

Stigmatisées socialement parce que prostituées, et parfois doublement parce qu'étrangères, les personnes prostituées ont à faire face au quotidien à des formes de violence variées, des insultes et agressions sur la voie publique aux viols et homicides, en passant par le proxénétisme. Les violences urbaines se manifestent de façon accrue envers les personnes prostituées ; considérées comme vulnérables et peu respectées, les prostituées sont des cibles faciles et souvent isolées qui bénéficient rarement de la solidarité des passants. Pour l'année 2007, une centaine d'agressions, des plus récurrentes aux plus choquantes, ont ainsi été signalées à l'association.

Face à ces faits, l'association Griselidis apporte son soutien sous la forme d'accompagnements juridiques, afin de faciliter à ses usagers-ères l'accès au droit commun, outil fondamental de la justice et de la sécurité des personnes. L'association constate ainsi que «la fréquentation du local reste très marquée depuis 2003 par la demande de soutien juridique¹». Il s'agit d'un travail fait «d'heures de consultation juridique en interne, et de nombreuses collaborations avec avocats et partenaires associatifs spécialisés en externe²». Pourtant, si de nombreuses plaintes pour agression ou proxénétisme sont déposées, celles-ci n'aboutissent que très difficilement. En effet, et ce de façon répétée, l'association se heurte dans ces démarches à des dysfonctionnements, voire à des maltraitances de la part des institutions policières et judiciaires.

De tels dysfonctionnements ont par ailleurs été mis au jour par d'autres associations. Ainsi, dans un rapport daté de 2005-2006, la section toulousaine de la Ligue des droits de l'homme (LDH) dénonce les violences policières commises à Toulouse³. Ce rapport revient sur un certain nombre de violences illégitimes commises par différents corps de police dans différentes circonstances et vis-à-vis de différentes catégories de personnes, en rappelant que «la difficulté majeure pour les victimes de violences policières est celle de la preuve et que la parole de





ces victimes ne fait pas le poids face à celle d'une personne assermentée dépositaire de l'autorité publique⁴». Ce rapport revient sur les circonstances et les formes de ces violences policières : lors des contrôles et des interpellations, lors des fouilles de sécurité, lors des gardes à vue et des placements en cellule de dégrisement, et jusque dans le traitement des témoins. La LDH signale que «ces brutalités gratuites et ces violences illégitimes portent gravement atteinte à la légitimité de la police républicaine et renforcent son discrédit auprès de la population. Elles posent aussi la question des dysfonctionnements institutionnels qui permettent à des représentants de la Loi d'agir hors la Loi et de bénéficier trop souvent de l'impunité⁵.»

La LDH alerte aussi sur le traitement des violences policières par l'institution («Quand les violences illégitimes s'accompagnent d'une maltraitance institutionnelle d'un bout à l'autre de la chaîne⁶...»). Les maltraitances institutionnelles policières se caractérisent par le refus d'enregistrer les plaintes, par de l'agressivité et des injures, des intimidations et pressions exercées lors de la signature des procès-verbaux, et vont jusqu'à des négligences graves lors de l'intervention des médecins auxiliaires de justice. Les maltraitances institutionnelles judiciaires se caractérisent par une prédominance des dossiers classés sans suites, un traitement inéquitable par les tribunaux correctionnels, une multiplication des plaintes pour «outrage et rébellion» («ou comment la victime devient coupable et le coupable innocent⁷»), ainsi que des problèmes lors de l'audiencement des plaintes et lors des comparutions immédiates.

La LDH conclut sur une très vive inquiétude. Les victimes des cas traités par la LDH dans ce rapport ne sont plus seulement «des étrangers ou des Français dont le nom ou l'apparence physique pourraient révéler d'autres origines. Les âges et les professions les plus diverses sont représentées⁸.» À quoi s'attendre, dans ce cas, lorsque les victimes sont des personnes prostituées, voire des femmes prostituées étrangères et sans papiers ?

Cette question a été soulevée en 2005 par la commission nationale Citoyens-Justice-Police, «commission sur les rapports entre les citoyens et les forces de

sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire», qui réunit la LDH, le Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples (MRAP), le Syndicat des avocats de France (SAF) et le Syndicat de la magistrature (SM), dans un rapport dénonçant les nouvelles zones de non-droit dans lesquelles les personnes prostituées sont confrontées à l'arbitraire policier⁹.

Constitué à partir de témoignages de personnes prostituées des bois de Vincennes et de Boulogne, ce rapport révèle une confusion entre lutte contre le racolage et lutte contre la prostitution de la part des corps de police, qui se traduit par des conditions de légalité douteuses concernant les infractions constatées, l'absence de protection des prostituées victimes et l'hostilité de la préfecture à l'égard des étrangères victimes du proxénétisme. Il dénonce aussi un pouvoir de sanction purement policier et abusif, qui se manifeste par un dévoiement dans l'établissement de procès-verbaux pour contravention à la circulation routière, des gardes à vue abusives, des saisies illicites et des extorsions d'argent. Des dysfonctionnements judiciaires sont également soulignés, tels que des carences de la part du parquet, la prise de décisions parfois désinvoltes voire illégales par les tribunaux, et enfin la mise en place d'une justice policière, où la police s'octroie le rôle de la justice. Ce rapport en vient donc à qualifier d'arbitraire le comportement de certains fonctionnaires de police, dans le cadre des procès-verbaux comme dans celui des interpellations, allant jusqu'à des traitements dégradants voire des coups, et désigne la LSI comme élément déclenchant. Ces comportements ont directement pour effet une paupérisation et une plus grande vulnérabilité des personnes prostituées, et pour certaines d'entre elles des dépressions. Les conclusions de la commission Citoyens-Justice-Police soulignent les dérives policières et judiciaires : initiatives policières sans rapport avec la réalité et donc sans efficacité, ignorance des principes fondamentaux de l'article premier du Code pénal qui garantit les droits des personnes, perte de repères déontologiques des fonctionnaires de police et par conséquent image exécrationnelle de ces fonctionnaires aux yeux des prostituées, carences de l'autorité





judiciaire et désinvolture de certaines décisions, absence de toute politique de protection des victimes pourtant prévue par la LSI, et délégation aux associations de la protection des victimes. Ces pratiques ont pour conséquences qu'en matière de lutte contre le proxénétisme, aucun progrès n'a été réalisé, que les prostituées sont fragilisées donc plus vulnérables au proxénétisme et enfin que la police a imposé une acception extensive de l'incrimination de racolage, mettant ainsi en place un «régime de régulation-sanction parajudiciaire, en marge des principes de l'État de droit¹⁰».

À Toulouse, le travail d'accompagnement juridique de l'association Griselidis vient renforcer ces inquiétudes. Sur la base d'une étude détaillée¹¹ de sept dossiers suivis par l'association (évoqués ici anonymement), que viennent corroborer une centaine d'autres, on constate que certains dysfonctionnements s'imposent de façon récurrente comme violences institutionnelles envers les personnes prostituées alors même que celles-ci sont dans un processus de recherche de protection et de justice face aux violences urbaines. Ce constat pointe directement les carences de fonctionnement de ces institutions, et aussi le fait que certains de leurs représentants négligent ou outrepassent leur mission.

Il s'agit de :

– **La confusion qui est faite entre prostitution et racolage** : si le racolage est considéré comme un délit depuis la loi sur la sécurité intérieure (LSI) du 18 mars 2003, la prostitution en tant que telle n'est pas interdite en France. La confusion entre ces deux termes est cependant récurrente de la part de la police comme de la justice, ainsi que l'illustre l'histoire de X, victime d'un enlèvement, de violences physiques et de proxénétisme. Face à une affaire de trafic d'être humain avéré, la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI) posa comme décision finale à l'issue de nombreux procès de retrancher un tiers de la somme des dommages et intérêts dus à juste titre à X, en raison de la «faute de la victime» (art. 706.3 du Code pénal sur la réparation des dommages), parce que celle-ci se prostituait au moment de son enlèvement, et sans que le délit de racolage ne soit avéré.

- **Les carences et négligences de l'autorité judiciaire** lorsqu'il s'agit de rendre justice à des personnes prostituées, comme l'illustrent de nombreuses histoires suivies par l'association : celle de B, victime d'un égorgement et dont la plainte a été «égarée» pendant plus de deux ans, puis classée sans suites, ce qui a été justifié par le fait que son agresseur avait été relâché parce qu'il avait fourni un alibi et nié les faits ; celle de K qui a effectué six mois de détention préventive sans même savoir de quoi elle était accusée, et qui n'a toujours pas de date de procès [en juin 2007] ; celle de X dont les preuves du viol n'ont pas été mises sous scellés et n'ont donc pas pu être exploitées ; celle de R qui a porté plainte contre son proxénète, permettant ainsi le jugement de ce dernier, et qui n'a pourtant pas pu avoir de papiers, alors même que cela est prévu par la loi (CESEDA, art. 316.1).
- **Les traitements inéquitables par les tribunaux**, comme l'illustre le procès dans lequel A, B et C ont été victimes d'un policier qui leur soutirait régulièrement de l'argent sous la menace et dont la charge a été qualifiée d'extorsion de fonds et non de proxénétisme, malgré le caractère répété des abus, et alors que le Code pénal caractérise le proxénétisme notamment par le fait de tirer profit de la prostitution d'autrui (art. 225.5). À l'inverse par exemple, lorsque c'est une prostituée qui est mise en cause, il suffit qu'elle soit allée chercher une collègue à la gare pour être accusée de proxénétisme et donc passible de 7 ans de prison et de 150 000 euros d'amende.
- **L'absence de protection pour les victimes de proxénétisme et de traite d'êtres humains, pourtant prévue par la LSI, et la délégation de cette protection aux associations**, comme l'illustre l'histoire de X, enlevée, séquestrée, violée et forcée à se prostituer pour le compte de ses agresseurs, et dont le procès n'a eu lieu que trois ans après le dépôt de sa plainte sans qu'elle ne bénéficie d'aucune protection, si ce n'est sur demande de l'association ; et comme l'illustre l'histoire de R dont la seconde plainte contre son proxénète a finalement abouti grâce au soutien des associations, alors que sa première plainte, sans soutien associatif, ne lui avait permis d'accéder à rien en tant que victime.





- **L’hostilité de la préfecture envers les victimes étrangères de proxénétisme**, comme l’illustre l’histoire de K qui ne sait toujours pas si elle pourra bénéficier d’une autorisation de travail alors même qu’elle est en attente d’un procès dont la date n’est toujours pas fixée ; et comme l’illustre l’histoire de N qui ne peut toujours pas bénéficier de l’allocation temporaire d’attente (ATA), bien que ce soit prévu par la loi, parce que la préfecture ne lui a pas délivré l’attestation de protection de l’État nécessaire au dépôt de sa demande auprès des Assedic.
- **Les comportements arbitraires de la police**, comme l’illustre l’histoire de X que les gendarmes n’ont pas accueillie alors qu’elle venait solliciter leur protection lors de son tour de repérage sur les lieux de sa séquestration avec l’association et son avocat, et à qui les gendarmes ont voulu imposer un contrôle d’identité avant toute autre chose ; et comme l’illustre l’histoire de A, B et C, rackettées à plusieurs reprises par un policier dans l’exercice de ses fonctions.
- **Les négligences lors de l’intervention de médecins affiliés à l’autorité judiciaire**, comme l’illustre l’histoire de B, qui n’a jamais reçu de certificat après avoir été auscultée par le médecin légiste, certificat pourtant indispensable au dépôt d’une demande de dommages et intérêts, et à qui n’a été prescrit que 8 jours d’interruption totale de travail (ITT) alors qu’elle avait été égorgée (avec section de la veine jugulaire droite).

Tous ces faits ont des conséquences graves, et plus particulièrement :

- la précarisation accrue des conditions de vie des personnes prostituées ;
- des effets négatifs sur leur santé psychique et physique ;
- des atteintes à la légitimité des institutions policières comme judiciaires, représentantes de l’État de droit, et le discrédit de celles-ci aux yeux des personnes prostituées qui sont donc sans recours face aux violences.

Les violences faites aux personnes prostituées commencent dans la rue, se poursuivent «dans les commissariats, continuent dans les tribunaux et à la préfecture, dans les médias et dans certains services sociaux, et d’un bout à l’autre dans les représentations qu’elles subissent¹²».

2. La prostitution, une catégorie sociale construite

Cette seconde partie se doit d'approfondir la façon dont est définie puis structurée dans un cadre légal la prostitution, et plus particulièrement la prostitution des femmes étrangères, puisque ce sont elles les premières visées par la LSI et l'infraction de racolage. J'essaierai de montrer comment la construction sociale des marges nous retourne des interrogations sur notre propre fonctionnement social.

Selon Véronique Guienne¹³, on peut distinguer quatre mécanismes de cette construction sociale contemporaine.

– Distinguer les bonnes des mauvaises femmes :

L'enjeu de tous les pouvoirs publics est de fabriquer des frontières claires entre prostituées et femmes honnêtes, quand bien même ces frontières n'existeraient pas. De plus, la répression contre les prostituées évolue selon le climat politique du moment. Cette répression est parallèle à celle des luttes du mouvement ouvrier et de toutes les classes considérées comme dangereuses.

– Construire la catégorie comme déviante, anormale :

La prostitution comme catégorie homogène n'existe pas ; la construction politique de la prostituée comme déviante, anormale, est une œuvre des politiques publiques à l'égard de la prostitution. La construction d'une théorie générale de la dégénérescence, pendant plus d'un siècle et demi, servira de cadre théorique en même temps que de justification sociale et morale à toutes les techniques de repérage, de classification et d'intervention sur les anormaux (Foucault).

– Homogénéiser artificiellement cette catégorie :

Le travail de construction sociale s'effectue par une fausse homogénéisation autour d'un terme commun ; la spécificité ici est que le regroupement n'est pas produit de l'intérieur, par les membres du groupe, c'est-à-dire par les prostituées elles-mêmes, mais par l'extérieur. Ce sont les autres, les pouvoirs publics, la





police, les structures d'aide, l'opinion publique, qui nomment la prostitution. Chaque femme aura alors à faire la preuve qu'elle n'en fait pas partie – gageure d'ailleurs bien difficile : quelle femme ne s'est jamais fait traiter de pute ? Ce qui est appelé prostitution, finalement, c'est la transgression de la norme d'échange économique-sexuel en vigueur dans un endroit.

– Projeter sur elle les tabous et interdits de l'époque :

La fonction de la marginalité est de servir de surface de projection des tabous et interdits de la centralité. Ce faisant, la centralité n'a plus à se confronter à ses propres contradictions. Deux dimensions principales sont ainsi projetées sur la figure de la prostituée :

- * la figure vénale : elle interroge la place sociale de l'argent dans nos sociétés, en opposant le mythe du sujet libre de ses choix et de son corps à la figure corrompue de l'individu marchandise ;

- * la figure de la victime : elle interroge la place des femmes dans nos sociétés, où le prisme de la victime empêche d'entendre et de considérer ces femmes lorsqu'elles disent ne pas être victimes ou lorsqu'elles prétendent définir elles-mêmes ce dont elles sont victimes.

La prostitution apparaît ainsi comme une figure projective de la modernité. La marginalité sociale nous informe sur la centralité : rendre visibles les dimensions indignes de l'activité de la marginalité permet de rendre invisibles les dimensions indignes de la centralité. En quoi cette marginalité nous montre-t-elle alors les contradictions de la centralité ?

La prostitution est constamment définie comme étant plus que ce qu'elle n'est, soit comme «violence faite aux femmes», soit comme «marchandisation de l'humain».

- * La position de victime de la prostituée renvoie à la position de victime des femmes en général dans le contexte de la domination masculine, ce qui explique que les femmes non prostituées se permettent de parler au nom des prostituées, chacune ayant vécu au moins une fois ladite domination. La prostitution devient

l'espace dans lequel sont débattues des questions qui concernent la société dans son ensemble, ici la nature des rapports hommes/femmes. Les prostituées deviennent les otages de ce débat qu'elles sont censées représenter.

* On constate la contamination d'une réalité, celle de la vente réelle d'êtres humains, sur les autres pratiques. Pourtant, c'est la vente réelle qui pose problème sur un plan ontologique, pas la vente contractuelle.

La fonction sociale de la prostitution comme marginalité sociale devient alors apparente : il s'agit de sauver le sujet contemporain de sa double position de victime et de vendu – l'indignité n'est pas dans les bureaux, les usines, ou les politiques Nord/Sud (au XIX^e siècle, elle sauvait l'image de la famille traditionnelle).

L'action publique en matière de prostitution représente à la fois une réponse aux préjugés relatifs à cette population, mais aussi ce qui la fabrique en tant que catégorie sociale à partir de ce qui n'est pourtant qu'une pratique sociale. Comme il a été vu précédemment, les rapports de l'action publique à la prostitution sont déterminés par les grandes peurs du moment, que cette population à la fois condense et exorcise.

En termes d'action publique, le problème central est que cette construction sociale partagée, cette croyance collective sur la prostitution, fonctionne comme diagnostic social, et par voie de conséquence rend légitime une action publique censée répondre à ce diagnostic. Si la représentation de la prostituée est celle d'une femme étrangère vendue contre son gré, cela va venir légitimer un mode d'intervention bien particulier sur la question de l'immigration, en l'occurrence légitimer un refus d'accueil de ces populations et une criminalisation de leurs moyens de survie.

Ainsi, la construction de l'idéologie de la traite des êtres humains, qui définit les femmes étrangères prostituées comme des victimes, apparaît comme ayant pour fonction principale non seulement de masquer les oppressions dont sont réellement victimes les femmes qui migrent et se prostituent, à savoir des





oppressions de classe, de «race» et de genre, en tant que femmes pauvres, mais surtout de légitimer leur contrôle, leur criminalisation et leur expulsion au nom de leur bien à elles. La figure de la victime a à ce titre pour utilité d'enfermer la personne ainsi désignée dans un statut figé, qui nie les dynamiques d'oppression révélées par les facteurs sociaux en jeu, et de légitimer des attitudes hypocrites pour mieux s'en débarrasser tout en sauvant la face. Il s'agit de l'«effet d'oracle», tel que nommé par Bourdieu¹⁴ : on réduit les personnes concernées à néant en parlant à leur place. L'idéologie de la traite joue donc un rôle très ambigu. Elle provoque un apitoiement général qui permet de calmer le jeu, notamment les pressions des riverains, tout en annihilant la parole des personnes concernées. Il est dès lors possible de montrer, à l'instar de J.-M. Chaumont, que la rhétorique assistancielle semble bien dissimuler une pratique répressive. La lutte contre la traite apparaît alors comme un prétexte pour protéger la société, dans un jeu à double face où règne la langue de bois, entre humanisme d'apparat et totalitarisme de terrain : lorsque le rapatriement des victimes devient obligatoire, quel que soit l'intérêt des victimes tel qu'elles sont capables de l'exprimer en tant que personnes adultes, il s'agit tout simplement d'une expulsion visant à protéger les intérêts de l'État et de la société qui les considèrent comme indésirables¹⁵.

3. Reconnaître les droits des personnes prostituées

Selon Y. Patte¹⁶, la prostitution présente un caractère problématique au niveau juridique, dans la mesure où une personne prostituée ne jouit pas empiriquement, c'est-à-dire dans les faits, des mêmes droits que les autres travailleurs, et *a fortiori* que les autres citoyens. Les cas étudiés ici sont assez représentatifs de cet état de fait.

Une forme de reconnaissance plus qu'importante est pourtant celle du «droit», de la «relation juridique» par laquelle l'individu peut se sentir porteur des mêmes droits qu'autrui. La notion de «choix» est, à ce niveau, à la fois indispensable à

une compréhension de la reconnaissance juridique, et centrale dans le débat sur la prostitution.

Au nom de quoi peut être revendiqué un statut juridique égal aux autres citoyens ? La structure même du droit moderne repose sur un accord rationnel entre individus égaux en droits et présuppose, par là même, la responsabilité morale de ceux-ci.

Ce qui est effectivement dénié aux personnes prostituées est cette capacité de se prononcer d'une manière rationnelle et autonome sur les questions morales. C'est cette même capacité qui est revendiquée lors des mobilisations de prostituées. La question du «choix» de se prostituer, centrale dans le débat actuel, est tout à fait constitutive de la revendication pour un statut légal et légitime de la prostitution. Les mobilisations de prostituées revendiquent, de manière récurrente et nécessaire, que la prostitution adulte peut résulter d'un choix et non d'une contrainte. «Adulte», non seulement pour affirmer un refus de la pédophilie, mais aussi en renvoyant directement aux luttes des «minorités» telles que les définit Deleuze¹⁷. Selon lui, «minorités» et «majorités» ne se distinguent effectivement nullement par leur nombre, mais bien par le fait que la «minorité» renvoie à la situation de ceux qui sont tenus pour «mineurs», c'est-à-dire «incapables de se servir de leur entendement (pouvoir de penser) sans la direction d'autrui». L'état de minorité est donc celui de ceux et celles à qui n'est pas reconnue la maîtrise d'eux-mêmes. Cela est flagrant dans le débat actuel sur la prostitution, où l'on retrouve cette question à deux niveaux : dans un premier temps, c'est le fait d'avoir choisi de se prostituer qui est dénié aux prostituées, par des arguments déterministes (par exemple le fait d'avoir été violées plus jeunes), plus souvent psychologiques que sociologiques ; et dans un second temps, lorsque face à ce déni de responsabilité morale, les prostituées revendiquent le choix de se prostituer et un statut professionnel en conséquence, on invoque le fait que cette revendication servirait les proxénètes qui en seraient les investigateurs, déniaient une fois de plus aux personnes prostituées la capacité de se servir de leur «entendement».





L'expression du choix devient alors une condition nécessaire à la reconnaissance des prostituées comme sujets de droit à part entière. Par rapport à cette question du choix, en tension entre une vision déterministe déniait la possibilité d'un choix et une vision postulant un choix libre de toute contrainte et qui pourrait être qualifiée de «personnaliste», il s'agit de rendre compte de ce que peut être un «choix» dans l'expérience d'acteurs sociaux originaires, pour la grande majorité, des classes populaires. Très simplement, une reconnaissance des conditions sociales à l'intérieur desquelles le choix de se prostituer s'effectue peut produire une image toute différente de la prostituée. Ce n'est qu'abordé en regard des conditions sociales de son existence que le choix de se prostituer peut prendre tout son sens, toute sa réalité sociale. Il s'agit ici de considérer la réalité matérielle des personnes qui se prostituent, et les stratégies qu'elles mettent en place pour obtenir l'autonomie. La prostitution, dans ce cadre, peut offrir à certaines personnes, et plus particulièrement à de nombreuses femmes, plus de possibilités d'autonomie que d'autres formes de travail parmi celles qui leur sont accessibles. En faisant ce «choix» parmi un ensemble de possibles nécessairement limité par la réalité sociale, la personne prostituée peut légitimement affirmer son appartenance à une citoyenneté commune, et revendiquer le fait de pouvoir jouir des mêmes droits que tout autre citoyen. Opposer systématiquement l'agentivité¹⁸ des personnes prostituées à leur victimisation apparaît comme bien réducteur : agentivité et victimisation ne s'excluent pas nécessairement, et contrôler les personnes qui se prostituent en réponse aux violences dont elles sont victimes est une position intenable. La construction politique de la catégorie sociale des prostituées, actuellement fort médiatisée sous la figure de la femme migrante prostituée, semble alors servir à rationaliser la complicité plus ou moins active de l'État dans le harcèlement de nombre de femmes pauvres, et aussi à masquer le fait qu'aucune réponse n'est apportée à leurs besoins matériels en termes d'alimentation, de soins de santé, de logement et d'éducation. Elle apparaît comme une légitimation facile de la répression étatique dans les démocraties modernes, comme ailleurs, car le

sexisme flagrant est plus acceptable que le racisme et la xénophobie, et les lois anti-prostitution ou anti-traffic sont souvent appliquées d'une manière raciste et xénophobe adaptée à des stratégies répressives parallèles, comme le contrôle de l'immigration. C'est ainsi que les femmes migrantes, quelles que soient leurs activités, peuvent être automatiquement soupçonnées de prostitution, prétexte à leur expulsion ou au contrôle de leur mode d'entrée sur le territoire et de leurs moyens de subsistance, rationalisé sous forme d'une «protection des femmes vulnérables» justifiée par la notion construite de trafic d'êtres humains. Les lois qui prétendent les protéger finissent par être utilisées pour justifier le harcèlement, l'arrestation, l'emprisonnement et l'expulsion des femmes prostituées, tout en masquant la volonté politique qui perpétue pour elles l'absence de droits ou d'accès aux droits.

Bien que la prostitution ne soit pas interdite en France, l'ambiguïté juridique dans laquelle l'activité prostitutionnelle se pratique, du fait de la prégnance du stigmatisme et des représentations, empêche les personnes prostituées de pouvoir jouir des mêmes droits que tout autre citoyen et d'être reconnues pour une pratique spécifique. L'enjeu politique principal reste la distinction entre prostitution volontaire et prostitution forcée, la légalisation de la prostitution volontaire permettant de nommer, délimiter et reconnaître une pratique qui a lieu de fait, mais en zone de non-droit, cette ambiguïté alimentant les possibilités de violences et d'abus. Ce sont toujours les mêmes revendications que portent les travailleuses du sexe : les mêmes droits que les autres travailleurs en termes de sécurité sociale, de soins de santé et d'allocations sociales, et la reconnaissance de leur pratique, à distinguer de la traite des êtres humains.

Le débat actuel sur la question du «choix» en matière de prostitution, s'il renvoie à celui sur la distinction entre prostitution volontaire et prostitution forcée, et par là aux revendications de légalisation de l'activité prostitutionnelle, peut surtout amener à cette conclusion simple : une posture juridique juste, face au constat des violences quotidiennes dont sont victimes les personnes prostituées,





migrantes ou non, pourrait s'incarner, pour commencer, en une application systématique, dans tous les cas et pour tout le monde, des lois existantes contre le viol, la violence, la coercition et le travail forcé, en incluant l'industrie du sexe. Un État de droit digne de ce nom se devrait simplement de protéger également chaque personne sans considération de statut, d'âge, de nationalité, de couleur, de genre, de sexualité ou d'activité.

Notes

1. GRISÉLIDIS, *Rapport d'activité 2006*, Toulouse, p. 22.
2. *Ibid.*, p. 30.
3. Section de Toulouse de la Ligue des droits de l'homme, 2005-2006, *Violences policières*, Toulouse, 21 p.
4. *Ibid.*, p. 5.
5. *Ibid.*, p. 8.
6. *Ibid.*, p. 12.
7. *Ibid.*, p. 17.
8. *Ibid.*, p. 5.
9. Commission Citoyens-Justice-Police, 2005, *De Nouvelles Zones de non-droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, Paris, 34 p.
10. *Ibid.*, p. 33.
11. TRAN TRUNG L., 2007, *Grisélidis, association communautaire avec les personnes prostituées : Les droits des personnes prostituées, rapport de stage de deuxième année de DUT Gestion du développement et de l'action humanitaire*, IUT Michel de Montaigne, université Bordeaux III, 66 p.
12. GRISÉLIDIS, *Rapport d'activité 2006*, Toulouse, p. 21.
13. DANET J. et GUIENNE V. (dir.), 2006, *Action publique et Prostitution*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
14. Cité par GUIENNE V., «Politiques problématiques pour femmes publiques», dans DANET J. et GUIENNE V., *op. cit.*, p. 81-98.
15. CHAUMONT J.-M., «Indésirables victimes, l'ambivalence des représentations des victimes de la traite», dans DANET J. et GUIENNE V., *op. cit.*, p. 35-49.
16. PATTE Y., «Reconnaître des droits aux personnes prostituées», dans DANET J. et GUIENNE V., *op. cit.*, p. 149-164.
17. Cité par PATTE Y., «Reconnaître des droits aux personnes prostituées», dans DANET J. et GUIENNE V., *op. cit.*, p. 149-164.
18. Le terme «agentivité» est la traduction du terme anglais *agency* : capacité d'agir par soi-même en fonction de ses propres stratégies.





3

Quels sont les freins à l'accès à la santé des femmes prostituées à Toulouse ?

Cette étude a été réalisée au cours d'un stage de quatre mois effectué à l'association Grisélidis de mai à septembre 2007 dans le cadre du master professionnel « Genre et politiques sociales ».

Elle a pour objectif de repérer **les freins à l'accès à la santé des femmes prostituées à Toulouse**. Il ne s'agissait pas d'évaluer l'état de santé d'une communauté, mais bien de repérer les obstacles matériels et idéels de l'accès à la santé de cette communauté afin d'orienter les actions de terrain de l'association.

Au départ j'ai fait l'hypothèse principale que le stigmatisme de « pute¹ » était présent chez les professionnel-le-s du secteur sanitaire et social, et qu'il entraînait une particularisation² de la santé des femmes prostituées, notamment sur les questions gynécologiques, les IST³, le VIH-sida, ce qui empêche une prise en charge globale, efficace et adaptée des personnes.

Les données recueillies sont essentiellement qualitatives afin de repérer les mécanismes d'éloignement de la santé. L'observation participante, par une immersion de quatre mois dans l'ensemble des activités de l'association, et les entretiens semi-directifs, auprès de quinze professionnel-le-s de l'action sanitaire et sociale, ont constitué les méthodes principales de recueil des données.

J'ai pu observer que les obstacles à l'accès à la santé des femmes prostituées se situaient à trois niveaux. Un niveau individuel ou microsocial : des freins sont observables sur le plan de l'identité, des représentations et des pratiques des femmes prostituées elles-mêmes. Un niveau méso-social : au niveau des professionnel-le-s, des institutions de santé et du réseau de santé local ; en effet, les représentations et certaines pratiques professionnelles peuvent constituer des obstacles à l'accès à la santé des usagères, ainsi que des dysfonctionnements et des insuffisances dans le réseau de santé local. Un niveau macro-social, structurel : on peut identifier des freins législatifs à l'accès aux soins, les politiques publiques de santé, avec la restriction de l'accès à la CMU et à l'AME (aide médicale de l'État), et les politiques de restriction de l'immigration ajoutées au harcèlement policier des prostituées de rue étant des obstacles majeurs à l'accès à la santé.

« C'est difficile de s'occuper de sa santé et d'autant plus avec un statut de prostituée : les arrestations, les problèmes avec la police, les problèmes de la loi. J'ai eu plein d'accompagnements qui ont foiré parce qu'une telle s'est fait arrêter par la police, parce qu'elle passait au tribunal, parce qu'il fallait accompagner une copine au tribunal... Ça rend le travail sur la santé encore plus difficile. Quand tu veux parler de leur santé, ce qui revient très vite, c'est : "J'ai été arrêtée, une telle a été agressée, la police passe tout le temps..." C'est d'autant plus difficile de s'occuper de soi quand il y a des problèmes périphériques. » Une infirmière de l'association.

Le contexte national, notamment la modification récente des conditions d'accès à la couverture maladie, est le premier facteur définissant l'accès aux soins pour les personnes prostituées, particulièrement pour les migrantes.

Dans cet article je présenterai la seconde partie de mon rapport, c'est-à-dire les freins inhérents au réseau de santé local.





En effet, les représentations/préjugés, les pratiques inadaptées des professionnel-le-s du secteur sanitaire et social ainsi que le fonctionnement local du réseau de santé nécessitent d'être observés et analysés afin de comprendre comment une politique nationale s'applique localement, quels sont les espaces d'autonomie des établissements et des professionnel-le-s, quels sont les impacts de ces représentations et pratiques sur les usagers-ères du système de soins, sur leur accès au système de santé.

Enfin, je terminerai par une liste de recommandations afin de permettre à l'association de repérer et d'agir sur ces contraintes locales.

1. Obstacles dus aux représentations et aux pratiques des professionnel-le-s du secteur sanitaire et social

« Les travailleuses du sexe accusent toute une série d'autorité, y compris la police, les juges, les médecins, les législateurs et les chercheurs, de renforcer le stigmatisme de putain et d'être directement ou indirectement complices de la persécution des prostituées⁴. »

Le stigmatisme de « putain » et la réduction de l'identité des personnes à leur activité

Cet obstacle à l'accès à la santé est assez difficile à observer, car les professionnel-le-s de santé ne formalisent pas leurs représentations, encore moins lors des entretiens pour une enquête. Mais leurs pratiques sont plus repérables ; on peut par exemple observer un traitement différencié des femmes prostituées dans la systématisation des prélèvements vaginaux dans plusieurs hôpitaux de la ville. Cela renvoie au stéréotype des prostituées porteuses de maladies vénériennes. Ces prélèvements sont faits avec ou sans l'accord de la

patiente et sans questions préalables sur les prises de risque réelles de la patiente. Pourtant, le médecin de la PASS explique que les dépistages fait par les femmes prostituées sont tout le temps négatifs ; en plusieurs années, il n'a trouvé qu'un seul cas de syphilis et un cas d'infection par le VIH-sida. De même, des stéréotypes liés à l'origine des personnes poussent des médecins à proposer de manière systématique un dépistage du VIH-sida aux femmes africaines. De manière générale, on peut observer une focalisation de la santé des femmes, et plus particulièrement des prostituées, sur leur santé gynécologique⁵.

Ensuite, je m'appuierai sur un témoignage écrit d'une infirmière de l'association à propos de la prise en charge d'une usagère de nationalité bulgare ne parlant quasiment pas le français aux urgences d'un hôpital de la ville.

« Cette femme était en demande d'IVG, elle n'avait pas de droits ouverts et pas de possibilité d'en ouvrir avant 3 mois. Elle a commencé une procédure d'IVG le 14 novembre 2006, elle a vu une assistante sociale.

Le 29 novembre, elle est amenée aux urgences suite à un malaise, on lui fait une échographie et une prise de sang. Elle reformule son désir d'avorter mais elle quitte les urgences sans que sa demande soit prise en compte et avec une ordonnance non réglementaire d'une échographie à faire le 6 décembre.

Elle vient à l'association le 7 décembre car elle a des douleurs importantes au ventre. Son IVG n'est toujours pas programmée. Je décide de l'accompagner aux urgences avec la médiatrice culturelle. À l'accueil, une soignante la reconnaît, elle lui demande tout de suite si elle est allée voir l'assistante sociale de l'hôpital car elle sait qu'elle n'a pas de couverture sociale. Je l'interromps pour dire que ce n'est pas la question prioritaire mais que la personne souffre. La soignante dit à la personne qu'elle devra payer pour toutes les échographies avant de l'amener en salle d'attente.





Depuis la salle d'attente, nous entendons une personne dire qu'elle va installer "la prostituée", avant qu'on vienne nous chercher pour nous amener dans une pièce, en laissant la personne debout. Une personne vient et demande sèchement quel est le symptôme principal. "La douleur" ; elle répond qu'il est normal d'avoir des douleurs pendant la grossesse. Je lui fais part de mon inquiétude en lien avec l'hospitalisation du 29 novembre. La soignante lit le dossier à haute voix, il est écrit que la personne a demandé une IVG. Elle explique qu'il est impossible d'organiser une IVG maintenant. Je réponds que dans ce cas-là et s'ils ne peuvent pas lui donner un rendez-vous pour une IVG, ils se doivent de l'orienter vers une autre structure, en lui expliquant les procédures, la législation puisqu'elle comprend peu le français. On lui donne alors le numéro de téléphone du CDPEF⁶ sur un bout de papier sans autres explications.

Je demande une attestation selon laquelle la personne a fait une demande d'IVG depuis le 29 novembre. La soignante fait une ordonnance datée de ce jour.

Suite à mes demandes insistantes, on lui fait une échographie, on ne l'ausculte pas. On refuse de délivrer ses résultats biologiques, on la renvoie vers la procédure administrative pour obtenir son dossier médical. »

Ce témoignage permet de mettre en évidence la forte présence des stéréotypes au sein du milieu médical et l'importance du travail d'accompagnement de l'association pour garantir une meilleure prise en charge des femmes prostituées migrantes.

De plus, on voit très clairement que la couverture sociale des patientes semble être un préalable à la prise en charge médicale et à la prise en compte des demandes. C'est ce que nous allons voir maintenant plus en détail.

Intégration de la logique de rentabilité de l'hôpital public par les professionnel-le-s

La nouvelle organisation des finances de l'État, la LOLF, a largement modifié le financement des hôpitaux. À présent, l'argent est distribué sur mission et non sur crédit ; c'est une manière de réduire les budgets et d'autonomiser les établissements, qui se retrouvent dans un impératif de rentabilité (l'hôpital doit rentrer dans ses frais, équilibrer son budget), ce qui s'oppose à la notion de service public, d'accès aux soins pour tous et toutes.

J'ai pu remarquer, au travers de témoignages d'usagères migrantes et d'entretiens avec des professionnel-le-s de santé et d'accès aux droits, une intégration/appropriation du fonctionnement des hôpitaux, en termes d'autonomisation et de rentabilité, dans leurs représentations et leurs pratiques professionnelles. En effet, l'hôpital a pour mission de soigner tout le monde sans distinction ; si les personnes n'ont pas de couverture sociale, elles doivent rencontrer une assistante sociale ou une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) afin d'étudier leur situation et les possibilités d'ouverture de droits ; si elles n'ont pas droit à une prise en charge financière, elles recevront une facture pour les soins qu'elles ont reçus, et c'est alors le service comptable de l'hôpital qui gère la situation, puis, au bout d'un certain temps, le Trésor public. Une infirmière de l'association constate que les personnes sans couverture sociale sont traitées de manière différenciée dans les hôpitaux. Quand certains soignants se rendent compte que les personnes n'ont pas de couverture sociale, ils définissent si la situation est suffisamment urgente pour qu'elles soient prises en charge. Ainsi, ils privilégient une logique de rentabilité, d'équilibre du budget de l'hôpital au détriment de la mission première des hôpitaux publics qui est de soigner la population.

Ainsi, en fonction des individus, les politiques sociales sont appliquées différemment. Par exemple, il existe une AME pour IVG, c'est-à-dire une aide ponctuelle pour financer une IVG. Elle a été mise en place pour soutenir les femmes mineures qui souhaitent avorter dans le secret, afin que la mutuelle ou





la sécurité sociale des parents ne soient pas sollicitées. Dans la mesure où le nom des femmes concernées reste secret, cette aide peut être demandée pour d'autres situations. C'est ainsi que certaines femmes migrantes sans couverture sociale ont pu en bénéficier, car les travailleuses sociales de l'hôpital tenaient à ce que les IVG puissent être gratuites pour toutes. À l'opposé, d'autres services sociaux hospitaliers se refusent à « abuser » du système :

« Il y en a qui disent qu'elles peuvent payer, à ce moment-là elles payent. »

« On n'exagère pas, il y en a beaucoup qui peuvent payer ! Il faut le préserver ce système ! Après, la CPAM voit bien comment on fonctionne. On n'abuse pas. »

On peut voir ressortir les idées reçues selon lesquelles les gens abusent d'un système de santé déjà très avantageux ; certains travailleurs-euses sociaux endossent donc la responsabilité de « préserver » le système de sécurité sociale français, notamment en responsabilisant les gens :

« Déjà, si l'hospitalisation est prise en charge, les soins en cours, c'est pas mal déjà, après c'est aux personnes de suivre leurs droits aussi. »

*« Bon, si elles ont une domiciliation postale ça enlève les 3 mois, on peut ouvrir des droits, mais on nous a dit de ne pas trop le dire, on respecte ça ; s'ils voient qu'on en abuse, ils vont arrêter, ils vont remettre trois mois radical. Ils le voient, à l'époque, l'attestation d'hébergement faisait date, ils ont arrêté, ils n'avaient plus confiance. La Sécu elle a déjà des trous partout, nous on est là pour faire du social, pour aider l'hôpital à rentrer dans ses frais, mais **je trouve aussi qu'on est garant d'un système qui doit continuer à***

fonctionner ; si on tire trop sur la vache à lait, il n'y aura plus de lait, il faut faire attention, on est là pour être juste, égal avec tous les patients. Après, si il y a une situation très difficile, je vais l'argumenter avec une lettre à la CPAM même si c'est litigieux, c'est exceptionnel. Parfois, on a des gens face à qui il faut dire qu'il n'y a pas de possibilité, **on ne pourra pas soigner le monde entier, c'est vrai qu'on a un système médical qui attire, s'il n'y a pas un minimum de barrières, c'est dangereux pour le système, pour l'hôpital.** »

Mais cette logique est aussi imposée par les directions des hôpitaux ; par exemple le pôle social d'un hôpital de Toulouse, qui est un complément aux services sociaux déjà existants, a pour rôle implicite de « faire rentrer l'hôpital dans ses frais » :

« On a souvent des gens tout juste domiciliés ; la facture, elle va aller à leur adresse de domiciliation, et quand la personne est partie... Ils vont essayer de la retrouver mais... Après il y a possibilité d'échelonnement de la dette avec la trésorerie, après on ne peut plus rien faire, la trésorerie est conciliante, sauf si la personne fuit et qu'ils la retrouvent, ensuite elle passe au Trésor public.

*L'hôpital cherche de plus en plus à recouvrer les dettes, avant on était sur un budget global et on glisse, l'hôpital cherche de plus en plus à rentrer dans ses frais. Nous on intervient sur ces dossiers non recouvrables, **on sert à ça, à faire faire des économies à l'hôpital.** »*

Une CESF.

Les AES (accident d'exposition sexuelle et sanguine) et les rapports privés

Contrairement aux idées reçues, les femmes prostituées sont très peu concernées par les AES ; elles sont des professionnelles de la prévention et savent imposer les préservatifs dans leur travail. Pourtant une étude récente montre que 3 clients





sur 5 demandent à avoir des rapports sans préservatif, quitte à payer plus cher. Sur le terrain toulousain, les femmes prostituées nous racontent régulièrement ce genre de propositions ; elles ont l'habitude de les refuser pour leur propre santé mais il s'agit aussi d'une des règles tacites du « tapin » : refuser ces propositions, c'est maintenir des conditions de travail acceptables, tout comme ne pas « casser les prix ».

Pourtant, l'association gère quelques AES et des grossesses non désirées chez des femmes prostituées. La justification qui est rapportée (car les femmes se sentent toujours obligées de justifier une telle erreur) à l'association, tout comme au CDAG-CIDDIST⁷, selon un médecin qui y travaille, c'est l'« accident de préservatif ». Or, les risques qu'un préservatif se rompe pendant un rapport sexuel sont très faibles. Face à cette situation, les médecins que j'ai pu rencontrer pensent tous qu'il s'agit d'un rapport non protégé avec un client. D'après les animatrices de l'association, les AES et les IVG trouvent leur cause dans les relations privées, intimes des femmes prostituées. En effet, les professionnel-le s de santé ne pensent pas aux relations privées, car le statut de prostituée prend le dessus sur celui de femme, ou les potentiels statuts de compagne, de mère... Les rapports sexuels non protégés sont une manière, pour le partenaire privé et/ou la partenaire, de différencier la sexualité privée des services sexuels monnayés. Or, à l'instar du sens commun, beaucoup de professionnel-le-s du secteur sanitaire et social n'imaginent pas que les femmes prostituées ont une vie sexuelle privée ; c'est pourquoi ils identifient mal les causes des AES tout comme les causes des IVG. En effet, ils associent très vite ces problèmes à la violence des clients ou à l'irresponsabilité des prostituées.

2. Les dysfonctionnements et insuffisances du réseau de santé à Toulouse

L'avortement, un droit pour certaines...

Les médecins ne pratiquent pas tous des IVG. C'est un acte médical qui rapporte

peu d'argent mais qui demande du temps (donc ce n'est pas rentable, bien qu'il coûte 238 euros aux femmes qui n'ont pas de sécurité sociale), qui n'est pas compliqué, donc pas prestigieux ; ces actes sont donc régulièrement confiés aux internes et aux jeunes médecins. De plus, les IVG sont pratiquées dans les maternités et par des jeunes médecins qui se destinent à l'obstétrique (suivi de grossesses, accouchements). Ces actes sont donc considérés comme des «punitives», ou passage obligé et désagréable pour les jeunes médecins. Malgré l'obligation légale des médecins hospitaliers de pratiquer les IVG, beaucoup s'y refusent, invoquant la clause de conscience. Ainsi, il est compliqué d'avorter rapidement dans certains hôpitaux, alors que dans d'autre, une charte interne à l'hôpital oblige les médecins à pratiquer l'IVG. En outre, comme nous l'avons vu, l'IVG n'est pas gratuite pour toutes ; on peut de ce fait observer certaines pratiques à risques au sein du milieu prostitutionnel, comme l'échange de médicaments sans prescription. Une femme a par exemple pris des cachets que lui avait donnés une amie, elle a fait une grossesse non évolutive, elle a eu des saignements inexplicables, puis il a fallu lui faire un curetage. J'ai également pu rencontrer une femme française qui ne pouvait entrer à l'hôpital de peur que sa famille découvre quoi que ce soit ; sur les conseils d'une amie, elle a pris plusieurs pilules du lendemain par jour pendant plusieurs jours et elle a bu des verres de vinaigre pur dans le but de « tuer le bébé ». Ces pratiques sont dangereuses pour le corps des femmes elles-mêmes. Mais face à une grossesse non désirée indicible, la santé passe bien après dans l'échelle des priorités. Une infirmière de l'association exprime l'impossibilité pour les femmes qui n'ont pas de couverture sociale de se rendre au CDPEF et dans la majorité des hôpitaux de la ville pour se faire avorter.

... et la contraception, libre et gratuite ?

Pour les femmes sans droits ouverts à la Sécurité sociale, il n'y a pas de possibilité d'obtenir un moyen de contraception gratuitement, ni à la PASS, car la contraception n'est pas une priorité pour ce service, ni au CDPEF. Le CDPEF





dispose de quelques plaquettes de pilules, de DIU (stérilets) pour les situations exceptionnelles, mais pas en quantité suffisante pour toutes les usagères.

La parcellisation des services de santé

Cette caractéristique du réseau de santé de Toulouse constitue l'un des obstacles principaux à l'accès aux soins pour les usagers et les usagères. En effet, il n'y a pas de lieu repéré où les personnes peuvent être prises en charge dans leur globalité, c'est-à-dire où leur situation sociale, leur état de santé gynécologique, physique et psychologique puissent être pris en compte, à l'exception de la PASS et de certains généralistes ou de structures de santé atypiques telles que la Case de santé.

Pour ce qui est de la santé gynécologique, de la contraception et de l'IVG, il existait le Centre de planification qui prenait en compte l'ensemble de ces questions. Mais depuis quelques années les missions du CDPEF ont été restreintes ; le conseil général a récupéré sa mission de contraception, anciennement confiée aux hôpitaux par l'intermédiaire du Centre de planification. Le CDPEF n'assure pas les IVG, les suivis gynécologiques, ni la détection et les traitements des IST. Les services se sont donc divisés de manière complexe et très peu lisible pour les usagères : le CDPEF assure des permanences dans les hôpitaux, les universités et les UTAMS⁸ pour les questions de contraception, les IVG sont faites au service d'orthogénie de l'hôpital Ducuing et à l'hôpital Paule-de-Viguier, les femmes qui souhaitent avoir un suivi gynécologique global doivent s'adresser à un gynécologue de ville ou médical, la prévention des IST se fait principalement au CDAG-CIDDIST (hôpital La Grave), et pour les risques d'infection par le VIH dans les 72 heures suivant l'exposition il faut s'adresser au SMIT⁹, qui distribue des traitements d'urgence (hôpital Purpan). Là encore on peut observer un problème lié à la multiplication des services ayant des missions proches mais distinctes.

J'ai effectué un accompagnement avec une femme prostituée dans l'un de ces services suite à un AES datant d'un peu plus de 48 heures (après 48 heures, on

ne dispense plus de traitement d'urgence post-exposition au VIH). La situation de correspondait pas exactement aux attributions de ce service, nous n'avons donc pas passé le stade des urgences, la personne n'a donc pas vu de médecin, aucun soutien psychologique ne lui a été proposé bien qu'elle soit en état de choc et de stress important, on ne lui a fait aucune analyse, on ne lui a pas donné de contraception d'urgence ; on l'a réorientée vers un autre service, dans un autre hôpital, pour qu'elle puisse faire un dépistage.

Cette parcellisation mène également à une baisse générale de la qualité des soins, inhérente à l'éloignement de la conception globale de la santé. Une infirmière de l'association témoigne d'une consultation « horrible » avec une sage-femme et une stagiaire :

« Le premier point abordé a été la couverture sociale ; on nous a dit : "Ici on se charge de la contraception, pas des IVG", on lui a prescrit une prise de sang avec une fiche de liaison ; elles ont été claires, il n'y aurait que la prise de sang de gratuite, l'échographie et l'IVG seraient à sa charge.»

Cette restriction et cette parcellisation des services de santé rendent les démarches de plus en plus compliquées pour les usagères ; elles sont obligées de multiplier leurs rendez-vous et le nombre de médecins qui les suivent. À terme cette logique peut amener beaucoup de confusion, un découragement des usagères et une dégradation des suivis, prenant de moins en moins la personne dans sa globalité.

La parcellisation des soins s'oppose à la santé globale ; ainsi, certains professionnels que j'ai pu rencontrer, bien qu'ils aient eu affaire à des personnes prostituées, n'ont aucune idée de leurs conditions de vie et de travail réelles. Il paraît difficile de prendre en charge des personnes de manière adaptée et efficace dans ces conditions.





L'insuffisance de communication dans le réseau de santé

L'ensemble des entretiens m'amène à constater un manque criant de communication dans le réseau de santé. Cela constitue un frein majeur à l'accès à la santé et aux soins. En effet, la plupart des professionnel-le-s connaissent peu ou pas les autres structures et les services, équivalents ou complémentaires à leur structure, proposés au niveau local. Mis à part les réseaux Ville-Hôpital et CPAM, il n'existe pas de travail en réseau au quotidien, à tous les niveaux de la hiérarchie.

La traduction pendant les consultations : une exception

Il existe un service de traduction au niveau du CHU, ainsi qu'à l'hôpital Joseph-Ducuing. Il s'agit d'une centralisation des ressources linguistiques de la structure. En fait, une liste à disposition de tout l'hôpital présente les personnes travaillant dans l'établissement et parlant une langue étrangère ; leur numéro de téléphone et leurs horaires sont spécifiés afin de savoir quand il est possible de les mobiliser. De la même manière, la Case de santé a constitué un répertoire de personnes ressources (collègues et amies) à appeler par téléphone pendant les consultations. Mais pour l'hôpital, il faut prendre rendez-vous une semaine à l'avance : aux urgences, il n'y a pas de traduction possible. Pourtant une assistante sociale explique qu'il est très délicat de faire comprendre ses droits à une personne étrangère.

Des soins psychologiques pour les personnes ayant une couverture sociale

On peut remarquer une réelle pénurie de moyens de prise en charge psychologique pour les personnes sans couverture sociale ou sans mutuelle. En effet, les urgences psychologiques du CHU manquent de lits ; si les personnes ne sont pas atteintes de gros traumatismes, elles ne sont pas prises en charge. Une usagère en est ressortie avec l'adresse d'une clinique privée et le conseil de se reposer. De même, une psychologue à mi-temps est rattachée à la PASS, mais cela est largement insuffisant. Dans les CMS¹⁰ et à l'UTAMS l'accès à ce genre de

prise en charge est également restreint. Ce type de prise en charge est très peu accessible ; l'accès aux soins psychologiques est un espace d'inégalité flagrante, plus que pour d'autres soins : ils sont considérés comme un luxe.

La médecine « sociale et humanitaire » : trop peu de budget et de professionnels

L'hôpital a pour mission de soigner tout le monde, mais les services d'urgence ainsi que les services gratuits sont financés en dessous des besoins. Ainsi, la PASS, qui est l'unique service d'accès aux soins gratuits et sans condition, n'est ouverte que les après-midi et est fermée pendant le mois d'août car ce service ne repose que sur un médecin ; quand celui-ci est en congé ou même quand il est malade, le service doit fermer. En outre, le service est régulièrement saturé : de plus en plus de patients ayant une couverture sociale incomplète y viennent car ils ne peuvent pas payer les frais complémentaires.

« Ça devient de pire en pire, il y a beaucoup de monde, il faut arriver à 12 heures pour espérer avoir une place, les consultations commencent à 14 heures, les gens attendent parfois toute l'après-midi. » Une infirmière de l'association.

Cela oblige le service à « trier » les patients selon les priorités. Ainsi, lors d'un accompagnement pour voir la dentiste, une usagère a été renvoyée chez elle sans soins ni prescription ; on lui a donné un anti-douleur et un anti-inflammatoire pour passer la nuit et on l'a envoyée voir un dentiste le lendemain.

De toute façon, la PASS ne peut engager des soins très importants ; pour des soins dentaires poussés il faut attendre que la personne soit couverte, soit jusqu'à 3 mois. Pourtant il s'agit d'un des seuls services qui pratique la santé globale.





CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pour conclure, il me paraît important de rappeler que l'accès à la santé des femmes prostituées est facilité par l'association Grisélidis, mais qu'il reste largement insuffisant – même s'il est très hétérogène en fonction des personnes (femmes françaises, femmes migrantes, femmes jeunes, femmes âgées...).

Il est nécessaire de rappeler également que la position sociale inférieure des femmes dans les rapports sociaux de sexe a pour conséquence un accès réduit à la santé : elles assument la charge mentale¹¹ du bien-être de leurs proches, de leur compagnon, de leurs enfants... ce qui leur laisse moins de temps et d'attention pour s'occuper de leur propre santé. Par ailleurs, le système patriarcal et le stigmate de « putain » entraînent des violences qui sont un facteur central de dépression psychologique et physique ; c'est également un frein à l'accès à l'estime de soi et à la prise de pouvoir sur sa vie. Enfin, même si elles sont en charge du bien-être des autres, les femmes ont moins accès que les hommes aux savoirs sur le corps, la santé et les systèmes de soins.

Les femmes prostituées présentent plusieurs facteurs d'éloignement (le sexe, la classe et l'origine géographique) d'un bon accès à la santé ; pourtant leur état de santé réel est peu étudié au-delà de l'épidémie à VIH-sida. Les politiques de santé publique paraissent inadaptées face une communauté aussi marginalisée ; c'est pourquoi la santé communautaire, pratiquée par l'association Grisélidis, paraît une approche alternative efficace face à certaines situations pour garantir un réel accès à la santé.

Il me paraît important de soulever l'importance du travail de médiation de l'association, c'est-à-dire d'intermédiaire entre les femmes prostituées, notamment étrangères, et le système de soins de droit commun. En effet, les interventions et accompagnements des membres de l'association dans les structures de soins permettent d'améliorer l'accès au droit commun et l'égalité de traitement des usagers-ères du système de santé. L'association Grisélidis est la

seule structure qui effectue ce travail sur le terrain toulousain. L'Amicale du nid, que j'ai également rencontrée en entretien, a pour objectif la réinsertion sociale et non l'accès à la santé. Cette structure considère que la santé doit être gérée par un médecin, or si des permanences médicales ont été assurées au sein de l'association, il n'y en a plus aujourd'hui. De même, pour le travail de prévention des IST et du VIH-sida, seule l'association Griselidis donne gratuitement du matériel de prévention.

Ce travail d'accès à la santé globale a pour objectif l'accès à l'estime de soi et à *l'empowerment* : une prise de pouvoir sur sa vie et dans l'ensemble des relations sociales.

La prégnance et la persistance du stigmat de « pute », y compris chez les professionnel-le-s du secteur sanitaire et social, constituent l'obstacle principal à l'accès à la santé des femmes prostituées pour ce qui est de la relation aux soignant-e-s et aux structures de soins.

On a enfin pu analyser des dysfonctionnements du réseau de santé souvent dus à un défaut de communication et à une tendance à la parcellisation des soins, à la multiplication des structures spécialisées.

Recommandations

On a donc pu observer que le travail de l'association est entravé par des facteurs extérieurs. Pourtant, des recommandations peuvent ressortir de cette étude.

Au niveau du réseau de santé :

– Des partenariats avec un plus grand nombre de services semblent nécessaires pour éviter de faire reposer le travail d'accompagnement sur un petit nombre de services déjà surchargés (PASS) : aller au CDAG quand il s'agit d'une demande de dépistage, aller aux urgences de l'hôpital Ducuing qui est agrémenté PASS pour des suivis en santé globale, travailler avec Médecins du monde.





– Une sensibilisation approfondie des partenaires sur les inégalités hommes-femmes et sur la prostitution paraît nécessaire. En effet, les personnes interviewées sont satisfaites du travail de l'association mais elles connaissent mal les objectifs et les conditions réelles de vie et de travail des personnes prostituées. Une formation des professionnel-le-s du secteur sanitaire et social du réseau de santé de Toulouse est nécessaire.

Au niveau des activités de l'association : Organiser des activités collectives

Si les activités collectives font partie des objectifs de l'association, la dégradation des conditions de vie et d'existence des personnes prostituées associée à la réduction des moyens financiers de l'association ont poussé l'équipe à se concentrer sur les suivis individuels des personnes. En effet, par manque de temps, face à des besoins croissants et à une demande croissante d'entretiens individuels et d'accompagnements, les activités collectives sont devenues trop compliquées à concevoir et à mettre en place. L'équipe conserve une forte dimension politique et participe aux activités nationales et européennes de lutte pour les droits des travailleuses-eurs du sexe, mais il est très difficile d'impliquer les membres de la communauté : avec l'augmentation de la répression et la précarisation de leur situation, les personnes prostituées sont de moins en moins ouvertes à la participation à des activités collectives. Elles ont peu de temps libre et mettent longtemps à s'installer dans une relation de confiance.

Pertinence des activités collectives :

- Les activités collectives peuvent permettre d'associer des usagères à la mise en place des ateliers, et de mettre en avant les compétences de chacune.
- Elles constituent un nouvel espace de parole qui permet l'expression des besoins et oriente les activités de l'association. L'aspect collectif peut être plus adapté à certaines personnes : les entretiens individuels peuvent impressionner et entraîner, malgré la volonté des salarié-e-s, un rapport de pouvoir, hiérarchique ; il faut en revanche garantir un accueil collectif régulé (distribution

de la parole, orientation, synthèse des discussions).

- Elles offrent un gain de temps à moyen terme, les informations échangées et transmises pouvant permettre d'alléger les suivis individuels.
- Elles ouvrent à une politisation des débats, à une mise en commun des expériences qui permet de désindividualiser les problèmes sanitaires et sociaux.
- Elles mènent à la création d'une solidarité au sein de la communauté. La solidarité intergénérationnelle et intercommunautaire est parfois défailante au sein d'une communauté précarisée et poussée à l'individualisme. Pourtant, il s'agit d'un objectif central de l'association, car face aux attaques institutionnelles et aux violences quotidiennes, la solidarité est une arme puissante.

BIBLIOGRAPHIE

C. Delphy, 2002, *L'Ennemi principal*, t. I : *Économie politique du patriarcat*, Paris, Syllepse, collection « Nouvelles questions féministes ».

D. Fassin, 1996, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, « Sociologie d'aujourd'hui ».

M. Foucault, 1976, *Histoire de la sexualité*, t. I : *La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

M. Gaudelier, 1984, *L'Idéal et le Matériel*, Paris, Fayard.

C. Guillaumin, 1992, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir*, Paris, Côté-femmes.

F. Guillemaut, C. Monnet et M. Schutz Samson, 1999, « La parité », in D. Welzer-Lang et M. Schutz Samson (dir.), *Prostitution et Santé communautaire*, Lyon, Le Dragon Lune, Cabiria éditions p. 27-36.





F. Guillemaut, M. Schutz Samson, 1999, « La santé communautaire », in D. Welzer-Lang et M. Schutz Samson (dir.), *Prostitution et Santé communautaire*, Lyon, Le Dragon Lune, Cabiria éditions p. 37-51.

F. Guillemaut, 2005, *Femmes migrantes. Enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe. Stratégie et empowerment*, Lyon, Le Dragon Lune, Cabiria éditions.

M. Haicault, 1984, « La gestion ordinaire de la vie en deux », in *Sociologie du travail*, n° 3, p. 268-275.

M. Membrado, 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », in *Nouvelles Questions féministes. Santé !*, vol. 25, n° 2, Liège, p. 16-31.

G. Pheterson, 2005, *Le Prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan, « Bibliothèque du féminisme ».

P. Tabet, 2006, *La Grande Arnaque. Sexualité des femmes et échanges economico-sexuels*, Paris, L'Harmattan, « Bibliothèque du féminisme ».

A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), 2000, *Les Inégalités sociales de santé*, Éd. La Découverte, Paris.

Rapports d'activité et guide :

Cabiria. Synthèse, année 2005, Lyon, Le Dragon Lune, Cabiria éditions.

Rapport d'activité de Grisélidis 2006.





Cabiria. Migrants et travail du sexe. Le guide pour la santé et la prévention à l'usage des associations, 2005, Lyon, Le Dragon Lune, Cabiria éditions.

Sites Internet :

<http://www.tampep.com>

<http://www.toulousasso.org/modules/wfsection/article.php?articleid=927>

<http://www.aides.org>

<http://www.chu-toulouse.fr/spip.php?r>

<http://www.amicaledunid.org/>

1 Gail Pheterson, *Le Prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan, « Bibliothèque du féminisme », 2005.

2 Monique Membrado, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », in *Nouvelles Questions féministes. Santé !*, vol. 25, n° 2, Liège, 2006.

3 Infections Sexuellement Transmissibles

4 Gail Pheterson, *Le Prisme de la prostitution*, *op. cit.*, p. 46.

5 Monique Membrado, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », article cité.

6 Centre Départemental de Planification et d'Education Familiale

7 Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit – Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

8 Unités Territoriales d'Action Médico-sociale

9 Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

10 Centres Médico-sociaux

11 Monique Haicault, « La Gestion ordinaire de la vie en deux », in *Sociologie du travail*, n°3

Je suis une artiste de l'oisiveté étant allergique au boulot cela me convient tout à fait.

Sandra



II
*
L'
A
S
S
O
C
I
A
T
I
O
N

1. Présentation

Officialisée en avril 2000, Grisélidis, association de santé communautaire avec les personnes prostituées de Toulouse et de ses environs, regroupe depuis 1999 des professionnel-le-s qui associent leurs expériences et leurs compétences sur divers terrains de la prévention santé (VIH, IST), de l'accès aux soins, aux droits sociaux, de lutte contre les discriminations et les violences et d'accès à la formation et à l'emploi.

Grisélidis est née de l'expérience d'autres associations communautaires formées en France à partir de 1992-1993, et en particulier de l'association Cabiria, dont on dit souvent qu'elle est la «petite sœur». C'est Grisélidis Réal, courtisane genevoise (décédée en mai 2005), qui a accepté d'être la marraine de l'association et lui a donné son nom. L'engagement et la ténacité de Grisélidis Réal restent des modèles qui président aux engagements de l'association toulousaine, animée par la présence et la vigilance des personnes prostituées elles-mêmes.

À Marie France

PROSTITUÉES

Blues, blues sous vos peaux noires
Cris et rires sous vos peaux blanches
Sucrées salées pōivrées brûlées
Fardées de nuit peintes de jour
Vêtues de vos seuls ongles rouges
Vos corps de fleurs grandes ouvertes
Aux senteurs de vie et d'amour
Généreuses coupes offertes
Aux becs et griffes des vautours
Se laissant boire indifférentes
Et dévorées sans une plainte
Comète à la chevelure blonde
Méduse ornée de serpent noirs
Enfant angélique blindée
D'une cuirasse d'or et d'argent
Gagnée à la sueur du sang
Au sommeil peuplé de démons
Et d'oiseaux exotiques tendres
D'animaux sauvages et féroces
Et de rivières scintillantes
Où plonger leur ventre épuisé
Leur peau meurtrie par les baisers
Les coups, les regards meurtriers,
La faim inassouvie des hommes
Toujours à l'affût de ce fruit
Défendu, respiré, vendu
Gardé intact et inconnu

La grenade des jouissances
Dérobée à tous les regards
Protégée par un mur de cendres
Un jardin d'arbres parfumés
Et les chants des belles sirènes
Compatissantes et sévères
Silencieuses et complices
Armées de trop de connaissance
Rassasiées de tous vos vices
Et gardiennes de vos secrets
Inaccessibles et trop humaines
ASSASSINÉES PAR L'INJUSTICE

Genève, le 22 décembre 2002

Extrait de *À feu et à sang*,
Grisélidis Réal
Ed. Le Chariot
Recueil de poèmes écrits
entre mai 2002 et août 2003





Grisélidis Réal (1929-2005) se définissait comme une courtisane, une écrivain et une activiste. Elle fut l'une des meneuses de la «Révolution des prostituées», où 500 prostituées occupent la chapelle Saint-Bernard, à Paris, en juin 1975, et réclament la reconnaissance de leurs droits à la suite du mouvement débuté à Lyon. Elle a contribué à la création de l'association Aspasia à Genève, première du genre en Europe. Elle a obtenu à Genève que les prostituées se voient délivrer des certificats de bonne vie et mœurs et puissent exercer dans de bonnes conditions de sécurité et de respect. Elle a été l'une des premières péripatéticiennes à intervenir dans les respectables universités genevoises et ensuite européennes. Elle a créé le premier Centre international de documentation sur la prostitution à Genève. Sa vie a été dédiée à la reconnaissance des prostituées.

Rejetant l'argument selon lequel une femme ne se prostitue que si elle y est obligée par le souteneur, elle déclare que la prostitution peut aussi être un choix, une décision, «un art, un humanisme et une science» (Grisélidis Réal, 2005). Elle tenait à ce que ses deux professions, «péripatéticienne et écrivain», figurent sur ses documents officiels.

Sa bibliographie :

- *Le noir est une couleur*, Paris, Balland, 1974 ; Lausanne, Éditions d'en bas, 1989 ; réédition : Paris, Verticales, 2005.
- *La Passe imaginaire*, Vevey, L'Aire/Manya, 1992 ; réédition : Paris, Verticales, 2006.
- *À feu et à sang*, recueil de poèmes écrits entre mai 2002 et août 2003, Genève, Éd. Le Chariot, 2003.
- *Carnet de bal d'une courtisane*, publié dans la revue *Le Fou parle* en décembre 1979 ; réédition : Paris, Verticales, 2005.
- *Les Sphinx*, Paris, Verticales, 2006.
- «Le carnet de Grisélidis», paroles de Grisélidis Réal et Pierre Philippe, musique de Thierry Matioszek et Alain Bashung, chanson interprétée par Jean Guidoni sur l'album *Putains*, 1985.

À propos de Grisélidis Réal :

- Jean-Luc Hennig, *Grisélidis, courtisane*, Paris, Albin Michel, 1981.
- Philippe Renaud, «Péripépathétiquement vôtre», in *Écriture*, n°47, Lausanne, 1996, p. 103-126.
- Imaginé par Gérard Laniez, *Grisélidis réal, La Nuit écarlate ou le Repas des fauves*, association Himéros, 2006.

L'association respecte la diversité des origines, des parcours et des définitions identitaires de chacun-e. Aussi, parmi les personnes rencontrées, certaines se définissent-elles comme «prostitué-e-s», d'autres comme «travailleuses du sexe» (en référence au terme générique international de sexworker), d'autres enfin ne se sentent pas concernées par ces définitions et mènent leur activité de façon plus secrète, en la considérant comme temporaire. Certaines personnes aspirent à changer d'activité, tandis que d'autres estiment que c'est par cette activité qu'elles trouvent leur équilibre personnel, social et économique. L'association s'associe dans tous les cas aux parcours des personnes dans une attitude d'empathie et de respect.

1.1. Contexte, principes moteurs de l'action et objectifs généraux

Depuis une dizaine d'années, la situation des personnes prostituées s'inscrit dans un contexte global de précarité économique croissante, de montée de la xénophobie et de tensions sociales. Depuis les lois sur la sécurité intérieure de 2002, et la pénalisation du racolage, les personnes prostituées sont stigmatisées en tant que délinquantes et elles sont victimes de violences accrues et d'arrestations répétées.

Les politiques publiques vis-à-vis de la migration ont connu un certain nombre de transformations depuis les années 2000, avec la restriction des régularisations, le durcissement de la répression envers les étrangers, et nous faisons le constat de discriminations accrues à l'encontre des prostituées migrantes. Les trois articles de la première partie, qui présentent des analyses basées sur la proximité avec le terrain, attestent de ces difficultés. Les chapitres suivants exposeront dans le détail les difficultés rencontrées par thème d'action et les solutions proposées. Auparavant, nous vous proposons une présentation de l'association et de ses moyens.

Grisélidis est un programme de santé communautaire. Les critères les plus importants pour garantir à la fois l'éthique et l'efficacité des actions ont été définis à l'aide de différents écrits de santé publique ou de santé communautaire, et sont les suivants :

- Projet concernant les groupes les plus vulnérables.
- Implication des personnes concernées dans la réalisation du projet : c'est la demande du groupe concerné qui est la base de tout projet. La confiance va permettre l'expression et l'émergence des besoins et des désirs des individus.





- Pratique novatrice et expérimentale qui est originale par rapport aux démarches sanitaires traditionnelles.
- Mise en lumière d'un besoin non satisfait dans le cadre des institutions existantes.
- Travail de terrain-action, information et formations réciproques et permanents et non par étude et recherche de type purement universitaire.
- Utilité concrète et rapide de l'action en matière de santé des personnes concernées, évaluations quantitatives et qualitatives.
- Création d'un réseau de partenaires ressources, constamment réactualisé selon les besoins de la communauté.
- Coordination avec des organismes ou des groupes existants, faisant un travail identique.
- Efficacité par rapport aux sommes utilisées.

L'association Grisélidis a pour objectif la prévention des IST-VIH, l'accès aux soins, l'entrée dans le droit commun, l'accès à l'emploi, la lutte contre les exclusions et les discriminations.

De plus, l'association effectue un travail de sensibilisation auprès de son réseau de partenaires associatifs, institutionnels et administratifs. Elle vise à lutter contre les discriminations liées au genre, à l'origine géographique, à l'orientation sexuelle ou encore au mode de vie, ainsi que contre la stigmatisation des personnes qui exercent la prostitution. Elle favorise l'empowerment (capacité d'agir et capacité d'autonomie) des personnes prostituées, en fonction de leur parcours individuel et de leurs intérêts en tant que collectif.

Pour ce faire plusieurs axes d'action sont mis en œuvre :

- Action en faveur de la santé globale des femmes prostituées et en particulier en matière d'IST, de VIH-sida, d'hépatites ; ponctuellement des actions de prévention ou de soin des maladies de la dépendance (toxicomanie, alcoolisme) peuvent être mises en place, en fonction des besoins rencontrés sur le terrain.
- Action en faveur de l'accès à l'emploi, de la réorientation de carrière, de la formation des femmes exerçant la prostitution, et participation à un programme européen en faveur de l'égalité des chances et de l'emploi (EQUAL).
- Ponctuellement, et en fonction des besoins, des actions de soutien dans la recherche d'hébergement ou de logements stables sont mises en place, afin de favoriser l'accès à la santé comme l'accès à l'emploi.

- Lutte contre les violences par des actions de prévention et de soutien aux victimes.
- Lutte contre les discriminations : information et formation en direction d'un public large, mais aussi et surtout des journalistes, des élu-e-s et des décideurs des politiques publiques, des milieux académiques et universitaires.

L'analyse des situations au travers des rapports sociaux de sexe est également centrale et l'association se reconnaît dans la culture élaborée dans le cadre des études féministes et des études «genre» parce que le fait d'être une femme, comme le fait d'être prostitué-e (homme, femme ou transgenre), est un facteur supplémentaire de discrimination économique, politique, sexuelle. L'intégration des questions d'égalité hommes-femmes est transversale à l'ensemble du travail, de la réflexion et des actions puisque la question des rapports sociaux de sexe est au fondement de la création de la structure (deux salariées ont des diplômes supérieurs en études genre : master professionnel «Genre et politiques sociales» et thèse de doctorat «Genre et migrations»).

Les problématiques liées aux phénomènes migratoires, aux problèmes du racisme, de l'exclusion et des discriminations envers les migrants sont centrales dans notre action et nos analyses des situations. En effet, les migrantes représentent 70 % de notre public. Concrètement, ce principe est garanti par la présence de deux médiatrices culturelles issues des pays de l'est de l'Europe et d'Afrique de l'Ouest, qui permettent l'établissement d'un lien de confiance avec les femmes migrantes prostituées ainsi qu'une meilleure compréhension des enjeux rencontrés par les migrantes pour les autres salarié-e-s et pour les partenaires de l'association.

1.2. Public cible

Plus de 95 % des 500 personnes qui fréquentent l'association sont des femmes, et parmi elles, environ 70 % sont d'origine étrangère.

Parce qu'elles se prostituent, elles sont stigmatisées socialement, et elles sont victimes de diverses formes de violence au quotidien, allant des insultes dans la rue au viol, ou telles que les violences conjugales et le proxénétisme.

D'autre part, le grand public, certains prescripteurs d'opinion (journalistes, chercheur-e-s, militant-e-s associatifs, décideurs des politiques publiques...), personnels médicaux ou administratifs véhiculent parfois des préjugés propres à aggraver leur situation sociale, collective et personnelle.





Le «stigmatisme de pute» (tel que défini par Gail Pheterson) et la violence, d'une part, et d'autre part les préjugés affectent grandement la santé globale des personnes et, de ce fait, leurs capacités d'assurer leur protection face aux risques de VIH ou d'IST. Les limitations ou les tracasseries administratives pour l'accès aux soins sont souvent dissuasives pour ces femmes, qui se retrouvent parfois dans des situations précaires vis-à-vis de leur santé.

Par ailleurs, les possibilités d'insertion sociale et professionnelle des femmes issues de la prostitution sont largement hypothétiques. Et le travail de déconstruction des préjugés de sens commun ne suffit pas à lui seul à améliorer l'employabilité des personnes et leurs possibilités de réorientation de carrière, d'autant plus que ces dernières ont souvent incorporé le stigmatisme qui pèse sur elles.

Un travail de déculpabilisation, de revalorisation de l'image de soi est nécessaire dans l'accompagnement vers l'emploi, car bien souvent, bien que ces femmes aient acquis de réelles capacités de communication et de négociation, celles-ci ne sont pas directement mobilisables car elles ont été déniées par le poids du stigmatisme et sont affectées par la pression des violences vécues ainsi que, pour certaines d'entre elles, par la précarité de leur santé.

1.3. Ressources humaines et moyens matériels

L'équipe salariée paritaire est composée de personnels socio-sanitaires ainsi que de médiatrices culturelles (d'origine étrangère) et d'une animatrice de prévention issues du terrain, ce qui garantit l'adéquation des actions aux réalités et aux besoins des usagers-ères (méthodologie communautaire). L'équipe est composée de personnes de différentes nationalités. Le conseil d'administration comme l'équipe de terrain sont composés en majorité de femmes.

Au cours de l'année 2007, l'association a connu des changements, puisque la moitié de l'équipe a été renouvelée. L'organigramme suivant présente la nouvelle organisation mise en place au cours du second semestre 2007.

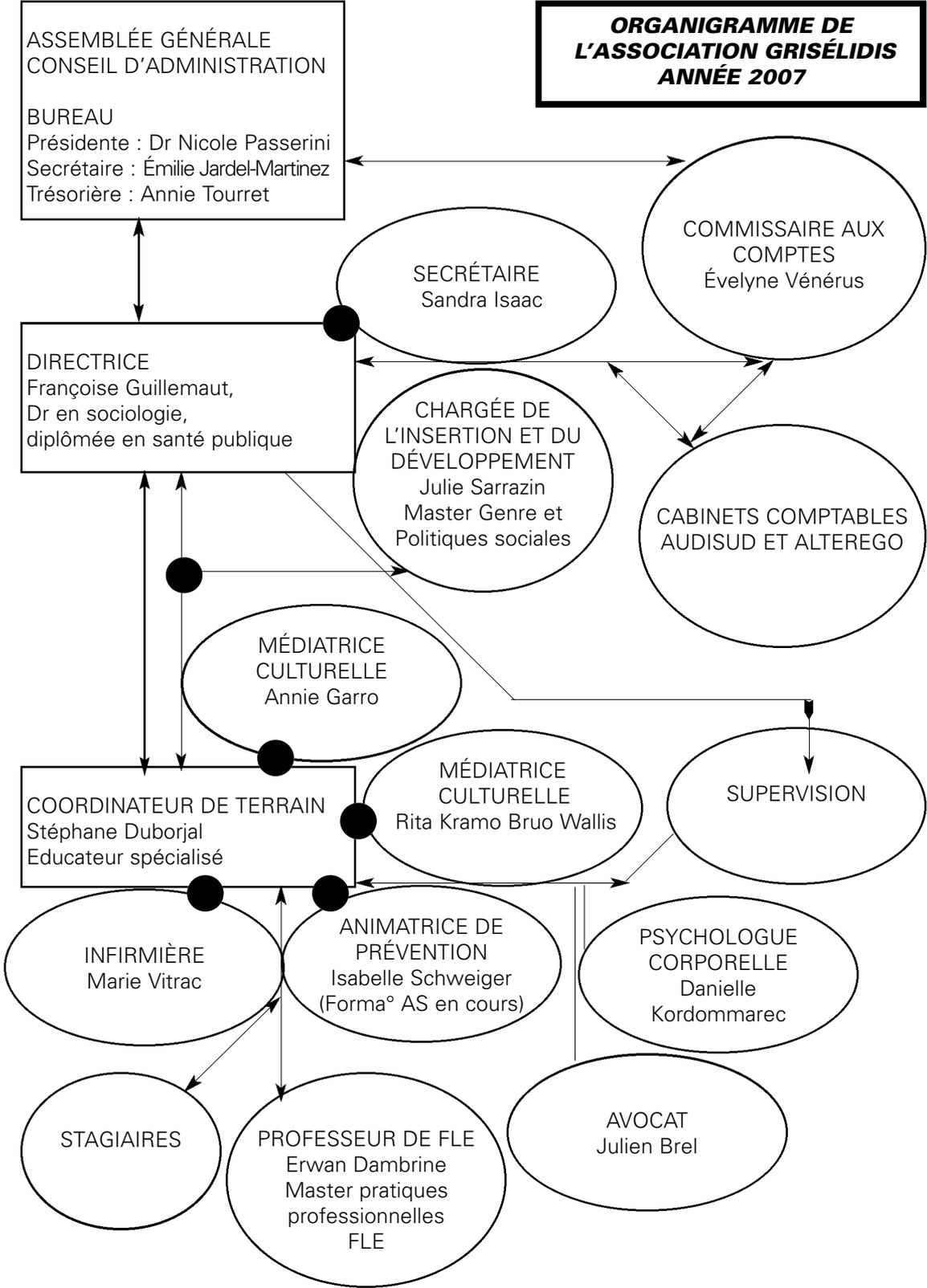


Équipe janvier / juin 2007

Équipe juin / décembre 2007



**ORGANIGRAMME DE
L'ASSOCIATION GRISÉLIDIS
ANNÉE 2007**



	Matin 10h-14h	Après-midi 14h-18h	Soir/Nuit
Lundi	Travail individuel, suivi de dossiers et accompagnements	Accueil collectif, rendez-vous individuels et accompagnements et Permanence de l'avocat Préparation collective du repas	18h-21h : Repas collectif au local
	9h-18h : Secrétariat, accueil téléphonique, gestion, recherche de financements, relations institutionnelles		
Mardi	Réunion de coordination de terrain	Accueil collectif, rendez-vous individuels et accompagnements et Séance de régulation de stress	
	9h-18h : Secrétariat, accueil téléphonique, gestion, recherche de financements, relations institutionnelles		
Mercredi	Travail individuel, suivi de dossiers et accompagnements	Accueil collectif, rendez-vous individuels et accompagnements et Ateliers collectifs	
	9h-18h : Secrétariat, accueil téléphonique, gestion, recherche de financements, relations institutionnelles		
Jeudi	Semaine A : Réunion d'équipe	Accueil collectif, rendez-vous individuels et accompagnements et Tournée de jour Atelier FLE et acquisition des savoirs de base	
	Semaine B : Supervision		
9h-18h : Secrétariat, accueil téléphonique, gestion, recherche de financements, relations institutionnelles			
Vendredi	Travail individuel, suivi de dossiers et accompagnements		21h-5h : Tournée de nuit en bus
	9h-18h : Secrétariat, accueil téléphonique, gestion, recherche de financements, relations institutionnelles		
	Samedi, dimanche, congés = ligne d'urgence téléphonique 24h/24h		
Soit 1 197 heures mensuelles, à quoi s'ajoutent les nombreux dépassements d'horaires sur la base du volontariat, non comptabilisés			

**Matériel :**

- 1 camping-car pour les tournées de nuit, de 21 heures à 5 heures du matin, en binôme (les tournées de jour se font à pied).
- Matériel informatique : gestion, communication, documentation et initiation en accès libre pour les usagers-ères de l'association depuis fin 2007.
- Local de 90 m² pour la gestion et les permanences d'accueil, avec 3 bureaux, 1 cuisine, salle de bain et toilettes.
- Matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins, gel intime) et documents dans de nombreuses langues.

1.4. Activités et emploi du temps type de l'association, accueil de stagiaires

La prise de contact et la mise en confiance avec ce groupe social stigmatisé sont rendues possibles grâce à notre présence sur le terrain lors des tournées de jour et de nuit, à pied et en bus.

Des permanences d'accueil collectif sont assurées par des animatrices de prévention et des médiatrices culturelles issues des communautés majoritairement représentées sur le terrain prostitutionnel toulousain, ainsi que par l'éducateur et l'infirmière. Des entretiens et suivis individualisés, des orientations vers le réseau de partenaires sont proposés aux usagers-ères, ainsi que des accompagnements physiques (si nécessaire) dans les lieux de soins et d'accès aux droits et à l'emploi.

De plus, un certain nombre d'actions spécifiques sont proposées aux usagers-ères de l'association ; ces actions visent à répondre à des besoins mais aussi à garantir la convivialité et l'entraide au sein de la communauté des personnes prostituées. Il s'agit de : permanences juridiques, atelier emploi, FLE (français langue étrangère) et acquisition des savoirs de base, accès informatique, ateliers de discussion (santé, vie sociale et associative), régulation du stress, repas collectif, participation à une émission de radio bimensuelle.

L'activité de l'association a connu une augmentation malgré le fait que l'équipe se soit retrouvée réduite avec la perte de 0,5 ETP (équivalent temps plein) de août à octobre et de 1,5 ETP de octobre à décembre, du fait de difficultés financières. Les moyens humains et matériels de l'association restent insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins de santé des personnes prostituées.

Chaque année l'association accueille des stagiaires en formation. En 2007 nous avons accueilli :

- une stagiaire en DUT de gestion du développement et de l'action humanitaire à l'IUT Michel de Montaigne, université Bordeaux III, département carrières sociales ;
- une stagiaire du master professionnel «Politiques publiques et rapports sociaux de sexe» de l'université de Toulouse le Mirail. Elle a été recrutée en 2008 comme médiatrice d'insertion ;
- une stagiaire en maîtrise d'ethnologie dans le cadre d'une bourse Erasmus à l'université de Toulouse le Mirail.

1.5. Méthode d'intervention

La prise de contact avec les personnes prostituées est une étape importante de notre action ; l'établissement d'une relation de long terme puis de confiance permet l'expression des besoins, et il est nécessaire d'aller au-devant des personnes pour aborder un groupe social stigmatisé et précarisé.

Le contact est établi lors des tournées sur le terrain qui ont lieu le jour et la nuit, une fois par semaine, dans la rue, en centre-ville ou sur le reste de l'agglomération, mais aussi sur les nationales hors agglomération. Selon le cas, ces tournées sont effectuées à pied, en voiture ou en bus de nuit. Le contact avec les usagers est possible 24h/24 grâce à la ligne d'urgence, pour laquelle chaque salarié assure une astreinte tournante hebdomadaire.

Le nombre de tournées est insuffisant pour rencontrer l'ensemble des personnes prostituées chaque semaine ; nous souhaitons donc augmenter notre activité de terrain en 2008.

La présence sur le terrain se décline sous forme de sorties de jour et de nuit, d'accueil convivial collectif, d'entretiens individuels, de suivis et d'accompagnements des personnes dans tous les services médicaux, sociaux et juridiques.





L'accueil et les sorties de nuit sont assurés conjointement par une infirmière, un éducateur et une animatrice de prévention issu-e-s de la communauté ou une médiatrice culturelle. Cette démarche garantit à la fois l'exactitude et la précision de l'information donnée, du suivi médical, renforcées par la proximité avec la communauté. Nos efforts portent, bien sûr, sur la régularité des messages de réduction des risques de contamination par voie sexuelle, du suivi des soins, du soutien aux personnes touchées par le VIH ou les hépatites, du suivi social, et tiennent toujours compte de l'histoire individuelle de chacun-e.

Depuis la mise en place de la loi de sécurité intérieure, dite loi Sarkozy, les persécutions institutionnelles dont sont victimes les personnes prostituées mettent en danger le travail de prévention et nous demandent encore plus de présence auprès des personnes, que ce soit sur le terrain ou au local. En effet, non seulement il nous faut redoubler notre travail de prévention, puisque les personnes se soucient avant tout de leur sécurité et sont rentrées dans une logique de clandestinité et de survie au jour le jour, mais de plus, elles demandent beaucoup plus de temps d'entretien pour les «réassurer», leur expliquer les nouvelles lois, leurs conséquences... Les personnes prostituées sont toujours dans l'inquiétude et la crainte quant à leur avenir, bien que leur situation présente soit déjà très insécurisante. Bien que l'ensemble de la communauté soit touché par la répression et la nouvelle précarisation, les femmes migrantes et les plus âgées sont particulièrement concernées.

Nous répondons à de nombreuses sollicitations à travers la ligne d'urgence qui fonctionne 24h/24, et ceci souvent pour des cas d'agression, qui n'ont cessé d'augmenter puisque la police n'intervient plus depuis la loi de sécurité intérieure, sous prétexte que les personnes prostituées exercent désormais une activité illégale. En dehors des violences institutionnelles, la loi a des conséquences sur la vie des personnes qui fréquentent les trottoirs la nuit et le jour, favorisant les violences de la part de (faux) clients ou de riverains qui commettent à l'encontre des personnes prostituées des actes qu'ils jugent légitimes depuis que la loi les a rendues délinquantes. La peur actuelle des agressions et le fait que celles-ci restent de plus en plus impunies sont un facteur de vulnérabilité pour les personnes prostituées, sans oublier que la violence est toujours un facteur de risque aggravant pour les femmes vis-à-vis du VIH.

L'impunité contribue à placer les personnes dans une situation de non-droit : de fait elles ne sont plus protégées ; ceci renforce leur exclusion et leur mise au ban de la société. Ainsi, nous devons dorénavant faire face à une importante

résignation de la part des personnes prostituées, qui n'aperçoivent plus de perspectives d'amélioration de leur situation. Pourtant, pour mener à bien nos actions de prévention, nous devons plus que jamais combattre cette résignation. Nous continuons d'alerter les responsables de santé, les politiques et la société civile sur les conséquences sanitaires et sociales désastreuses de la pénalisation de la prostitution. Car là où les droits sont bafoués, où sévissent l'injustice et la violence, émerge une vulnérabilité accrue face au VIH/sida et aux autres IST, ainsi que les risques de décompensation psychique, de consommation de produits psychotropes (de l'alcool aux drogues dites dures) utilisés pour lutter contre des états anxio-dépressifs réactionnels. Et nous continuons de rappeler le lien implacable entre exclusion sociale et conduites à risque. De rappeler enfin que toute approche répressive met en danger les actions de santé comme la nôtre et que ces considérations s'étendent d'ailleurs bien au-delà de la communauté des personnes prostituées.

Encourager une bonne qualité de vie sociale pour chacun-e est l'un des objectifs de Griselidis, et constitue aussi un moyen de lutter contre les exclusions, à la fois en permettant à chacun-e de se sentir bien dans sa vie sociale, et de tisser des liens avec «l'extérieur», que ce soit par la formation, l'accès à la culture, ou par l'emploi, pour ceux ou celles qui le souhaitent. Plus modestement, la réaffiliation sociale pour les plus isolé-e-s est un premier pas vers une plus grande confiance en soi. La convivialité au quotidien est aussi un moyen pour entretenir des liens et rester ouvert sur le monde.

Cette philosophie qui vise à améliorer la vie sociale est distillée dans la vie quotidienne de l'association, et se joue à différents niveaux en fonction des individus et des histoires personnelles, sans contrat ni contrainte, mais sur la base de l'envie et de la volonté personnelle, pour soi-même. Il peut s'agir de prendre un café ensemble au local de l'association, d'entamer des démarches administratives, ou de s'inscrire au cours de français, participer à un atelier ou à une séance de régulation du stress ou encore de consulter un avocat, rechercher un logement stable, une formation ou un emploi.

Tous et toutes ont la possibilité d'avoir une réponse ou un soutien dans ces moments-là de leur parcours.

Le soutien est apporté pour toutes les démarches administratives qui posent problème à un moment ou à un autre, comme par exemple avoir une couverture sociale, refaire des papiers d'identité perdus depuis longtemps, préparer une





grossesse, s'engager dans une démarche de santé, préparer sa retraite, préparer une réorientation de carrière ou un projet professionnel.

Pour certaines personnes, il faut tout reprendre «à la base», pour d'autres il s'agira d'un simple «coup de pouce». L'équipe de Grisélidis soutient également les jeunes mères, à leur demande, pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans l'éducation de leurs enfants, que ce soit du point de vue de la santé, de la scolarité ou des loisirs.

Cette démarche implique l'établissement d'une relation empathique et sans contrat ni obligation pour les personnes. Leur «fidélité» à l'association vient de leur intérêt personnel à l'amélioration de leurs conditions de vie et implique un investissement personnel. Le soutien proposé répond à un engagement réciproque.

L'accompagnement dans les parcours vers l'insertion procède par étapes incluant la santé, la situation administrative et l'élaboration d'un projet personnalisé.

Le contexte dans lequel vit aujourd'hui le public visé est fait d'exclusions, de violences et de discriminations donnant lieu à une précarisation économique et humaine excessive, source de désespoir individuel et de non-existence citoyenne.

Face à cela, l'équipe de professionnel-le-s de l'association favorise l'empowerment des personnes : l'empowerment consiste à développer de manière individuelle et collective le pouvoir de chacun-e de reprendre sa vie en main, de développer et élaborer, d'abord avec l'aide des autres et ensuite seul, un projet qui lui est propre, dans la conscience d'un devenir citoyen.

1.6. Données chiffrées globales

En 2007, la file active de Grisélidis reste stable par rapport aux années précédentes et s'élève à environ 500 personnes. Parmi elles, on compte une dizaine d'hommes et une quinzaine de personnes transgenres.

Nous l'avons souligné, la proportion de femmes étrangères est supérieure à 70 %. Parmi celles-ci, on dénombre environ la moitié de femmes originaires d'Afrique de l'Ouest (Ghana, Nigeria, Cameroun pour l'essentiel, parfois Côte d'Ivoire) et 40 % de femmes (de même que quelques hommes ou transgenres) originaire des pays de l'est de l'Europe (en particulier Bulgarie et Roumanie). Les autres femmes viennent de différents pays d'Amérique latine, quelques femmes ou hommes viennent du Maghreb.

FRÉQUENTATION / PASSAGES 2007

MOIS	JOUR	NUIT	LOCAL
01	19	157	182
02	30	176	186
03	47	260	186
04	26	104	111
05	16	174	170
06	32	212	139
07	23	96	85
08	15	93	47
09	11	180	168
10	22	211	199
11	12	157	226
12	39	155	190

FRÉQUENTATION TOTALE 2007

JOUR - 292
NUIT - 1 975
LOCAL - 1 889



Lors des tournées de nuit en bus (40 en 2007), entre 21 heures et 5 heures du matin, l'équipe rencontre entre 50 et 70 personnes, et la journée (23 tournées en 2007) ce sont entre 15 et 20 personnes qui sont rencontrées sur une période de deux à trois heures, soit près de 2 300 contacts de rue annuels.

Soulignons que la fréquentation du local a augmenté en fin d'année du fait d'une réorganisation des plages horaires d'ouverture : deux demi-journées d'ouverture ont été ajoutées dans la semaine. Chaque après-midi, ce sont entre 10 et 20 personnes qui passent la porte du local, soit pour venir chercher des préservatifs, soit pour prendre une boisson et rencontrer des collègues ou des membres de l'équipe, soit parce qu'elles ont une demande précise. Le nombre de suivis individuels (entretien, orientation...) oscille entre 3 et 6 selon les après-midi, et lorsque des permanences spécifiques ont lieu (emploi, avocat, régulation du stress) le nombre d'entretiens augmente (4 à 6 entretiens supplémentaires). En parallèle se font les accompagnements vers différents services. Ces accompagnements peuvent s'effectuer le matin ou l'après-midi ; on en comptabilise environ 200 sur l'année 2007, tous secteurs confondus ; un accompagnement peut durer jusqu'à deux ou trois heures selon les cas.

En 2007, l'association chiffrait le nombre de personnes à bénéficier d'un suivi approfondi, avec ou sans accompagnements physiques, à 202. Certaines personnes peuvent avoir été suivies dans plusieurs domaines (social, santé, droit). Les suivis en santé se chiffraient à 75 personnes pour 150 accompagnements ; en droits sociaux (logement, domiciliation, allocations...) à 55 personnes ; en suivis juridiques (justice et police) à 63 personnes, mais le nombre de situations liées à des violences (sans qu'un suivi juridique s'ensuive nécessairement) s'élève à 80 personnes ; et pour l'emploi, la formation et l'apprentissage de la langue française, 45 personnes ont été concernées.

La mise en place des cours de FLE/acquisition des savoirs de base a réuni 23 personnes pour les cinq premières séances de la fin de l'année 2007.

2. Santé

Introduction

En France, on estime que 60 % à 80 % des personnes prostituées de rue sont des femmes étrangères non européennes. Elles viennent de différents pays de l'est de l'Europe (y compris des nouveaux pays entrants), d'Afrique (francophone et anglophone), d'Amérique latine, et dans une moindre mesure du Maghreb ou de Chine. Selon les villes, la proportion des différentes «communautés» d'origine varie, sachant que le plus souvent les femmes originaires de l'est de l'Europe et d'Afrique subsaharienne sont les plus nombreuses, ou tout du moins les plus visibles. Alors que, à partir de 1996-1998, les premiers flux de personnes prostituées étrangères provenaient des pays de l'est de l'Europe, on assiste depuis 2000-2001 à une tendance migratoire plus importante de la part des femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

L'enquête sur les populations africaines en Ile-de-France¹ rappelle que le flux des nouvelles migrations est majoritairement composé de personnes d'origine africaine (région où les taux de prévalence du VIH sont particulièrement élevés) ; elle montre en outre que la situation de précarité économique et administrative est l'un des facteurs aggravants de la vulnérabilité au VIH ainsi que du retard dans l'accès aux soins et qu'elle entraîne un moindre recours aux dispositifs de prévention ou de soins existants.

L'évaluation du programme national de lutte contre le VIH-sida en direction des migrants vivant en France, menée par Ernst et Young au début de l'année 2007, cible des sous-groupes prioritaires, particulièrement vulnérables au VIH, dont les femmes et les personnes en situation économique précaire. L'évaluation recommande de donner la priorité à l'approche de ces sous-groupes, en les conjuguant aux populations spécifiques citées par le programme : personnes prostituées, personnes originaires d'Afrique subsaharienne... dont certaines – particulièrement les personnes prostituées – n'ont été que marginalement ciblées par les actions menées dans le cadre du PNLS (Plan national de lutte contre le sida). La mise en place d'actions en direction des femmes migrantes prostituées, particulièrement vulnérables, reste donc à privilégier selon l'évaluation d'Ernst & Young pour la DGS (Direction générale de la santé).



1 INPES, 2007, *Les Populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*, Éd. de l'INPES, Paris, 183 p.



Depuis 2003, la loi de sécurité intérieure, dite loi Sarkozy, a particulièrement modifié les conditions d'exercice de la prostitution. Par le biais de l'article pénalisant le racolage passif (2 mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende), les personnes prostituées sont devenues des délinquantes.

La clandestinité dans laquelle vivent désormais les personnes prostituées, repoussées toujours plus loin des lieux de passage, a fait d'elles des cibles faciles, plus vulnérables aux violences. Depuis quelques années, les agressions sur les personnes ont nettement augmenté. La peur d'être arrêtée peut parfois mettre en péril la négociation d'une passe, moment qui permet aux femmes d'identifier un client ivre ou agressif. Un sentiment d'impunité toujours plus grand semble partagé par les agresseurs. Il demeure encore difficile pour les personnes de se décider à porter plainte en cas d'agression, et certaines femmes migrantes croient souvent qu'une situation administrative précaire ne leur permet pas de déposer plainte.

Les lois répressives ont un impact considérable sur la santé des personnes prostituées. Les difficultés économiques qui vont en s'aggravant ainsi que la peur des agressions et des arrestations ne laissent que peu d'espace à la prise en compte de sa santé. Les personnes entrent dans une logique de survie au jour le jour, au risque d'accorder moins d'importance à la prévention. Les demandes de relations non protégées sont en hausse, et certains clients n'hésitent pas à faire jouer la concurrence pour obtenir des services sexuels sans préservatif. On peut raisonnablement penser que les lois répressives limitent la marge de manœuvre des personnes dans la relation avec le client – il semble difficile de négocier d'égal à égal lorsqu'on est perçue comme une délinquante – et que certaines personnes sont plus en difficulté pour imposer le port du préservatif. La clandestinité, l'incorporation du double stigmat [de «pute» et d'«étrangère»], la précarité de la situation économique et administrative sont les ferments de l'exclusion sociale et d'éventuelles conduites à risques ; la vulnérabilité au VIH s'en trouve alors accrue.

Ce chapitre abordera tout d'abord les questions de réduction des risques en matière d'IST, de VIH et d'hépatites. Nous exposerons ensuite notre méthode d'accompagnement dans le domaine de la santé facilitant l'accès à la santé globale, et nous évoquerons nos craintes quant aux difficultés à prévoir vis-à-vis de la couverture sociale. Enfin nous décrirons notre partenariat en matière de santé.

Nous exposerons pour terminer ce chapitre sur la santé les actions spécifiques menées par l'association pour l'amélioration de la santé globale : les repas conviviaux, la régulation du stress et les ateliers santé.

Rappelons que les 500 personnes de notre file active représentent aussi 2 300 contacts de rue et près de 2 000 visites à l'association. Ci-dessous un tableau résume l'activité chiffrée réalisée par l'équipe de terrain. Soulignons que les orientations vers différents services ne sont pas comptabilisées ; elles sont permanentes.

	prévu	réalisé 2007
Nombre de personnes bénéficiaires	400	500
Personnes nouvelles		160
Nombre de documents diffusés	600 brochures	environ 600
Nombre de tournées jour et nuit	61	63 2300 contacts de rue
Nombre de permanences au local	90	119 1889 visites
Accompagnements dépistage	30	40
préservatifs distribués	100 000	129 000
suivis de santé individuels	65	75
Ouvertures de droits	40	45
Accompagnements santé	35	150
Synthèse chiffrée des actions relatives à la santé		



2.1. Réduction des risques et accès aux soins

L'ensemble des 500 personnes de la file active est concerné par les actions de réduction des risques, et à travers ces personnes, il est clair que les clients sont eux aussi concernés par les messages de prévention, et de ce fait l'entourage des clients (partenaires, épouses, compagnes) est également impliqué dans la prévention. Ceci nous conforte dans l'idée qu'en aucun cas les actions de prévention des IST, VIH et hépatites ne doivent être mises en danger. Les personnes prostituées sont des actrices de prévention à part entière, et c'est avec elles que se construit la vigilance sanitaire.

129 000 préservatifs accompagnés de gel intime ont été distribués pendant l'année 2007, ce qui tend à démontrer que pour le moment, la prostitution de rue n'a pas disparu. En cinq ans, le ratio gel/préservatifs a augmenté de plus de 50 %, démontrant l'efficacité du travail effectué par l'équipe. Rappelons l'importance de l'utilisation du gel pour éviter les ruptures de préservatif et pour contrer les pratiques d'assèchement vaginal.

Environ 1 500 préservatifs féminins et quelques dizaines de kits d'injection et de sniff propre «roule ta paille» ont aussi été distribués.

Par ailleurs, le nombre des visites au local «pour information» est passé de 363 en 2006 à 566 en 2007, car au dernier trimestre de l'année l'amplitude d'ouverture du local a été élargie, passant de 3 demi-journées à 4 demi-journées hebdomadaires. Par ailleurs, le local n'est en principe pas ouvert le matin, mais les personnes peuvent passer chercher du matériel de prévention.

Une étude de 2005 montre que le travail de l'association depuis 2000 a permis d'atteindre un taux de dépistage de 80 % chez nos usagères contre 8 % en population générale², ce qui montre notre capacité de réaction ainsi que la capacité des prostituées à être des actrices de prévention. De bons niveaux de suivi gynécologique (73 %) sont également significatifs dans la file active des personnes connues par les associations développant une approche communautaire. Nous restons cependant très vigilantes compte tenu de la dégradation des conditions de vie de notre public. De plus, la proportion de personnes originaires de régions à forte prévalence augmentant, il importe de ne pas relâcher notre vigilance.

² Étude 2003, Cabiria et Grisélidis, in GUILLEMAUT F., 2005, *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe*, Lyon, Le Dragon Lune, p. 108.

C'est dans les moments de regroupement (bus, local) que nous diffusons les messages largement, tout en prenant le temps d'individualiser l'information. Il est primordial de laisser une personne parler de ses pratiques, de ses difficultés ou de ses incertitudes, et/ou de ses prises de risques, et de tenter avec elle d'adapter les modalités de sa protection et de celle du partenaire sexuel. Parler des risques que l'on prend est le seul moyen pour réfléchir aux possibilités de les réduire, c'est pourquoi l'écoute a une place primordiale dans la prévention. La prévention n'est pas une injonction isolée, c'est un processus lié à toute l'histoire qui s'est construite avec cette personne au fil des rencontres sur le terrain. Ceci bien sûr nécessite du temps... Le relaps (baisse de la vigilance) à l'égard du VIH et sa banalisation ces dernières années se ressentent sur le terrain, et nous demandent de nous adapter sans cesse et de multiplier les actions de sensibilisation.

Dans un premier temps et dans le but d'obtenir des résultats concrets dans la réduction des risques, il nous faut tout d'abord entrer en contact avec les personnes sur le terrain et réussir à établir une relation de confiance avec celles-ci (tout particulièrement avec les nouvelles venues qui ne nous connaissent pas encore), relation nécessaire afin d'aboutir à nos objectifs. Ces liens de confiance renouvelés et/ou créés avec les personnes prostituées composent donc un premier résultat concret, essentiel à la poursuite de notre action. Étant donné que les personnes rencontrées sont majoritairement des femmes migrantes, les tournées sur le terrain se font aussi avec des médiatrices culturelles, ghanéenne et bulgare.

On constate que la prise en charge de la prévention VIH en direction des migrantes implique de prendre en compte certaines particularités. Il convient de considérer leurs représentations culturelles concernant le VIH : en Afrique principalement demeure la crainte d'une mort rapide et d'une stigmatisation sociale très forte des personnes touchées. Les migrantes, à leur arrivée, ont peu de connaissances sur les dispositifs de dépistage ou de soins existant en France. Certaines pratiques culturelles, comme l'assèchement vaginal, sont aussi à prendre en compte dans les actions de prévention menées en direction des femmes migrantes.

Ensuite, nous entreprenons avec ces femmes des entretiens d'information concernant les IST, le VIH, les hépatites et la santé sexuelle. Pour ce faire, nous discutons dans leur langue d'origine, en nous aidant de plaquettes de prévention que nous traduisons dans les diverses langues parlées. De nombreux passages





dans la rue, des entretiens lors des tournées ou au local, des ateliers santé ou des «focus-groupes» ont lieu avec ces femmes (voir en fin de chapitre II). Nous travaillons sur les représentations qu'elles ont de la maladie, en particulier du VIH, nous leur proposons d'approfondir les façons possibles de se protéger des IST et autres maladies, les facteurs qui aggravent les risques de transmission des IST, et nous favorisons l'instauration d'une dynamique productive de stratégies de réduction des risques. Les résultats concrets observés sont un bon niveau d'information des personnes et la mobilisation de leurs propres ressources et compétences : elles se protègent dans leurs diverses pratiques de façon adéquate.

Afin de concourir à la baisse des différentes prévalences, nous faisons aussi de l'éducation à la sexualité, et travaillons sur l'estime et le fait de prendre soin de soi. En ce qui concerne plus particulièrement les personnes séropositives, nous travaillons pour une prise en charge précoce, la bonne observance du traitement, afin d'éviter les ruptures de soins par exemple, ce qui est lié à la compréhension du projet thérapeutique. Nous suscitons également une prise de conscience des personnes à propos des surcontaminations et des co-infections. Nous avons comme priorité pour les personnes touchées une meilleure qualité de vie et un renforcement de leurs liens sociaux.

Moins les personnes prostituées se sentent en sécurité, plus elles sont exposées aux prises de risques dans leur travail. L'exercice de la prostitution dans le secret et le sentiment de rejet par la société renforcent la vulnérabilité. Là encore, la prévention doit s'adapter à chaque situation individuelle ; notre objectif est de doter ces personnes de tous les outils (pratiques ou psychologiques) dont nous disposons pour réduire les risques afin qu'elles soient le plus aptes possible à négocier avec les clients. La prévention est étroitement corrélée avec les droits sociaux, la sécurité physique et psychique, l'estime de soi chez chaque personne et la lutte contre la stigmatisation des prostitué-e-s. Tout le travail sur la citoyenneté et les droits humains est aussi un travail de prévention sanitaire.

Les personnes se soucient aujourd'hui avant tout de leur sécurité et sont entrées dans une logique de clandestinité et de survie au jour le jour, et ceci plus particulièrement encore pour les femmes migrantes. Outre le fait d'accréditer le stigmaté et d'exposer plus avant les personnes prostituées aux insultes et aux agressions, les options des politiques publiques les ont plongées dans une dangereuse précarité. Dangereuse parce que double, le manque à gagner étant étroitement

lié au moindre souci de soi. Mêler la clandestinité, la peur constante d'être arrêté, la raréfaction des clients et l'opprobre généralisé, c'est conjuguer la santé à l'imparfait du préventif.

Dans ce contexte, il va sans dire que le caractère de nos interventions auprès d'elles s'est sensiblement modifié. La santé, leur santé, devenant le moindre de leur souci, il était non seulement impossible d'ignorer leur principale préoccupation, mais également de plus en plus difficile de recueillir leurs doutes, leurs questionnements et leurs remarques concernant le domaine sanitaire, domaine que la loi par ses effets mêmes rendait subalterne.

Une des incidences majeures de cet état de fait est qu'il nous demande toujours plus de présence sur le terrain, plus d'interventions sur la prévention et la santé, plus d'accompagnements des personnes vers les services médicaux, sociaux ou juridiques. On pourrait dire que ce que nous faisons quelques années auparavant en une heure nous en demande au moins le double aujourd'hui. Nous pouvons prendre comme exemple la rencontre avec les nouvelles personnes présentes dans la rue, qui nous demande bien plus de temps aujourd'hui, car celles-ci sont, plus que jamais, extrêmement méfiantes à l'égard de tous et doivent s'assurer, avant de nous faire un minimum confiance, que nous ne pouvons être confondus avec une quelconque force répressive ou abusive. Et pourtant, sans cette confiance, nous ne pouvons effectuer un vrai travail de prévention. D'autre part, en dehors du quartier Matabiau où a été concentrée une importante partie des personnes prostituées, il nous faut toujours chercher les nouvelles places où les personnes se trouvent en essayant d'être le plus discrètes possible, afin de ne pas leur faire courir le risque d'être interpellées par la police. Mais se cacher de la police dans la rue a aussi comme effet de se cacher du bus de prévention, d'où des tournées de repérage sur le terrain que nous faisons en plus des tournées de nuit ou de jour, afin de n'oublier personne travaillant dans la rue et de ne pas perdre trop de temps à chercher les personnes lors de nos tournées habituelles. Autre exemple, qui concerne une quarantaine de femmes suivies par l'association depuis environ cinq ans et qui ont décidé d'aller travailler dans d'autres villes que Toulouse, toujours afin d'échapper à la répression, aux interpellations et aux procès. Ces femmes continuent d'être suivies par Griselidis, que ce soit sur le plan médical ou juridique, ce qui nous occasionne une surcharge de travail (suivis à distance, rendez-vous manqués...).

La ligne d'urgence pour les personnes prostituées, sur laquelle le nombre d'appels avait doublé suite à l'application de la loi (agressions, violences, gardes





à vue répétées, demandes de réassurance et de soutien, plaintes psychosomatiques), continue d'être utilisée bien plus fréquemment qu'avant la loi. Nous rappelons que cette ligne, partagée par l'équipe de terrain, est cruciale pour les personnes : nous avons pu ainsi permettre à plusieurs personnes de bénéficier de traitements d'urgence dans les premières heures suivant un accident d'exposition, ce qui est un gage de réussite du traitement. Les informations sur les prophylaxies en cas de rupture de préservatif ou de prise de risques doivent être répétées régulièrement parce qu'elles relèvent de procédures complexes. La distribution des brochures d'information et la disponibilité pour expliquer les procédures sont toujours des priorités. Pour les jeunes femmes, les informations concernant la pilule du lendemain en cas d'exposition sont aussi largement diffusées.

Chaque préservatif mis à un client par une prostituée représente un geste de santé publique de portée générale. L'éducation et la prévention sont leur combat quotidien à elles aussi, et ce d'autant plus depuis la loi de sécurité intérieure : les clients sont encore plus nombreux à demander des rapports sans préservatif, n'hésitant pas quelquefois à faire pression sur les femmes.

Il apparaît bien en conséquence qu'une politique contribuant à faire de la prostitution une activité clandestine ne peut qu'avoir des conséquences extrêmement néfastes sur la santé générale des personnes prostituées, des clients et de leurs partenaires. Si les personnes prostituées ont toujours été et sont toujours de véritables agents de prévention, il se peut que demain, après un temps de clandestinisation et de ravalement au rang de hors-la-loi, elles n'aient plus la possibilité d'exercer leur activité dans des conditions sanitaires correctes. Outre la prévention au quotidien, l'information sur les modes de transmission et de protection, l'équipe de Grisélidis favorise l'accès au dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis. Les informations sur la vaccination contre l'hépatite B sont diffusées largement et les personnes qui le désirent sont accompagnées dans les procédures médicales.

De plus, début 2008, nous avons constaté et suivi un cas de tuberculose qui nous a alarmés. Une personne ne pratiquant plus la prostitution depuis plusieurs mois a repris contact avec une médiatrice culturelle de l'association en sollicitant un accompagnement à la PASS. Nous avons effectué la prise en charge de la personne et le suivi de son traitement. Nous avons ensuite organisé avec le dispositif départemental de lutte antituberculeuse de l'hôpital Ducuing le

dépistage de l'entourage proche de cette personne, et avons également organisé des séances d'information sur ce thème, par petits groupes, soit dans le bus la nuit, soit au local de l'association.

Cet évènement montre la nécessité de notre rôle d'intermédiaire entre les personnes prostituées et les services de soins.

Nous avons aussi continué notre action avec les femmes migrantes déjà présentes, mais nous en rencontrons et en recevons toujours de nouvelles, avec qui à chaque fois nous reprenons la prévention, l'information et l'intégration. L'ambiance générale concernant la prostitution ou la migration nous a aussi demandé de travailler plus encore contre l'exclusion et les discriminations, lors par exemple de nos accompagnements dans les divers services médicaux ou sociaux. D'autre part, des actions spécifiques leur sont régulièrement consacrées (ateliers collectifs, focus-groupes...).

2.2. Accompagnements

Dans le champ de l'exclusion, le processus d'accès aux soins et l'accompagnement ne se limitent pas à l'acte mais incluent le cheminement individuel avec la personne.

Le temps est donc un facteur déterminant, où la relation de confiance reste le fondement de tout travail d'accès aux droits. La continuité, la porte ouverte sur l'accès aux droits demande une disponibilité en temps et représente un véritable travail de fourni avec les personnes fréquentant l'association. La question de l'accès aux soins est souvent occultée par d'autres urgences, notamment pour les personnes prostituées par la «sécurité» immédiate et la peur des contrôles policiers.

Dans notre travail, nous devons toujours avoir une conscience aiguë de la réalité quotidienne des personnes prostituées à différents niveaux. Travailler dans la rue signifie pour elles être exposées à toutes sortes de violence, et les stigmates qui entourent cette activité entraînent systématiquement leur exclusion et limitent leur accès à de nombreux services sociaux.

L'entrée en relation est donc primordiale. Commence alors un long parcours qui demande une grande souplesse dans la durée et dans la forme que va prendre l'accompagnement ; le processus est souvent très long entre la première fois que nous rencontrons une personne dans la rue, sa venue au local, la mise en





confiance, et l'engagement dans une démarche, qu'elle soit administrative, médicale, professionnelle ou autre.

Depuis huit ans, Grisélidis agit sur le terrain, dans la rue, pour un meilleur accès des personnes prostituées à la santé et aux droits sociaux. Les personnes que nous rencontrons sont dans des états de santé fragiles, du fait de leurs conditions de vie et de leurs difficultés d'accès aux soins.

Chaque situation individuelle est envisagée dans ses dimensions sociales, psychologiques et médicales. Ceci implique la possibilité pour les personnes d'avoir régulièrement des entretiens avec les intervenant-e-s qui suivent leur dossier à Grisélidis, afin de régler les problèmes d'affiliation sociale, de régularisation administrative, éventuellement de logement ou d'aide matérielle, conditions premières d'accès aux soins. Les consultations médicales sont préparées, dédramatisées ; les personnes sont accompagnées à la demande ; les prescriptions, les résultats, et les traitements sont expliqués.

Les accompagnements médico-sociaux sont nombreux (150 en 2007) et nécessitent une prise en charge quotidienne et à long terme. Ils prennent des formes différentes, de l'aide et de l'accompagnement aux démarches administratives, en passant par l'aide à la vie quotidienne.

L'accompagnement s'inscrit dans un processus plus ou moins long selon les cas, dans lequel il s'agit d'abord de convaincre la personne de prendre un rendez-vous médical, puis de l'accompagner à la consultation, parfois de la convaincre de la nécessité d'une hospitalisation, de l'accompagner à l'hôpital, de favoriser la prise de contact avec l'équipe soignante, et d'assurer une présence tout au long du séjour, au moment de la sortie et après celle-ci, etc.

Les accompagnements permettent de donner aux personnes l'assurance suffisante pour entamer une démarche, sociale ou médicale, car elles redoutent en effet souvent de se confronter à une institution ou à un organisme qu'elles connaissent mal et craignent même parfois (tels que les hôpitaux ou les services de police). D'autre part, les accompagnements sont souvent synonymes de bon accueil et offrent une prise en compte totale des intérêts de la personne. La présence d'un-e animateur-trice de prévention qui connaît en profondeur et depuis longtemps les caractéristiques et parcours de chaque personne est un facteur d'adéquation entre les solutions proposées et les besoins de chacun-e. C'est bien une fonction de médiation qui est réalisée entre la personne et les représentant-e-s d'une institution qui ne sont pas toujours prêt-e-s ou disposé-e s à identifier ou à prendre en compte ses demandes et ses besoins.

Le stigmate associé à la prostitution et aux personnes qui l'exercent peut induire des conduites de rejet ou d'évitement. Toutes les équipes hospitalières, pour prendre un exemple, ne sont pas préparées à prendre en charge dans le cadre d'une hospitalisation des personnes toxicomanes, sans domicile fixe, ou encore transsexuelles ; des risques de mauvaise compréhension des attentes ou attitudes de la personne, de rejet ou de confusion existent et nécessitent le soutien et la médiation des intervenantes de Grisélidis. Celles-ci soulignent que, dans certaines démarches de soin et de prise en charge, leur travail de mise en confiance ne concerne pas uniquement la personne soignée mais également toute l'équipe médicale qui s'occupe d'elle et auprès de laquelle il est nécessaire, dans une démarche coopérative, de faire un travail d'information. Parfois, il faut véritablement convaincre certains services qu'ils ont les capacités de prendre en charge des cas qui leur paraissent trop lourds.

Les conditions de réalisation des accompagnements sont étroitement liées aux conditions de vie des personnes suivies. Il est ainsi à noter que le fait de loger à l'hôtel, ce qui est le cas d'une part importante de la population suivie par Grisélidis et qui est un des principaux marqueurs de précarité, présente de multiples contraintes.

La pratique des accompagnements, si elle semble bien être une des conditions d'un véritable accès aux soins dans de nombreux cas, est pour l'équipe une pratique extrêmement lourde et coûteuse en temps et en énergie. Les absences des personnes suivies aux rendez-vous ne sont pas rares ; toutefois, elles ne sont jamais perçues comme un signe d'échec de la démarche, mais comme une invitation à reprendre cette démarche avec une patience accrue. Pour assurer ce suivi, le nombre de professionnels médicaux et sociaux est insuffisant.

La volonté de convivialité et l'esprit communautaire exprimés par Grisélidis ont également conduit à favoriser les accompagnements collectifs, permettant ainsi que d'autres personnes puissent se familiariser avec une institution, et éventuellement exprimer leurs propres besoins ou interrogations.

– Accompagnement des personnes transsexuelles

Soutien et conseils aux personnes transsexuelles dans leurs démarches de transformation physique et d'état civil sont une action que Grisélidis mène depuis sa création, puisqu'il n'existe pas de structure d'accueil et de soutien aux





personnes transsexuelles à Toulouse. Toutes les personnes reçues ne sont pas nécessairement prostituées. Toutes, en revanche, sont dans des problématiques de reconnaissance versus exclusion, qui les rendent particulièrement vulnérables aux risques de transmission sexuelle, à la consommation de produits psychotropes, ou encore dans la gestion des traitements hormonaux, en particulier s'ils sont associés à un autre traitement médicamenteux.

Par ailleurs, les démarches médicales (du suivi hormonal à l'opération, de réparation ou de réassignation sexuelle) et juridiques (état civil, situation administrative) sont longues et extrêmement éprouvantes. Un soutien rapproché est nécessaire.

La décision de transformation de sexe chez les personnes transsexuelles qui s'adressent à Grisélidis est toujours intime et irrévocable. Leurs interrogations se portent sur les conséquences de la transformation dans le mode de vie, conséquences pratiques, mais aussi conséquences dans leur rapport aux autres. Il est important d'accompagner ces personnes dans leur changement.

2.3. Santé globale et couverture sociale

D'après notre étude réalisée en 2005³, les résultats obtenus en matière de couverture sociale renforcent notre conviction de la pertinence des actions de santé communautaire. Ce travail de recherche montre par exemple que des actions de base avec les communautés concernées améliorent le niveau de couverture sociale des personnes prostituées : 86 % (n = 145) des personnes sont assurées sociales dans la population suivie dans le cadre des actions de santé communautaire en 2004-2005 à Toulouse et Lyon, contre 40 % lors de la mise en place des programmes en 1995 (n = 355) – enquête nationale sur cinq villes – et contre 21 % (n = 206) à Paris chez les prostituées en 1993.

Concernant l'accès aux soins et la couverture médicale, les femmes migrantes rencontrent des difficultés particulières. Les dernières lois modifiant le droit d'asile ont restreint les possibilités de bénéficier de la CMU car les procédures prioritaires ne permettent pas d'obtenir des récépissés des préfectures. Les

3 GUILLEMAUT F., 2005, *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe : stratégies et empowerment*, Lyon, Le Dragon Lune (ISBN 2-915927-07-3), et «Femmes migrantes, prostitution et prévention du VIH», colloque national «Prévention du VIH/sida chez les migrants» organisé par l'INPES, l'OMI et Sida info service, 26-27 mai 2005, Marseille. disponible à : <http://www.sida-info-service.org/evenements/colloquemigrants/colloquemigrants.php4>

femmes migrantes sont ainsi de plus en plus nombreuses à ne pouvoir bénéficier que de l'AME, ce qui n'est pas sans conséquence sur leurs possibilités de se soigner. Il convient par ailleurs de constater que l'accès à l'AME a aussi été restreint, ce qui laisse de nombreuses femmes sans couverture médicale. Depuis peu, les femmes migrantes issues de Bulgarie et de Roumanie ne peuvent plus bénéficier ni de la CMU ni de l'AME et doivent prouver et faire valoir leur couverture médicale dans le pays d'origine pour pouvoir bénéficier d'une couverture médicale en France.

Il est malaisé pour les femmes migrantes de saisir la complexité des démarches qu'elles doivent effectuer pour obtenir une CMU ou une AME. L'accès à une couverture sociale nécessite certains préalables qui ne vont pas de soi pour toutes et qui mobilisent énormément l'association : une domiciliation, le suivi du dossier de CMU, le suivi des demandes d'asile, puis des recours.

Nous avons constaté que, du fait de la pression interne exercée par l'organisme de sécurité sociale sur ses agents, il arrive souvent que ces dernier-ère-s refusent des ouvertures de droits sous des prétextes aléatoires (par exemple : dossier considéré comme incomplet faute de justificatif de ressources que la personne ne peut évidemment pas produire, puisqu'elle n'en a pas...). Une personne du service nous confie d'ailleurs : «On m'a fait comprendre que les ouvertures de droits pour les étrangers c'était en cas de besoins de soins, alors que la CMU est un droit. L'IVG, qui n'est pas un soin, est l'occasion d'ouvrir les droits à des femmes étrangères, mais je ne devrais pas».

● Quelques cas concrets

(L'exposé qui suit est extrait du rapport de stage de Julie Sarrazin, «L'accès à la santé des femmes prostituées à Toulouse», université de Toulouse le Mirail, 2007.)

– La situation des femmes issues de Bulgarie et de Roumanie

Avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne, les personnes ayant une couverture sociale dans leur pays peuvent en bénéficier en France grâce à la carte européenne de santé, mais les femmes qui migrent en France, précisément parce qu'elles sont à la recherche d'une vie meilleure⁴, n'ont

4 Les systèmes de protection (sociale, emploi...) ayant été démantelés depuis 15 ans, en particulier en Bulgarie (cf. par exemple : KERGOAT Danièle, VLADIMIROVA Katia, 2004, «L'égalité des sexes et les politiques de l'emploi en Bulgarie», in *Transitions*, vol. XLIV.1, *Égalité des sexes en Europe centrale et orientale : entre espoir et déconvenues*, institut de sociologie, ULB, Bruxelles, p. 79-99.)





souvent pas de couverture sociale dans leur pays, ou ont des difficultés à en attester dans la mesure où la couverture sociale est directement corrélée au fait d'occuper un emploi.

Cette législation récente est appliquée de manière hésitante sur l'ensemble du territoire français. À Toulouse, la CPAM autorisait, jusqu'en janvier 2008, des ouvertures de CMU de trois mois (alors que la loi prévoit 1 an) aux personnes issues des nouveaux pays de l'Union européenne. Pendant ces trois mois, le service des relations internationales de la CPAM faisait des recherches dans les pays concernés à partir du nom et de l'adresse des personnes pour savoir si elles avaient ou pas une couverture sociale nationale. Si elles n'en avaient pas la CPAM autorisait l'ouverture de la CMU pour 1 an. Si elles bénéficiaient d'une couverture dans leur pays, elles n'avaient pas droit à la CMU et devaient avancer les frais pour se faire ensuite rembourser dans leur pays. Cela a eu pour conséquence une complexification, une lenteur voire un blocage des procédures.

De plus, l'exigence des trois mois de résidence était en contradiction totale avec l'autorisation de circuler pendant trois mois dans l'espace Schengen pour les personnes issues de pays non signataires de la convention de Schengen (1990). Au-delà de cette période les personnes étaient illégales si elles n'avaient pas de visa.

C'était le cas des femmes prostituées bulgares et roumaines avant janvier 2007. En effet, en janvier 2007, la Roumanie et la Bulgarie sont devenues signataires de la convention qui prévoit la libre circulation des personnes dans la zone. Mais, pendant une durée de 2 ans, les nouveaux pays entrant dans l'UE sont en observation. Les ressortissants de ces pays ne bénéficient pas encore de cette liberté de circulation. Ainsi, on peut remarquer parmi les femmes prostituées issues de ceux-ci, la tendance à effectuer des retours au pays tous les trois mois afin de rester dans la légalité et de rentrer voir leur famille. Aussi, selon les travailleuses sociales interviewées, l'ensemble des ressortissant-e-s de la Bulgarie et de la Roumanie, et pas spécifiquement les personnes prostituées, n'ont presque jamais accès à une couverture sociale, car ils-elles ne peuvent pas attester de trois mois de résidence ininterrompue.

On constate une réduction des droits à la CMU notamment pour les Bulgares et les Roumaines, qui représentent environ 30 % de notre public. Même si elles n'ont pas de couverture médicale dans leur pays, elles ne pourront plus avoir accès à une couverture en France, car avec l'entrée dans l'Union européenne, les nouveaux États membres se sont engagés à assurer la couverture médicale de

l'ensemble de leurs ressortissants. Nous avons déjà multiplié nos efforts pour les maintenir dans ce droit car en 2007 la CPAM ne leur accordait de couverture maladie que pour 3 mois. Au jour d'aujourd'hui, les personnes connues par la CPAM seront maintenues, mais on peut prévoir qu'elles seront radiées rapidement.

- L'accès à l'AME

En France toute personne de nationalité étrangère sans titre de séjour valide a droit à l'aide médicale d'État pour elle-même et les personnes à sa charge, à condition de résider en France depuis trois mois, sous réserve de justifier de son identité et de remplir les conditions de ressources. L'exigence de faire la preuve de trois mois de résidence ininterrompue a entraîné des complications pour des personnes qui renoncent parfois à ce droit, ne trouvant pas le moyen de prouver quoi que ce soit quant à leur durée de séjour (quittance de loyer, d'EDF, etc.).

Depuis janvier 2008, l'accès à l'AME est rendu plus difficile car il nécessite à présent un justificatif des besoins de soins évalués par un médecin. Pour les usagers et les médiatrices culturelles cela se traduit par une consultation médicale supplémentaire en amont de l'ouverture éventuelle de droits... Mais qui peut/va payer cette consultation ?

Par ailleurs, il est important de savoir que 34 % des médecins généralistes refusent des patients relevant de l'AME, selon une étude nationale de Médecins du monde portant sur 700 médecins.

- La prise en charge des soins urgents

Cette mesure existe depuis mars 2005. Elle est destinée aux étrangers qui ne remplissent pas les conditions d'admission à l'AME, n'étant pas depuis trois mois sur le sol français et n'ayant ni visa, ni récépissé attestant d'une procédure en cours, ni titre de séjour. Cette prise en charge n'existe que pour les personnes n'ayant pas de visa ; elle est donc très rare. Elle concerne certains actes médicaux dont la liste est restrictive.

- La quasi-inexistence de l'AME à titre humanitaire

Elle s'adresse à toute personne d'origine étrangère qui ne réside pas en France et dont l'état de santé le justifie : en cas d'accident important survenu lors d'un passage en France en étant titulaire d'un visa, ou dans les situations où les soins médicaux ne peuvent être dispensés dans le pays d'origine de la personne.





Ces demandes sont régulièrement refusées ; les seuls cas que des assistantes sociales ont pu faire accepter concernaient des enfants ayant des pathologies très graves. Pour les femmes enceintes qui doivent accoucher, c'est le dernier recours si elles n'ont pas d'ouverture de droits possible. Mais cette possibilité est régulièrement refusée, l'accouchement n'étant pas considéré comme une urgence vitale. Le coût d'une journée d'hospitalisation est de 1 074 euros, un accouchement engendre en général une hospitalisation de 4 à 5 jours. Dans ces cas-là, le séjour sera écourté à 2 à 3 jours pour réduire les frais à la charge de la personne.

– La difficulté de l'obtention du titre de séjour pour étranger malade

La protection des étrangers malades existe depuis 1998, suite à de longues luttes sociales. Pourtant, les refus de séjour se multiplient. Les textes de loi sont interprétés par les différentes préfectures de manière plus ou moins souple. Selon la loi, les personnes concernées, de plein droit, par cette mesure sont les étrangers «dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire» (article L313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers). Les médecins peuvent faire des certificats médicaux mais la décision revient à un médecin habilité. Ainsi, certaines personnes atteintes du VIH-sida se voient refuser l'accès à ce titre de séjour au prétexte que des traitements sont disponibles dans leur pays d'origine. Il existe en effet une liste de pays disposant des traitements, mise à disposition des services préfectoraux. Cette liste, si elle précise les pays où les traitements sont disponibles, ne précise pas en revanche le taux de couverture des personnes infectées pour des traitements efficaces (qui ne dépasse parfois pas 10 %) ; dans ces cas-là, l'accès au traitement dans le pays d'origine est quasiment impossible, en tout cas très aléatoire. Enfin, il faut savoir que si une personne entame une procédure de demande de ce titre de séjour et que la réponse est négative, il lui est impossible de demander un autre visa et la ou le malade recevra un avis de reconduite à la frontière.

– L'insuffisance des services de «médecine sociale et humanitaire»

En France, l'hôpital a pour mission de soigner tout le monde, mais les services d'urgences ainsi que les services gratuits sont financés en dessous des besoins.

Ainsi, la PASS (Permanence d'accès aux soins et à la santé), qui est l'unique service d'accès aux soins gratuits et sans condition, n'est ouverte que les après-midi et fermée pendant le mois d'août. De plus, le service est régulièrement saturé : de plus en plus de patients ayant une couverture sociale incomplète viennent dans le service car ils ne peuvent pas payer les frais complémentaires. De ce fait, les délais d'attente (et de stress pour le personnel soignant et les malades) s'amplifient ; il faut arriver à 12 heures pour espérer avoir une place, les consultations commencent à 14 heures, et les gens attendent parfois toute l'après-midi.

Début 2008, de nouvelles mesures concernant la couverture sociale ont été mises en place, qui modifient encore considérablement les habitudes de travail de l'équipe de terrain. Ces modifications entraînent des complications dans l'accès à la couverture sociale et à la santé pour les personnes migrantes que nous suivons.

Par conséquent l'équipe de terrain est particulièrement inquiète quant au devenir de l'accès aux soins pour les plus exclu-e-s, et en ce qui nous concerne pour les personnes exerçant la prostitution. Nous redoutons des refus de soins ou des facturations de soins que les personnes concernées ne pourront de toute façon pas acquitter et qui entraîneront des poursuites, qui à leur tour contribueront à isoler un peu plus les personnes et à les placer en position d'illégalité.

2.4. Partenariat

Nous multiplions et intensifions les partenariats avec les professionnels relais des secteurs sanitaires, sociaux et juridiques, et plus particulièrement avec ceux des associations proches, des services hospitaliers, pour améliorer les représentations réciproques (des personnes prostituées et des soignant-e-s) et les relations entre les personnes. La sensibilisation des professionnel-le-s du secteur médico-social aux problématiques rencontrées par les personnes prostituées, notamment lorsqu'elles sont étrangères, est l'une de nos priorités. La présence des médiatrices culturelles, de l'infirmière ou de l'éducateur de Griselidis dans les services médico-sociaux renforce la sensibilisation générale des professionnel-le-s, d'autant plus qu'il n'y a pratiquement plus aucune formation professionnelle sur le VIH et les IST, pas plus que sur la prostitution. L'enquête sociologique réalisée en 2007 par une stagiaire en master professionnel (voir première partie)





a permis de confirmer la nécessité d'informer et de former les professionnel-le-s afin de lutter contre les stéréotypes et les discriminations. Nous avons remarqué que certains services hospitaliers ont si bien pris l'habitude de la présence des médiatrices culturelles de Grisélidis qu'il leur arrive de téléphoner à l'association pour demander les services des médiatrices, même si leur patient n'est pas un usager de l'association. Malheureusement, nous ne pouvons pas mettre notre personnel à disposition pour l'hôpital. Cependant, si la médiatrice culturelle se trouve dans les locaux de l'hôpital, elle répond bien volontiers aux demandes des soignants, dans l'intérêt des patients.

- Réseau de soin et partenariat :
- Participation au réseau Ville-Hôpital santé précarité de Toulouse
- Participation au réseau de la CPAM contre les exclusions
- PASS : santé globale pour personnes sans couverture sociale (santé générale, VIH, gynécologie, prévention...)
- La Case de santé : projet de médecine communautaire, santé globale pour personnes avec couverture sociale
- CDAG-CIDDIST, hôpital La Grave
- SMIT, hôpital Purpan
- Service des urgences (Ducuing, Purpan, Rangueil), urgences gynécologiques (Paule-de-Viguié), service d'orthogénie (Ducuing)
- CDPEF : pour faciliter l'accès à l'IVG
- 115
- Praticiens de ville – Actions communes avec les associations de réduction des risques (par exemple, le week-end de ressourcement pour femmes séropositives en octobre 2007, ou la journée nationale de lutte contre le VIH/sida) :
- Act Up
- Sépia
- Aides
- Samarie, centre d'hébergement pour personnes atteintes d'une maladie chronique

Personnes avec couverture sociale

Personnes sans et avec couverture sociale

SANTÉ GÉNÉRALE

urgences Purpan
et Ranguel
généralistes,
bilan de santé
CPAM
Case santé

**SANTÉ
GYNÉCOLOGIE**

CDPEF
Hôpital
Paule
Viguié

MFPF
orthogénie
Ducuing

**SANTÉ GÉNÉRALE
GLOBALE**

PASS
Case de santé
urgences DUCUING
point santé la Grave
MDM

**AUTRES
PARTENARIATS**

LUTTE CONTRE LE SIDA

ACT-UP-AIDES-SÉPIA

FORMATION/INFORMATION

CABIRIA/TAMPEP

RÉSEAUX RESSOURCES

VILLE HÔPITAL
PASSAGE
CPAM CONTRE LES
EXCLUSIONS

**MÉDECINE LÉGALE
Ranguel**

**Personnes
usagères**

**ASSOCIATION
GRISÉLIDIS**

**Santé
psychologique**

urgences
psy
thérapeutes
privés

PASS
CMS
UTAMS

**Prévention/soins
IST dont VIH**

CDAG-CIDDIST
SMIT, SAMARIE

**Hébergement
et logement**

115
CHRS
droit commun

Insertion/formation

PLIE, ANPE, UTAMS

Cours de français
Conseil général
et régional





2.5. Autres actions spécifiques en santé

– La santé vient en mangeant : les repas collectifs

- 152 bénéficiaires
- 40 repas réalisés
- 350 repas servis
- 300 heures de prévention nutritionnelle

Ce projet consiste à organiser un repas collectif et convivial ouvert à toutes et tous (usagères et partenaires) tous les lundis soir. Ce repas a été préparé par l'animateur de prévention jusqu'en octobre le mardi midi puis par le coordinateur de terrain et les usagères le lundi après-midi pendant l'accueil à partir de novembre 2007. Des conseils culinaires et nutritionnels peuvent ainsi être dispensés aux usagères.

Le repas est complet et équilibré pour tenter de varier et d'élargir les habitudes alimentaires et les goûts des personnes. Enfin, le repas est animé par le coordinateur, une animatrice de prévention et une médiatrice culturelle ; c'est l'occasion d'aborder les habitudes alimentaires de chacune, les difficultés et les stratégies pour maintenir une alimentation saine et le lien primordial entre alimentation et santé. Nous abordons notamment la problématique de l'anorexie, car beaucoup de personnes prostituées perdent progressivement l'appétit avec les horaires décalés, le stress accumulé et la norme de la minceur féminine à laquelle certaines d'entre elles adhèrent.

De plus, des usagères de différentes cultures proposent à tour de rôle des spécialités de leur pays, ce qui permet un échange de savoirs et le développement d'une solidarité interculturelle dans le milieu prostitutionnel.

Enfin, ce temps de convivialité supplémentaire est un moment propice à la création de liens sociaux et à l'empowerment.

– Les ateliers de régulation de stress

(Compte rendu d'action rédigé par Danielle Kerdommarec)

Chaque mardi après-midi de 14 heures à 16 heures (4 séances individuelles d'une demi-heure), des séances de régulation du stress sont proposées à toute

personne prostituée qui en fait la demande. Elles ont lieu sur rendez-vous et ne désemploient pas.

➡ 40 après-midi de régulation de stress, soit 160 séances individuelles.

L'approche des massages biodynamiques est d'appréhender la personne dans sa globalité.

Répondant aux besoins spécifiques de chaque individu, ils ont pour base des gestes simples et efficaces permettant de soulager, de détendre et digérer les stress psychologiques et corporels.

Nous constatons que 70 à 80 % des personnes qui viennent aux séances de massage sont en état de stress physique et/ou émotionnel et présentent les symptômes suivants :

- Insomnies, angoisse, agitation, palpitations
- Tensions musculaires, douleurs
- Maladies, dépression
- Fatigue
- Problèmes de digestion, d'alimentation
- Céphalées

Les difficultés repérées sont :

- Amoindrissement de la capacité respiratoire (abdominale et/ou pulmonaire).
- Cuirasse musculaire dorsale, thoracique et/ou abdominale, limitant l'expression des sensations et des émotions.
- Activité psychique «surchargée» limitant parfois la prise de décision, la clarté mentale et la capacité d'agir.
- Manque de confiance, insécurité, problèmes de protection et de limites.
- Attitudes défensives et peur du contact liées à des violences subies.

De ce fait, les personnes suivent un traitement médicamenteux, le plus souvent analgésique pour les douleurs inflammatoires ou des traitements de fond concernant les maux chroniques. D'autres traitements sont plus d'ordre anxiolytique ou antidépresseur.

Concernant le stress, il y a le bon stress qui permet aux personnes en situation de danger de se sauver d'un climat violent, et il y a le mauvais stress, destructeur pour la santé, lorsque la situation de violence (physique et/ou morale) est





répétée, l'insécurité permanente vécue au quotidien et la souffrance endurée. En réponse à ce stress se forme dans l'organisme une cuirasse qui peut concerner les muscles, les viscères et/ou les tissus du corps.

Cette cuirasse a pour fonction de contenir les angoisses et de défendre l'organisme mais en même temps elle limite les capacités corporelles et psychiques, anesthésiant progressivement les sensations et les émotions. En état d'hypervigilance, le corps se blinde, mobilisant toute l'énergie de la personne.

Face à la suradaptation de l'organisme, celui-ci finit par s'épuiser en trouvant la résolution du conflit dans la dépression, les troubles psychosomatiques et psychologiques, voire la maladie.

Les massages agissent ainsi sur la cuirasse en aidant l'organisme à la dissoudre et à réguler le stress par l'évacuation des tensions nerveuses, ce qui permet à la personne de se détendre, de mieux respirer.

Avant même la technique de massage, la qualité d'écoute, de présence et la prise de contact sont primordiales.

Instaurer un climat de sécurité et d'accueil permet en premier lieu une relation de confiance et un début de dialogue par l'utilisation du langage familier.

C'est à partir de ce contact chaleureux qu'émergent, dans une attitude de lâcher-prise, les sensations et émotions refoulées que les massages permettent de canaliser.

Puis, l'échange verbal où les mots sont reliés au ressenti (emploi de mots simples sur les sensations «chaud, froid, fourmillement...» ou évocation d'absence de sensation) permet aux personnes de percevoir des signaux internes révélateurs de leur état de fatigue, de stress, de douleurs.

Concernant les personnes qui reviennent régulièrement, une approche plus approfondie favorise la prise de conscience du corps par un meilleur ancrage, une plus grande protection vis-à-vis du danger extérieur par une écoute interne du ressenti, la réhabilitation d'une image positive de soi (être une bonne personne, retrouver dignité et intégrité).

Pour celles qui viennent ponctuellement, les unes s'octroient un moment de détente, de bien-être pour se poser ou tout simplement s'autoriser à prendre du temps pour elles (certaines s'endorment parfois).

D'autres personnes ont une demande précise concernant les douleurs bénignes ou aiguës (blocage du dos, douleurs articulaires, maux de ventre, sciatiques, etc.).

Tous les souvenirs douloureux sont inscrits dans la mémoire physique, psychique et émotionnelle du corps, aussi le vécu d'un bon contact recrée progressivement de nouvelles mémoires.

C'est parce que les personnes multiplieront les moments de bien-être par un toucher réparateur, une attention sereine et une attitude de soin et de soutien que progressivement elles pourront mieux se soucier de leur santé et désirer l'améliorer.

Les effets bénéfiques exprimés et constatés :

- Prise en compte de leur santé par une meilleure relation à elles-mêmes (bien-être, confiance, détente)
- Émergence de bonnes sensations corporelles par un contact respectueux et réparateur (plaisir à ce que l'on s'occupe d'elles)
- Récupération des fonctions végétatives altérées comme le sommeil, la digestion, la capacité à se relâcher
- Soulagement des douleurs
- Régulation des surcharges psychiques, possibilité d'expression d'émotions refoulées (paroles, pleurs, colère)
- Récupération progressive d'une plus grande capacité respiratoire
- Postures corporelles assouplies (fonte des cuirasses)





2007- Actions de prévention en focus-groupes

	Points positifs	Points à améliorer
Nombre de personnes bénéficiaires	Environ 60 personnes sur 1 trimestre	
Amélioration des connaissances des usagers	Techniques de réduction des risques d'exposition aux VIH, IST, hépatites	Connaissance du corps
Changement des comportements	Intérêt pour la santé, expression des besoins	Empowerment dans les relations prostitutionnelles et privées
Implication du public	Propositions de thématiques à débattre collectivement	Création de lieux de solidarité interethnique et intergénérationnelle
Satisfaction du public	Demande en augmentation et supérieure à notre capacité d'accueil	Prendre contact avec les primo-arrivantes et les personnes âgées

Quand on aborde la question de la prévention, de l'accès aux soins et de la santé des migrantes, nos informations et constats de terrain révèlent que les étrangères sont particulièrement affectées à la fois quantitativement et qualitativement par les processus de précarisation, d'exclusion sociale ainsi que par la violence. Le fait qu'elles n'aient pas de statut juridique ou encore l'existence de pratiques discriminatoires et souvent xénophobes dans tous les domaines de la vie sociale altèrent leur accès à l'information et aux soins.

Nous avons à cœur que les personnes prostituées, y compris migrantes, demeurent d'incontournables agents de prévention, c'est pourquoi nous avons lancé des ateliers santé sous forme de focus-groupes au dernier trimestre de l'année 2007. Le focus-groupe présente l'avantage de pouvoir se créer spontanément, à tout moment et en fonction des circonstances. Le but majeur de ces focus-groupes est de réduire les risques de contamination pour chaque femme, en fonction de ses propres pratiques, tout en prenant en compte les nouveaux risques liés à la répression. Des explications ont pu être données (et répétées) à toutes les femmes étrangères, au mieux, dans leur langue d'origine pour une meilleure compréhension.

Grâce à notre expérience de travail et de proximité avec les femmes migrantes, nous avons pu mener à bien notre mission de prévention et obtenir de bons résultats, malgré un contexte des plus défavorables à la prévention pour les femmes migrantes prostituées. Nous renvoyons sur ce sujet au guide édité par l'association Cabiria en novembre 2005, intitulé *Migrantes et travail du sexe*. Un guide pour la santé et la prévention à l'usage des associations, ainsi qu'à la recherche de Françoise Guillemaut, *Femmes migrantes. Enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe*, éditée en décembre 2005.

Au cours de moments informels comme les discussions autour d'un café réunissant plusieurs femmes, les intervenant-e-s de Grisélidis déclinent différemment l'idée des focus-groupes santé en déclenchant une réflexion sur la réduction des risques en général. Souvent, les jeunes femmes arrivent dans la journée au local de l'association en petits groupes affinitaires. Certaines viennent pour des entretiens individuels et confidentiels en fonction de leurs besoins. Mais bien souvent, autour d'un café ou d'un thé, la discussion s'engage soit à partir des demandes des femmes, soit parce que les intervenant-e-s reprennent des dysfonctionnements repérés à d'autres moments de l'intervention de terrain (par exemple au sujet des IVG et de la contraception, mais aussi de la pose des préservatifs, de l'usage du gel...). Il est donc facile d'observer la naissance de ces groupes, l'intérêt qu'ils suscitent et les connaissances qui s'échangent à ce moment-là autour d'outils comme des mannequins et modèles, des kits de prévention, des planches anatomiques, des plaquettes qui sont commentées à plusieurs, etc. Ces focus-groupes présentent l'avantage de ne pas être programmés, d'être informels et mobiles. Ils sont exclusivement constitués de jeunes femmes prostituées. Ils se composent de 3 à 6 personnes au maximum et abordent un point précis durant une heure ou deux.





Ce type d'intervention se déroule aussi la nuit, dans le bus, autour de la pose du préservatif par exemple. Là, bien entendu, les séances sont plus brèves, car le contexte de travail des femmes ne se prête pas à des temps de pause très longs. Mais comme nous l'avons dit, c'est l'occasion, en situation, de préciser des aspects techniques de la réduction des risques.

Ces focus-groupes sont aussi l'occasion d'apprendre ou d'approfondir ses connaissances concernant :

- * les différents moyens de contraception (comment choisir le meilleur en fonction de soi, de son rythme de vie, de son âge, de ses croyances...);
- * les modes de transmission du VIH, des IST et des hépatites, les façons possibles de s'en protéger et les facteurs qui les aggravent ;
- * le corps des femmes, anatomie et physiologie ;
- * les partenaires santé : les structures médicales, sociales et/ou associatives qui peuvent accueillir, accompagner, soigner les personnes.

Ils ont notamment pu amener à :

- changer les représentations culturelles et communautaires face au VIH et autres IST ;
- faire émerger les problématiques sanitaires individuelles et collectives.

Comme nous l'avons observé régulièrement, les représentations qu'ont les jeunes migrantes sur le VIH, même si elles sont complexes, ne sont ni insurmontables ni incontournables. Ces focus-groupes jouent un rôle important dans l'accès aux savoirs en général, à la santé, et aux droits. Ils contribuent largement à amener les femmes à des conduites de réduction des risques adaptées.

Nous mettons aussi en place des ateliers sur les thèmes de la contraception et de l'IVG. Cela consiste en une présentation des différents moyens de contraception existants, de leurs atouts et de leurs inconvénients, afin que chaque femme choisisse de manière éclairée le contraceptif adapté à ses pratiques. Les stratégies de négociation pour utiliser une contraception et une protection contre les IST avec les clients comme avec les partenaires sont discutées, échangées. La question de la contraception d'urgence est abordée pour les accidents d'exposition sanguine et sexuelle. Ces ateliers sont aussi un lieu d'information

sur les procédures et les lieux de pratique de l'IVG. Nous travaillons en partenariat avec la Case de santé pour les IVG médicamenteuses. Nous avons notamment effectué une formation auprès d'eux sur la problématique de la prostitution afin d'améliorer l'accueil de notre public.

Toutes ces actions s'inscrivent dans une démarche d'autonomisation des personnes et d'empowerment tant dans leurs pratiques professionnelles que dans leur vie privée, car c'est souvent là que les problématiques sont les plus fortes.

3. Questions juridiques, violences et discriminations

3.1. Cadre légal et typologie

(Rédigé par Isabelle Schweiger, animatrice de prévention, future assistante de service social, chargée des questions juridiques et administratives.)

La France est un pays abolitionniste : depuis la loi Marthe Richard de 1945, aucune réglementation ne doit encadrer l'exercice de la prostitution. Depuis les ordonnances de 1960, la prostitution est considérée comme un «fléau social» qui doit être combattu par deux moyens : la lutte contre le proxénétisme par la répression (ministère de l'Intérieur et services de police) et la réinsertion des prostituées par l'action sociale (ministère des Affaires sociales). Dans les années 1990 la pandémie de VIH vient changer la donne. Il est alors admis que les personnes prostituées peuvent s'organiser de façon communautaire pour améliorer la prévention des IST et du VIH. L'association Grisélidis est née dans cette mouvance.

De nouveau, le contexte a évolué à la fin des années 1990 avec l'arrivée de jeunes femmes étrangères non européennes sur les trottoirs des grandes villes de France. Se sont alors déployées des mesures de lutte contre la traite d'êtres humains. Le proxénétisme, qui avait pratiquement disparu dans les années 1980, revient sur le devant de la scène. En parallèle se pose la question de la régularisation ou non des femmes étrangères que l'on suppose être victimes de cette traite. Ci-après la description plus détaillée du cadre juridique dans lequel nous travaillons désormais.





La traite des êtres humains : Code pénal, art. 225-4-1, art. 225-4-2.

Le proxénétisme : Code pénal, art. 225-5, art. 225-7, art. 225-8, art. 225-9, art. 225-10.

– Conditions de régularisation des personnes victimes du proxénétisme ou de la traite des êtres humains

Selon le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA, art. 316-1), la victime qui coopère avec les services de police en témoignant ou en déposant plainte contre les auteurs des infractions en lien avec la traite, en vue du démantèlement du réseau qui l'exploitait, peut obtenir une carte de séjour temporaire d'une durée de validité maximale de 1 an avec droit au travail, sans que soient opposés l'absence de visa et le séjour irrégulier sur le territoire français.

Cette carte est renouvelée jusqu'à ce que la procédure pénale engagée aboutisse à un jugement définitif des accusés. S'ils sont condamnés définitivement, une carte de résident de 10 ans peut être attribuée. La délivrance de ces documents est subordonnée à une volonté avérée de coopération et de réinsertion de la victime, qui doit en outre avoir cessé toute activité illégale et rompu tout lien avec le réseau, le groupe, la famille ou la personne l'ayant exploitée.

Les victimes de la traite d'êtres humains ayant obtenu une carte de séjour selon les modalités ci-dessus peuvent bénéficier de l'allocation temporaire d'attente (ATA). La préfecture, au moment de la remise de la carte de séjour temporaire, délivre une attestation de protection de l'État. Cette attestation est indispensable pour obtenir l'ATA ; elle est à joindre à la demande d'ATA auprès des Assedic.

– Réparation des dommages (CIVI – Commission d'indemnisation des victimes)

Selon le Code de procédure pénale, art. 706-3 : Toute personne ayant subi un préjudice peut obtenir la réparation intégrale des dommages résultant des atteintes à la personne, à condition que ces faits aient entraîné la mort ou une incapacité totale de travail (ITT) égale ou supérieure à 1 mois, ou qu'ils correspondent à des faits réprimés par le Code pénal, dont la traite d'êtres humains pour proxénétisme, et à la condition que la personne soit française. Si ce n'est pas le cas, la condition est que les faits aient eu lieu en France et que la personne soit ressortissante de l'Union européenne ou en situation régulière au jour des faits ou de la demande de la réparation. La réparation peut être refusée ou son montant réduit à raison de la faute de la victime.

– Racolage

En 2003, après la réélection de Jacques Chirac à la présidence de la République et l'arrivée au poste de ministre de l'Intérieur de Nicolas Sarkozy, une loi de sécurité intérieure (LSI) est votée. Cette loi comprend un volet de lutte contre le racolage qui pénalise de ce fait l'exercice de la prostitution. Notons que la pénalisation du racolage existait déjà. Mais c'était depuis le nouveau Code pénal de 1994 une infraction banale équivalente à une infraction au Code de la route, et dans la réalité cette pénalisation était tombée en désuétude. La LSI condamne lourdement toute forme de racolage.

Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, art. 50 (modifiant le Code pénal par l'insertion de l'article 225-10-1) :

«Le fait par tout moyen, y compris une attitude même passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de 2 mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende», alors que, par ailleurs, l'activité prostitutionnelle est une activité tolérée en France, imposée au titre des BNC (bénéfices non commerciaux).

J'ai posé le cadre juridique, de manière très succincte, afin de rendre compte de la complexité de la trame institutionnelle dans laquelle évoluent les personnes prostituées.

Pour ce qui est de la population concernée, il n'est pas possible d'établir un portrait type des personnes prostituées. L'hétérogénéité s'exprime par le genre (femmes, hommes, transgenres), les différences générationnelles, la diversité des origines ethniques et socioculturelles. Cependant l'ensemble de ce groupe social partage de façon générale de multiples freins à l'accès aux droits et à la citoyenneté.

– La stigmatisation et les discriminations liées à la pratique de l'activité prostitutionnelle, aux pratiques sexuelles, au genre, ou à l'origine

Ces facteurs favorisent considérablement leur isolement (familial, social), font obstacle à l'estime de soi, à la valorisation des compétences acquises et à la solidarité (empowerment) ; cet ensemble de conséquences les empêchent de se légitimer dans l'accès à la citoyenneté.





L'exposition aux violences est une conséquence, entre autres, des points précités ainsi que du fait d'occuper l'espace public, principalement pour les femmes. Les violences sont perpétrées soit par les clients, soit par de faux clients ou des passants, et sont souvent suivies de violences institutionnelles lorsque les plaintes ne sont pas ou sont mal prises en compte. Ces violences se sont considérablement accrues depuis la loi de 2003 qui pénalise le racolage. Nous en établissons le constat par l'évaluation qualitative du carnet de bord, tenu par l'équipe de terrain et qui permet de suivre l'activité.

Par ailleurs, soulignons que la longueur des procédures en matière de plaintes pour violences et agressions sexuelles – un délai minimal de trois à quatre ans d'attente pour le jugement – met en échec le processus de réparation des victimes et les décourage.

Nous pouvons établir une typologie des situations rencontrées comme suit :

– Les prostitué-e-s «traditionnel-le-s» (femmes, hommes, transgenres) :

Elles et ils sont souvent plus âgé-e-s, français-es ; ils et elles connaissent les différents acteurs sociaux, ont fait aboutir leurs démarches, mais les difficultés sont liées à leur état de santé en rapport avec l'âge (cancers, autres pathologies), à leur niveau de vie.

Elles subissent de plein fouet la précarisation, la paupérisation, la montée des violences. Les femmes qui travaillent de jour sont «à peine épargnées» par les arrestations pour racolage. Elles sont en recherche de lieux de convivialité, de liens sociaux et, pour les plus jeunes, de projets de vie et professionnels.

– Les étrangères :

- En situation irrégulière : Ce sont souvent des femmes africaines anglophones. Elles subissent des arrestations fréquentes par la police et selon les cas, seront soit convoquées au tribunal de grande instance pour délit de racolage, soit emmenées au centre de rétention pour défaut de papiers ou pour situation irrégulière.

- En situation régulière (pays européens, visa de tourisme ou femmes régularisées) : Les lois d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure (LOPSI, 29-08-2002) et les lois sur la sécurité intérieure (LSI) affichent deux objectifs : le démantèlement des réseaux mafieux et la restauration de l'ordre public. Ces lois ont pour conséquence, dans la réalité, que les femmes venant des pays de l'Est, par exemple, sont confrontées à deux logiques

contradictoires ; d'une part elles disposent de la liberté de circulation au même titre que tout autre citoyen européen, mais d'autre part elles peuvent être reconduites à la frontière à cause d'une condamnation pour délit de racolage impliquant une interdiction du territoire de durée variable en plus de la peine prévue par la loi. Quant aux femmes africaines ou latino-américaines, elles peuvent perdre leur droit au séjour à la suite d'une condamnation pour racolage assortie d'une interdiction du territoire. Or souvent, ces femmes se prostituent parce qu'elles n'ont pas accès au marché légal du travail.

- En cours de régularisation : Pour ce qui est du cas des victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme, le cloisonnement des institutions et des administrations fait obstacle à l'accès aux droits des victimes. Ce parcours est si complexe et si long qu'il incite les personnes à «démissionner».

Le titre de séjour de 1 an se matérialise, en fait, par des APS (autorisation provisoire de séjour) successives de 3 mois dans un premier temps sans droit au travail, ensuite avec droit au travail, mais cela reste un élément peu favorisant au niveau de l'emploi. Les personnes sont la plupart du temps sans autres possibilités de ressources que celles liées à l'activité prostitutionnelle, ou au travail illégal. Les avocats connaissent de grandes difficultés pour obtenir l'attestation de la préfecture à présenter aux Assedic afin de percevoir l'ATA.

Ainsi, en juillet 2007, les quatre personnes qui pourraient y prétendre sont toujours en attente de l'attestation de la préfecture. Par exemple, Mlle A., en attente d'une place en CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), est inscrite aux Assedic et très mobilisée sur son parcours d'insertion ; reconnue victime de la traite en janvier 2007, elle est toujours dans l'attente de percevoir cette allocation au mois de juillet 2007.

Le nombre important d'arrestations – que ce soit pour délit de racolage et/ou de proxénétisme, ou pour complicité de proxénétisme (par le seul fait de s'entraider entre personnes prostituées) –, les successions de procédures en droit pénal et les successions de condamnations produisent un effet de «double peine», qui est effectivement appliquée quand l'interdiction de territoire est prononcée, et qui met en échec l'objectif de nos missions : suivi santé, procédures liées aux droits des victimes, processus de construction de projet de vie et de formation vers la professionnalisation.

On peut prendre l'exemple de S., victime d'une agression sexuelle et de tentative de proxénétisme en 2004, en attente du jugement, condamnée par la cour d'appel de Toulouse fin 2006 à une interdiction de territoire pour racolage ; S. bénéficie





depuis 2004 d'une APS l'autorisant à travailler, elle a pris toute son autonomie en matière de suivi de ses démarches. Il convient de respecter des étapes intermédiaires (prise en compte globale de sa santé avant de pouvoir concrétiser les démarches vers l'insertion), étapes nécessaires à la construction de son projet de vie. Mais en 2007, la préfecture n'a pas renouvelé le titre de séjour de S.

Enfin, nous devons adapter nos actions à la réalité du turn over, principalement celui des femmes originaires des pays de l'Est (liberté de circulation, attaches familiales). Cela entraîne une irrégularité dans les suivis en général, et en particulier en matière d'observance des traitements en cours.

3.2. Délinquance, violence, discrimination

Nos actions de prévention de la violence ou de la délinquance et les actions de lutte contre les discriminations sont liées à ce cadre juridique qui incrimine les personnes prostituées et légitime les discriminations, les violences et l'ensemble des incivilités dont elles sont victimes. En effet, plus la discrimination est grande, plus l'incorporation du stigmate par les femmes prostituées elles-mêmes sera importante, et plus, parallèlement, les violences perpétrées contre elles resteront impunies et banalisées. Ces mécanismes sont transversaux, interdépendants et représentent des facteurs négatifs pour les démarches de santé, d'intégration sociale, de réorientation de carrière.

La violence contre les femmes prend différentes formes : homicides et tentatives d'homicide contre les personnes prostituées (viols et violences), violences conjugales, tentatives de proxénétisme ou proxénétisme, traite des êtres humains. Soulignons que ces situations de violence sont en progression depuis 2002-2003.

Une centaine de situations de violence ont été repérées en 2007. Parmi elles, certaines ont occasionné des hospitalisations et des soins. Trois décès à la suite de violences dans la rue ont été enregistrés en 2007 (une femme assassinée, un décès suite à des coups, un accident de voiture avec un client ivre avec délit de fuite).

Nous avons dénombré :

- 19 agressions, dont deux situations se sont soldées par des arrestations pour défaut de papiers ;
- une dizaine de situations de proxénétisme ou de traite des êtres humains en cours de suivi ;
- 6 vols ;
- une dizaine de situations de violences conjugales.

Trop souvent la violence dans la prostitution est encore considérée comme un «risque du métier» ou une conséquence fatale de cette activité, entraînant de la culpabilité et de la honte du côté des personnes prostituées et de l'incompréhension voire de la stigmatisation du côté des professionnels

3.2.1. Les types de violences rencontrées

– Faire face aux piétons en groupe ou aux riverains qui, en passant, lancent des insultes, voire des projectiles. Plus de 13 % des femmes en général disent avoir subi des insultes et des menaces verbales dans l'espace public au cours des douze derniers mois, selon l'enquête Enveff¹, et plus de 16 % subissent des pressions psychologiques sur leur lieu de travail. Chez les femmes qui exercent la prostitution, ces pourcentages sont bien supérieurs, les violences verbales sont quotidiennes. Elles sont dues à un taux d'exposition supérieur dans la rue.

– Parer aux tentatives de vol à la tire, de rapt en voiture, aux agressions physiques, aux viols. Là encore le stigmate de prostituée entraîne des taux de violences urbaines et de violences envers les femmes plus hauts que dans la population générale et une moindre solidarité de la part des passant-e-s. Les femmes en général sont des cibles habituelles pour les délinquants et les criminels car elles sont considérées comme plus vulnérables. Les femmes prostituées sont encore plus visées car on estime qu'elles sont peu respectables.

¹ Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. JASPARD Maryse et alii, *Les Violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, la Documentation française.





De plus, le stigmate réduit les chances d'intervention de témoins extérieurs.

– Résister aux clients qui exercent des pressions psychologiques, financières, ou physiques pour avoir des relations non protégées. Les clients cherchent à obtenir des «faveurs», un traitement qui les différencierait les uns des autres. Certains hommes, en position d'autorité vis-à-vis des personnes prostituées, abusent de leur pouvoir en exigeant des prestations sexuelles gratuites ou en leur soutirant de l'argent.

– Enfin, si la loi prévoit un soutien pour les personnes prostituées qui dénoncent leur proxénète et si elles ont le droit (fondamental) de porter plainte contre leurs agresseurs, dans les faits ces droits leur sont souvent refusés et la situation se retourne éventuellement contre elles. En effet, il n'est pas rare que des personnes prostituées qui ont porté plainte pour viol, enlèvement et/ou proxénétisme soient, quelque temps après, arrêtées, poursuivies pour racolage et reconduites à la frontière avant même la fin de l'instruction de leur dossier de plainte. Il faut souligner les conséquences désastreuses d'une lutte mal réfléchie contre les réseaux, non dans ses objectifs, mais dans ses méthodes. Qu'elles fuient leurs proxénètes ou qu'elles soient amenées à les dénoncer, elles se retrouvent ensuite sans recours, autant du côté de la police, des services de l'immigration, que des services sociaux. «Ainsi les prostituées étrangères qui sont sous le joug des réseaux de proxénétisme ou bien l'objet d'agressions caractérisées, sont traitées comme des migrantes en situation irrégulière. Elles sont revictimisées par les autorités².»

– La CIVI réduit souvent les dommages et intérêts accordés aux victimes. Bien que les proxénètes ou agresseurs aient été lourdement condamnés, la CIVI conteste la demande de réparation en donnant comme argument que les victimes n'ont pas été assez prudentes, car elles se prostituaient. Racolage et prostitution sont confondus. Par exemple dans une affaire récente, la CIVI a demandé une réduction du montant des dommages et intérêts de 20 000 euros à 2 000 euros en première instance d'un procès d'une de nos usagères ; celle-ci a fait appel et a finalement reçu 10 000 euros.

²Dinah DERYCKE, 2001, *Les politiques publiques et la prostitution, rapport d'information du Sénat n° 209* – sur <http://www.senat.fr/rap/r00-209/r00-20917.html#haut>

3.2.2. Les types de discrimination les plus courants

Au-delà des violences concrètes et quotidiennes dans la rue, les discriminations affectent également la vie des personnes prostituées.

– Dans le secteur de l’insertion professionnelle, nous rencontrons régulièrement des femmes prostituées qui n’arrivent pas à trouver un emploi car les employeurs refusent d’embaucher des personnes dont ils savent qu’elles se sont prostituées ou bien des femmes qui ne peuvent pas justifier de leur «carrière». Si elles ont des qualifications ou si elles souhaitent préparer leur carrière, elles sont confrontées à des refus et parfois même à des réflexions méprisantes sur leurs capacités et aptitudes au travail.

– De la même manière, dans le secteur médico-social, on observe que l’accueil des femmes prostituées est souvent stigmatisant. Les femmes migrantes ne sont pas toujours considérées comme des usagères du système de soins, mais comme des étrangères abusant du système français. De plus, quand les professionnels de santé savent que les personnes exercent la prostitution, les soins proposés et les discussions se concentrent sur les IST et la sexualité, et on a pu observer des attitudes de mépris envers les personnes prostituées. Enfin, les personnes transsexuelles rencontrent des difficultés particulières pouvant aller jusqu’au refus de soin.

– Ensuite, nous observons que certains fonctionnaires de police exercent parfois un harcèlement moral et sexuel sur les usagères. Ce harcèlement comprend les multiples refus de dépôt de plainte rencontrés par des personnes prostituées suite à des vols, viols, agressions et tentatives d’homicide, comme l’atteste une étude réalisée par une étudiante en développement de l’université de Bordeaux. Il n’est pas rare que les différents services se déclarent incompétents en la matière et se renvoient les victimes de service en service. Nous devons régulièrement accompagner les usagères au commissariat, quelle que soit la raison de leur déplacement, afin de garantir le respect de leurs droits et de leur intégrité. À titre d’exemple, mardi 2 octobre 2007, une jeune femme bulgare qui s’était fait voler son passeport «à la tire» est allée déclarer le vol au commissariat central, qui l’a renvoyée vers la police de l’air et des frontières (PAF), disant qu’ils ne pouvaient recevoir la plainte. Par prudence une animatrice a accompagné





cette jeune femme à la PAF après avoir pris soin de téléphoner pour être sûre d'être reçue ; mais selon l'officier de police judiciaire de la PAF, le service n'était pas habilité à recevoir la plainte. De retour au commissariat, la professionnelle de l'association s'est vu opposer de nouveau une fin de non-recevoir. Finalement, c'est l'avocat qui, deux jours plus tard, a mobilisé son temps de consultation pour accompagner la jeune femme et obtenir le fameux document, qui lui permettra de se tourner vers le consulat de son pays afin d'obtenir les documents dont elle a besoin pour retourner chez elle.

– Enfin, des riverains du quartier de Matabiau se sont récemment mobilisés pour exclure les personnes prostituées étrangères de leur quartier. En effet, les différentes opérations de police dans d'autres secteurs de la ville et la fermeture de certains parkings ou espaces publics ouverts ont provoqué une augmentation du nombre et de la visibilité de la prostitution dans le quartier Matabiau. Face à des situations de violence verbale voire physique, nous nous sommes mobilisés, en prenant l'initiative d'écrire une lettre appelant à la tolérance à destination des riverains et des femmes se prostituant dans le quartier.

3.3. Les actions civiques et citoyennes de l'association de l'association Grisélidis en 2007-2008

«Prostituées, c'est un métier trop dur, pour aller travailler, certaines d'entre nous boivent avant pour se donner du courage. Tu es là, sur le trottoir, un mec arrive, tu le connais pas, il te propose de l'argent pour coucher avec lui. Tu le fais pour l'argent, mais ça n'empêche pas d'avoir peur. Et là, des viols avec quatre mecs, cinq filles violées, d'autres enlevées, battues et rien ne bouge ! Déjà le viol d'une femme, c'est pas grand-chose, mais quand c'est une prostituée, c'est rien !

Même les animaux on les soigne, on a pitié d'eux. Alors nous on est des êtres humains, pas des robots, une femme nous a portées dans son ventre.

Comment une femme prostituée peut-elle se faire entendre ? Il faut tuer ? Je vois que c'est le seul moyen pour qu'on vous entende. Ça va être à notre tour de se révolter, de tuer pour qu'on parle de nous. Nous aussi on va faire du mal pour qu'on nous entende.

S'il faut qu'on nous égorge pour qu'on s'occupe de nous, on peut, nous aussi, égorgé, pour qu'on s'occupe des violeurs.

Si la police ne fait rien, il faudra bien que je me défende. Ça va être comme aux États-Unis, tout le monde sera armé.

On est menacé de tous les côtés et personne ne nous défend ! C'est quoi la parole d'une prostituée ? Elle vaut rien ? Eh bien on va agir, comme ça on nous prendra en considération. Si le viol reste impuni, le prochain stade, ce sera le meurtre.

J'en ai marre, non seulement on a tout le temps peur, mais en plus on nous enlève, on nous frappe, on nous viole et il faut voir comment les médias parlent de nous !

À part pour nous démolir, pas un mot, pas une image, pas une ligne sur les agressions que nous subissons.

Les prostituées sont invisibles, muettes, c'est la loi du "taisez-vous !"

Une femme étrangère.

Différents outils sont déployés de façon transversale dans l'activité quotidienne (présence de jour et de nuit, ligne téléphonique d'urgence 24h/24, accueil...) pour lutter contre les violences et pour limiter leur impact sur la santé physique et psychique, pour identifier des situations de violence, leurs processus et leurs déterminants.

• **La prévention**, par une présence de jour et de nuit en proximité sur le terrain et par une ligne téléphonique d'urgence 24h/24.

Conseils de sécurité, de vigilance et de solidarité sont prodigués aux femmes. La nuit et la journée sur le terrain, soit sous forme d'entretiens individualisés, soit sous forme de «focus-groupes», en fonction des conditions. Les femmes sont incitées à veiller les unes sur les autres, à téléphoner sur la ligne d'urgence de l'association en cas d'agression, etc.

Les échanges et les discussions au sujet des violences permettent aussi qu'elles ne se résolvent pas à considérer la violence comme «un risque du métier» mais qu'elles considèrent comme tout-e citoyen-ne qu'elles ont le droit de vivre en sécurité.

Par ailleurs, des actions de sensibilisation ou de formation sont régulièrement menées auprès des professionnels des services sanitaires et sociaux. Ces actions de formation requièrent du temps, du savoir-faire et des compétences afin de déconstruire les préjugés très largement partagés à l'encontre des personnes prostituées. Toutefois, il serait souhaitable que les forces de l'ordre puissent jouer leur rôle de protection contre les violences à l'égard des personnes qui se prostituent.





• **La réparation** et le soutien dans le dépôt de plainte et tout au long des procédures judiciaires jusqu'aux dossiers CIVI. Plus généralement, les personnes victimes d'agression bénéficient d'entretiens, de séances de régulation du stress, et peuvent solliciter l'avocat lors de ses permanences. Le suivi des suites d'agression ou de violences implique une forte mobilisation de la part de l'équipe, d'autant que ces situations peuvent avoir des conséquences sérieuses. Par exemple, depuis son agression par un faux client, S. souffre de maux de tête, elle a perdu des dents, mais n'a pas les ressources suffisantes pour envisager les soins adéquats. De plus elle vit maintenant dans la crainte permanente.

Nous avons suivi et soutenu les victimes lors de 16 procès pour proxénétisme et de 3 procès pour racolage ; les procès pour proxénétisme sont pour la plupart des cas de proxénétisme d'aide et de soutien. Un de ces procès s'est soldé par l'emprisonnement préventif d'une femme bulgare pendant 6 mois. Celle-ci a ensuite dénoncé ses propres proxénètes en novembre 2007 ; depuis elle est libre mais on ne lui a toujours pas communiqué la date du procès, et elle n'a pas d'autorisation de travail.

• **Incarcérations et centre de rétention** : Nous suivons les personnes incarcérées par des contacts épistolaires réguliers, leur prodiguons des aides et quelquefois un important suivi juridique. Les personnes prostituées sont rarement incarcérées pour un délit de racolage, mais elles le sont parfois pour proxénétisme ou complicité de proxénétisme, pour des faits qui, avant la LSI, n'étaient pas forcément poursuivis (entraide entre personnes prostituées, par exemple). En effet, le proxénétisme de soutien peut concerner à peu près toutes les personnes ayant des liens avec les personnes prostituées. Ces lois deviennent aujourd'hui le plus sûr moyen d'enfermer les personnes prostituées là où la loi sur le racolage n'y parvient pas encore...

Nous rendons également régulièrement des visites au centre de rétention où des femmes ont été conduites, pour défaut de titre de séjour, en collaboration avec la Cimade. Malheureusement, nous n'avons pas toujours réussi à éviter les expulsions.

L'association s'est inscrite dans un réseau de partenaires et d'avocats pour répondre au mieux aux besoins des personnes prostituées.

Au total, nous comptabilisons une centaine de dossiers « police-justice » cette année. 30 permanences juridiques ont été assurées au local, 63 usagères ont effectué une ou plusieurs rencontres avec l'avocat. Nous avons également suivi

23 interpellations pour racolage et pour défaut de titre de séjour ; 3 femmes ont été reconduites à la frontière.

L'ensemble de ces dossiers est le fruit d'heures de consultation juridique en interne, et de nombreuses collaborations avec avocats et partenaires associatifs spécialisés en externe. Ils impliquent évidemment un accompagnement psychologique conséquent. Une difficulté persistante réside dans le fait que bien souvent les dépôts de plainte sont enregistrés sous forme de main courante par les commissariats. La seconde réside dans les délais d'instruction des affaires de violence.

D'autres accompagnements concernent des situations beaucoup plus dramatiques incluant des violences graves et des viols. Il s'agit là d'accompagnements de longue haleine dans lesquels l'association se constitue partie civile.

Nous avons pu prévenir certaines violences en informant les personnes prostituées sur la situation et sur leurs droits en cas de violences. Le fait que l'association soit repérée comme lieu de soutien et de suivi nous a permis d'accompagner 48 personnes victimes d'agression et/ou interpellées. En outre, nous avons agi comme médiateurs dans un conflit entre personnes prostituées et riverains. Ainsi, étant identifiés comme soutien en cas de préjudice, nous sommes sollicités pour accompagner les personnes suite à diverses violences. Notre action de sensibilisation a permis de toucher un public large et de former des professionnels de l'action médico-sociale à l'accueil des personnes prostituées. Nous avons effectué 30 interventions publiques extérieures, et nous sommes très sollicités pour l'année 2008. Enfin, une enquête réalisée par une chercheuse de l'association auprès de professionnels de l'action médico-sociale a mis en évidence l'efficacité de ce travail de sensibilisation et la satisfaction des professionnels médico-sociaux vis-à-vis de nos accompagnements physiques des usagères dans leurs services ; ils et elles ont également exprimé des demandes de formation approfondie par nos salariées.





2007 – action lutte contre la violence

violences et suivis des personnes	
Permanences avocats	30 permanences 63 usagères
Nombre d'accompagnements personnalisés suite à des violences	48
Nombre d'interpellations pour racolage	23
Nombre de suivis d'agressions physiques	19
Nombre de suivis de vols	6
Nombre de dépôts et de suivis de plaintes	10

2007 – lutte contre les discriminations

Information, communication	
Nombre d'interventions publiques	30
dont : – Interventions en colloques universitaires	3
Interventions en formation initiale de travail sanitaire et social	3
Interviews (presse), rencontres d'étudiant-e-s, d'élue-s	24

**2007 – synthèse de l'action de lutte
contre les discriminations et les violences**

	Points positifs	Points à améliorer
Nombre de personnes bénéficiaires	Environ une centaine de personnes	
Amélioration des connaissances des usagers	Meilleure connaissance de leurs droits et devoirs et des procédures de dépôt de plainte	Encore trop de peurs de dénoncer les actes de délinquance et de violence.
Changement des comportements	Meilleure vigilance et solidarité dans la rue.	Encore des femmes isolées, repoussées loin du centre-ville. Favoriser l'entraide et la solidarité.
Satisfaction du public	Sollicitation en augmentation de la part des personnes prostituées. Riverains satisfaits de notre action de médiation dans le quartier Matabiau.	Prendre contact avec les primo-arrivantes et les personnes âgées pour qu'elles nous sollicitent plus rapidement à la suite de violences.
Implication des partenaires	Meilleure connaissance de notre problématique, demande de formation.	Préjugés persistants à déconstruire.





4. Réorientation de carrière : accès à l'emploi et à la formation

	Prévu	Réalisé
Nombre de bénéficiaires d'un suivi personnalisé	40	45
Nombre d'accès à l'emploi	10	16
Nombre de bénéficiaires des ateliers FLE et acquisition des savoirs de base (nov. et déc. 2007)	10	25

4.1. Contexte et action

Le développement de l'action « passerelle vers l'emploi et la formation » permet de prendre en compte les personnes prostituées non comme des « inadaptées sociales », mais comme des personnes citoyennes. L'écoute respectueuse et le développement de partenariats avec les personnes prostituées facilitent une prise de conscience de leur existence en tant que citoyennes, capables d'apporter à la société une certaine expertise liée à leur vécu de prostitution de rue et d'accéder pour elles-mêmes, progressivement, à une véritable formation leur permettant de choisir une profession. L'action privilégie une démarche de prévention et de lutte contre l'exclusion, qui doit permettre un meilleur accès à l'emploi et à la formation.

Par ailleurs, l'action de Grisélidis implique une réflexion plus approfondie (voir article en première partie) sur l'accès des femmes peu ou pas qualifiées au marché du travail. Les personnes prostituées sont typiquement les « laissées-pour-compte » de la reprise économique, et en tant que femmes, soumises aux durcissements des conditions du marché du travail. Notre action vise aussi à renforcer les capacités de ces femmes à mieux se situer sur le marché de l'emploi et à combattre les inégalités de sexe.

L'action collective (repas, accueil) et le soutien individuel permettent un premier pas vers la réaffiliation sociale, l'orientation et l'accompagnement à la demande vers les structures de droit commun adaptées : santé, social, logement, formation, ou encore vers l'emploi.

Lorsque les projets se précisent avec l'aide des partenaires de l'insertion (en particulier l'ANPE), les membres de l'équipe se rendent disponibles pour la recherche de centres de formation, l'aide à la rédaction de lettres de motivation, de CV, etc.

En interne, l'association embauche régulièrement des personnes issues de la prostitution afin de leur proposer une première expérience et un tremplin vers l'insertion professionnelle. D'autres rejoignent le conseil d'administration de l'association, dans une démarche d'implication citoyenne. Du fait de son choix de recrutement à parité (personnes prostituées, professionnel-le-s sanitaires ou sociaux), Griselidis va parfois pouvoir fonctionner comme un moteur d'intégration au travail – dans un lieu et à un moment où l'on est reconnu-e, identifié-e comme ayant des capacités professionnelles, des droits et des devoirs, dans le cadre d'un métier.

Quelle que soit la raison de la volonté ou de l'idée émergente de «faire autre chose», l'équipe va déployer toute son énergie et son savoir-faire pour aider à ce que nous appelons la «réorientation de carrière». À ce moment de la démarche, la personne est loin de l'emploi, de «l'employabilité», du «parcours professionnel». C'est ce processus d'accès à l'emploi que nous allons accompagner et soutenir.

L'insertion professionnelle des femmes migrantes est extrêmement difficile. Notamment à cause de la stigmatisation qui pèse sur leur activité et de leur manque de connaissance des réseaux de l'emploi. Pour elles, la non-maîtrise de la langue française constitue un obstacle majeur. Ensuite, nous constatons la persistance de la préfecture à refuser d'accorder des permis de travail aux migrantes régularisées ou en cours de régularisation. Enfin, elles ne peuvent pas prétendre à des équivalences de diplôme ou de qualifications acquises dans leur pays d'origine.

Un obstacle important, dans l'accès à l'emploi des femmes migrantes et/ou victimes de la traite, est le manque d'estime de soi. C'est-à-dire qu'elles n'ont pas confiance en elles, en leurs capacités personnelles. Elles ont, en quelque sorte,





intégré l'image que la société leur renvoie d'elles-mêmes : des délinquantes, des mauvaises femmes, sans qualification... En effet, si beaucoup de femmes prostituées expriment souvent le désir d'arrêter la prostitution, peu osent s'impliquer dans un dispositif d'insertion. Si le travail de l'association concernant l'estime de soi et la valorisation de l'expérience des usagères est efficace, il reste à renforcer en développant des lieux collectifs d'expression et de consolidation des savoirs et des pratiques.

Notre action d'insertion professionnelle a donné en 2007 des résultats modestes mais couronnés de succès. Nous avons vu le nombre de personnes bénéficiaires d'un suivi augmenter de 40 à 45 femmes entre 2006 et 2007. Le taux d'insertion professionnelle est passé de 30 à 35 %. De même, les accompagnements ont augmenté de 50 %. Les ateliers de français ont rencontré un succès à la hauteur de nos attentes puisque 20 personnes y ont participé en deux mois, et que selon l'intervenant, les usagères ont progressé en expression orale. De plus, un nombre croissant de femmes migrantes sont en demande d'un soutien en français pour 2008.

Compte tenu de la perte de 0,5 ETP (équivalent temps plein) d'août à octobre et de 1,5 ETP d'octobre à décembre, nous sommes satisfaits des résultats de cette action puisque l'ensemble des indicateurs quantitatifs (statistiques) sont en hausse et que les indicateurs qualitatifs (bilan des suivis individuels en fin d'année 2007) sont positifs.

L'action se déroule en deux étapes, successives ou concomitantes. Il s'agit de restaurer ou de consolider l'estime de soi pour pouvoir préparer et mener à bien un projet professionnel. Parfois des actions en faveur du logement sont engagées avec les partenaires. L'accès à l'emploi et à la formation nécessite d'abord un processus de réaffiliation sociale, d'entrée dans le droit commun, et l'apprentissage du français.

4.2. Estime de soi et empowerment

Lors de cette première étape, il s'agit d'aider les femmes prostituées à recouvrer la confiance en soi par l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur capacité d'action, de décision, de communication. Cette démarche vise à rassurer les personnes, à leur faire prendre conscience de leurs capacités et à leur donner

envie de s'engager dans un processus d'insertion. Nous considérons que ce processus sera mené à terme avec succès uniquement si la personne concernée l'a choisi, si elle est autonome dans ses choix de vie.

Les activités et débats collectifs ainsi que les ateliers de français langue étrangère (FLE) sont des moments privilégiés pour acquérir des compétences et pour échanger et valoriser les expériences professionnelles de chacune.

L'association a donc mis en place un atelier hebdomadaire «FLE et acquisition des savoirs de base», le jeudi après-midi pendant 3 heures, à partir du mois de novembre, grâce au financement de la fondation Orange. Cet atelier, animé par un diplômé en master 2 de FLE, répond notamment à la saturation et aux horaires inadaptés des cours de français proposés par d'autres associations, avec lesquelles nous continuons de travailler en partenariat. En deux mois, cette activité a mobilisé 20 femmes environ. Ce soutien linguistique fait suite à une analyse des besoins des usagères. Cette analyse consiste en la synthèse des besoins observés par l'équipe salariée et de ceux exprimés par les usagères. Les ateliers prennent une forme participative et pratique adaptée à ces besoins. Ils ont également donné lieu fin 2007 à des séances de soutien pour la préparation de concours ou de dossiers d'inscription en formation qualifiante.

L'association a également mis en place un atelier collectif de débat par semaine, le mercredi après-midi. La thématique, définie par les usagères et l'équipe de terrain, change chaque semaine (emploi, santé, actualité...). L'objectif de ces ateliers est l'échange d'informations, de savoirs et de pratiques mais surtout l'expression, la prise de parole publique et la valorisation du point de vue et de la réflexion de chacune (voir en troisième partie).

4.3. Aller vers l'insertion professionnelle : un parcours individualisé d'accès à l'emploi

Devant le succès rencontré par cette action menée en 2005 et en 2006 dans le cadre du programme européen EQUAL, nous avons consolidé, en 2007, les parcours individualisés d'accès à l'emploi direct – pour celles qui y participaient, mais nous avons également intégré de nouvelles femmes dans l'action – grâce, en externe, au réseau de partenaires de l'association, et en interne à des temps de suivi individualisé et de dynamisation personnelle.





Ce suivi individualisé comprend une palette d'outils dont une collaboration étroite avec le PLIE, des rencontres et des entretiens personnalisés réguliers, permettant un suivi au jour le jour de la situation de chaque femme. C'est en considérant l'évolution du groupe des femmes concernées que nous avons souhaité y adjoindre dès le dernier semestre de 2007 un suivi individualisé en FLE et acquisition des savoirs de base. Ces femmes sont pour la majorité des étrangères ; elles ont pu être régularisées après un long parcours qui parfois intégrait le fait de réussir à sortir de réseaux de proxénétisme et de trafic avec l'aide de l'association Grisélidis. Elles peuvent aujourd'hui accéder à l'emploi, mais souvent l'un des obstacles demeure la pratique écrite du français, bien que ces femmes aient suivi des cours de français langue étrangère de base grâce au partenariat local. Nous proposons ainsi un renforcement de leurs capacités par l'organisation d'un soutien en français langue étrangère, individualisé ou en petits groupes de niveau.

Partenariats

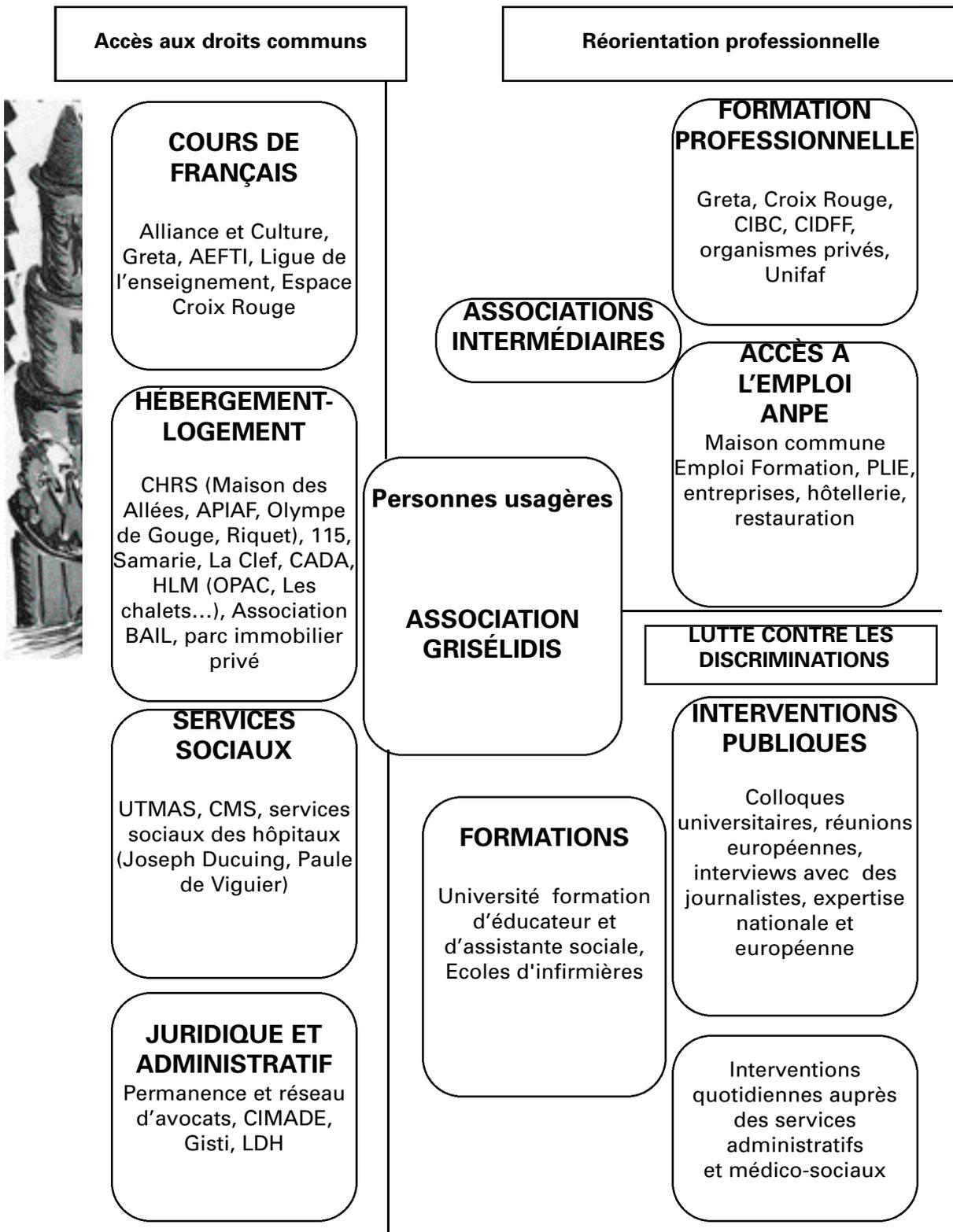
Les actions de Grisélidis s'avèrent indissociables d'un ensemble de cofacteurs qui appellent la prise en compte de chaque personne dans sa globalité et son environnement. L'association développe donc, parallèlement à son action de terrain, un important travail de rencontre et de médiation avec les institutions, les services publics et les associations. Elle dispose ainsi d'un réseau de personnes ressources, sensibilisées à l'accueil des personnes prostituées, qui s'élargit au fur et à mesure des besoins, dans tous les secteurs.

Au niveau local, pour améliorer les représentations réciproques, l'accueil et les relations entre les personnes, Grisélidis multiplie et intensifie les rencontres et partenariats avec des professionnels relais des secteurs de l'insertion sociale et professionnelle :

2007 – Action réorientation de carrière

	Points positifs	Points à améliorer
Amélioration des connaissances des usagers	Repérage des administrations et institutions. Meilleure connaissance du français oral.	Améliorer le français écrit.
Changement des comportements	Meilleure estime de soi dans la volonté d'entrée sur le marché de l'emploi formel.	Empowerment dans les relations avec les professionnels de l'insertion et les employeurs.
Implication du public	Propositions de thématiques à débattre collectivement.	Échange de savoirs et solidarité.
Satisfaction du public	Demande en augmentation et supérieure à notre capacité d'accueil.	
Implication des partenaires	Meilleure connaissance de notre problématique, demande de formation.	Préjugés persistants à déconstruire.
Satisfaction des partenaires	Bon relais de nos informations.	Forme du partenariat avec le PLIE.







III

Actions collectives et lutte contre les discriminations

*

Parallèlement aux actions dans le domaine de la santé, à la prévention et à la réparation des conséquences de la violence ou de la délinquance et aux actions pour l'insertion professionnelle, Griselidis mène des actions collectives et partenariales visant à renforcer l'*empowerment* des personnes prostituées et à positionner l'association comme partenaire local ou national d'autres actions de lutte contre les discriminations. Il s'agit de la collaboration avec Voy'elles pour l'animation d'une émission de radio, des actions collectives en interne (bibliothèque, ateliers), de la participation au COREVIH et des actions de formation ou des interventions extérieures. Ce sont ces actions que nous allons à présent exposer.

A
C
T
I
O
N
S**1. Voy'elles, la radio**

(Rédigé par Isabelle Schweiger, animatrice de prévention, future assistante de service social.)

*«Lorsque nous sommes sur notre trottoir,
nous sommes comme les lionnes dans la savane :
nous sommes chez nous, c'est notre territoire.*

*Mais quand il s'agit de traverser la rue pour aller chez le commerçant d'en face,
là, il faut nous tenir par la main.»*

Citation d'une femme prostituée

– 40 ans d'expérience –
lors d'une tournée de jour.

C
O
L
L
E
C
T
I
V
E
S

Deux fois par mois des salariées et des usagères militantes de l'association Griselidis coaniment une émission de radio, «Radio trottoir», sur Canal sud.

Présentation du projet de radio Voy'elles

Voy'elles, une émission radio faite par des femmes pour tout le monde
Sur Canal sud, 92.2 (tél. : 05 61 53 36 95)
1 mercredi sur 2 de 21 h à 22 h 30
femmeslanuit@no-log.org

Le collectif de femmes Voy'elles est né autour d'une nuit d'émission diffusée en direct à la radio Canal sud, à l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes du 8 mars 2006. Ce collectif est initialement composé de manière informelle par une dizaine de femmes militantes qui veulent s'impliquer dans un projet de radio et ainsi donner la parole aux femmes, quelles qu'elles soient.

Voy'elles est ainsi devenu un collectif pluriel de femmes bénévoles qui se sont approprié un média, la radio, pour des expressions de femmes dans différents domaines : politique, social, culturel et artistique. S'y côtoient des femmes dont certaines se revendiquent féministes et d'autres pas.

L'état d'esprit qui y est défendu, entre autres, est l'organisation collective, la liberté et l'autonomie de chacune, la liberté de parole, de proposition et d'action. Un autre axe important de ce collectif est la non-spécialité mise en place à travers l'échange de savoirs et de savoir-faire techniques.

Les émissions, conçues et réalisées par des femmes, s'adressent à tout public. Hommes ou femmes peuvent réagir en direct sur l'antenne par le biais de la ligne téléphonique Canal sud.

Trois grands principes fondent le fonctionnement de ce collectif.

1- Entrée et sortie permanente. Le fait par exemple de ne pas avoir contribué à la préparation d'une émission ne constitue pas un facteur d'exclusion. Cependant, une poignée de membres à l'initiative de ce projet en assure encore la cohésion.

2- Autoformation et échanges de savoirs sont assurés par la possibilité à tout moment de rotation dans la distribution des différents postes : technique (enregistrements, interviews, montage, plages musicales), construction de la trame des émissions, rotation de l'animatrice/présentatrice/régulatrice selon les implications et la connaissance des sujets traités.

3- Liberté de parole, d'opinion, toujours dans le respect de la liberté de choix de chacune.





Partenariat entre l'association Griselidis et le collectif radio Voy'elles

– Premiers contacts

C'est à l'occasion de la préparation du 8 mars 2006 que nous nous sommes rencontrées pour la première fois. Certaines femmes du collectif de radio Voy'elles connaissaient déjà l'association Griselidis et l'ont ainsi sollicitée pour participer à cette émission. C'est alors que j'ai moi-même démarré mon implication dans ce projet.

Quelques semaines avant le 8 mars, nous avons eu un premier rendez-vous avec des membres du collectif, et nous sommes convenues d'une réunion collective entre elles et des salariées et usagères de l'association, réunion au cours de laquelle, dans la mesure du possible, les premières prises de son seraient réalisées afin de constituer le cas échéant une base de témoignages à diffuser lors de l'émission à venir.

– Cadre théorique de l'action

Les personnes prostituées sont rarement considérées comme sujets de leur histoire. La confusion entre le statut de victime et le statut de coupable est instaurée de manière significative par le cadre juridique. Y est clairement posé le statut de victime par les lois de lutte contre le proxénétisme et par celles afférentes au trafic des êtres humains, mais simultanément les personnes prostituées sont considérées comme coupables par la loi qui les pénalise pour racolage. Le rejet et la mise à l'index par l'ensemble de la société amènent les personnes prostituées à développer des stratégies de «protection» – par le repli sur soi, la clandestinité. Le libre accès à la communication s'entend par le fait de pouvoir exprimer qui l'on est et ses opinions sans crainte.

Développer le sens de la communication permet de renforcer des actions solidaires, et de désamorcer des attitudes de violence à l'intérieur du groupe, de travailler sur l'estime de soi.

Pouvoir communiquer est le premier pas vers l'intégration sociale. Cela permet de briser l'isolement, de travailler sur l'estime de soi, sur la solidarité.

La radio est un espace suffisamment sécurisant et représente un terrain privilégié pour l'apprentissage de la prise de parole : construire son argumentaire, rester centré sur la thématique... C'est, enfin, un outil qui valorise : la parole ne s'échange pas que dans l'«entre-soi», elle est destinée à être entendue.

Les objectifs du collectif de femmes Voy'elles rejoignent la réflexion menée par Griselidis sur comment fédérer les personnes prostituées autour d'un projet collectif en vue d'intégrer d'autres groupes sociaux.

Finalement, le partenariat s'est posé comme une évidence.

Au début, les locaux de l'association Griselidis ont été utilisés pour une rencontre plus particulière entre les usagères et le collectif Voy'elles, qui préparait par ailleurs plus globalement la trame de l'émission dans les locaux de Canal sud. Ces réunions se sont tenues pendant les temps d'accueil pour garder la dynamique engagée avec les usagères et permettre de les intégrer au projet de radio. Elles ont été un succès, intéressant un nombre croissant d'usagères.

Il faut dire aussi que, quelques mois auparavant, nous avons eu une expérience très positive avec une équipe de France Culture, des membres de l'équipe et des usagères. Nous avons travaillé une semaine durant avec une équipe de la radio publique pour aboutir à une émission de très haut niveau diffusée dans le cadre des «ateliers de création radiophonique» le dimanche 19 février 2006. Nous avons ensuite diffusé cette émission à plusieurs reprises dans le cadre de l'accueil convivial de l'association, et ainsi nombreuses sont les femmes prostituées qui ont pu l'écouter entièrement ou par bribes.

Pérennisation de ce projet de radio

Face au succès rencontré par ce projet, et dans l'enthousiasme qui a suivi, nous avons décidé de poursuivre cette expérience en la pérennisant. Nous avons décidé de la mise en place d'une nouvelle émission mensuelle de 20 minutes, qui s'intitule «Radio trottoir». Il s'agit de la diffusion d'informations sur la prostitution à Toulouse mais aussi à l'échelle nationale, et en particulier sur les conséquences de la LSI (loi de sécurité intérieure votée en mars 2003), et d'interventions au nom de l'association Griselidis assurées par Isabelle et Rita.

L'objectif de cette émission est de lutter contre les stéréotypes entourant la prostitution chez les auditeurs et auditrices de la radio, mais aussi de susciter l'écoute de l'émission par les personnes prostituées elles-mêmes, et surtout leur envie d'y participer, que ce soit par téléphone en appelant en direct les soirs de diffusion, ou bien en venant directement parler à l'antenne.

Pour assurer la réalisation de cette émission, une réunion bimensuelle se tient dans les locaux de la radio Canal sud.





Nous avons participé à la réalisation de 12 émissions en 2007 et mobilisé plus d'une vingtaine de personnes autour de leur préparation.

Quelques émissions : «Femmes la nuit» (8 mars 2006), «La maternité» (18-10-2006), «Prostituées en colère» (15-11-2006), «Rencontres et conférence du 15 décembre» – deux émissions en décembre 2006 avant et après une importante manifestation culturelle organisée par ailleurs par l'association Griselidis en hommage à Griselidis Réal, prostituée et courtisane genevoise (c'est ainsi qu'elle se désignait), décédée le 31 mai 2005.

Lors d'une réunion de bilan de cette première année de fonctionnement en juin 2007, nous avons décidé de poursuivre cette expérience à la rentrée, en intégrant notre «Radio trottoir» au thème plus général choisi par le collectif Voy'elles, à savoir «Les femmes dans la migration».

Dernier trimestre 2007

L'objectif poursuivi a été d'intégrer les femmes migrantes prostituées.

* Il s'agit de faire une émission **avec** les femmes prostituées migrantes et non pas **sur** elles. L'idée à ne pas perdre de vue est justement de sortir du traitement de ces femmes comme objet (comme le font les journalistes). D'autant plus qu'il s'agit de femmes triplement stigmatisées : en tant que femmes, en tant qu'étrangères et comme prostituées (cf. le rapport réalisé par Loan Tran Trung,).

* Sortir de l'image des femmes victimes du trafic, et cesser de réduire les hommes étrangers à des individus forcément méchants, barbares et sexistes (même si nous constatons une distance culturelle importante quant à la position des femmes dans leur société, dans les pays de l'Est par exemple : attention à des messages qui enverraient des clichés réducteurs).

* Donner la parole à des femmes qui ont changé de pays pour améliorer leur sort et qui ont eu recours à la prostitution pour le faire. Montrer que ce sont aussi des femmes actrices de leur vie, à un moment où on constate que les migrations sont majoritairement féminines. (La migration féminine ne va pas toujours dans le sens du rattachement familial.)

La suite à donner

L'objectif à long terme reste de veiller à maintenir une dynamique de participation active et autonome des usagères, c'est-à-dire de permettre aux usagères de s'emparer de cet espace, de se l'approprier et de se fédérer.

Dans l'objectif initial du travail sur la communication d'un public tenu en marge, l'espace radio ne peut représenter qu'un outil parmi d'autres qui restent encore à développer. Mais c'est une première expérience qui marque une mémoire d'éléments positifs réalisables.

Ce partenariat entre le collectif Voy'elles et l'association représente un espace privilégié de travail sur la communication, que ce soit entre les personnes prostituées elles-mêmes ou en interaction avec d'autres groupes de femmes. La radio permet de sortir de l'«entre-soi» tout en préservant l'intimité de la personne. La notion d'identification à un groupe fermé s'estompe pour laisser le champ à l'interactivité.

2. La bibliothèque et le démarrage des ateliers du mercredi

En parallèle et à l'initiative d'une personne prostituée, une bibliothèque d'ouvrages ou de rapports de référence est en cours de constitution à l'association. Cette initiative s'inscrit dans la dynamique collective facilitée par les repas, l'émission de radio et les temps de convivialité informels. L'idée est de permettre à toute personne prostituée usagère de l'association de se documenter en empruntant des ouvrages qui traitent de sujets intégrant la prostitution.

Enfin, au troisième trimestre 2007 des ateliers débats et militantisme ont vu le jour. Ces ateliers ont pour but de préparer les émissions de radio, mais ils rejoignent d'autres préoccupations : parler de la vie sociale, renforcer les liens et l'*empowerment*. Ce nouvel atelier s'est réuni 5 fois à la fin de l'année 2007 et a concerné 8 personnes. La suite sera à observer en 2008.

3. COREVIH (coordination régionale de lutte contre le VIH)

(Rédigé par Marie Vitrac, infirmière et référente pour le COREVIH, et Julie Sarrazin, médiatrice d'insertion et suppléante pour le COREVIH.)



**Bref historique :**

1987 : Création des CISIH (centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine), réunissant des professionnels de santé.

4 mars 2002 : Loi obligeant à associer des représentants des usagers du système de santé aux instances sanitaires et nécessité d'adapter la prise en charge des personnes malades ainsi que les politiques de prévention et de dépistage du VIH à l'évolution de l'épidémie.

2002 : Le rapport Delfraissy pointe l'inadaptation des CISIH.

15 novembre 2005 : Décret de création des COREVIH, qui doivent être mis en œuvre avant le 3 novembre 2007.

Les COREVIH sont au nombre de 28 sur l'ensemble du territoire afin d'être adaptés aux contextes locaux. Ils réunissent les principaux acteurs de la lutte contre le sida : des professionnels de santé et des associations représentant des usagers.

Les objectifs (selon le ministère de la Santé)

- Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé.
- Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.
- Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2).

Composition

30 membres maximum répartis en 4 collèges :

- 1- représentants des établissements de santé et médico-sociaux
- 2- représentants des professionnels de santé et de l'action sociale
- 3- représentants des malades et des usagers du système de santé
- 4- personnes qualifiées

Plus concrètement, ces instances ne sont pas décisionnelles mais peuvent orienter les politiques de santé publique et de prévention dans la lutte contre le VIH.

Dans un contexte de réduction des financements publics, nous sommes conscient-e-s que les COREVIH, qui définissent les priorités de terrain, pourront servir à établir une nouvelle répartition des crédits. On peut donc craindre une concentration des crédits pour un nombre réduit d'opérateurs.

C'est pourquoi il nous paraît important de se saisir de cette place faite aux usagers et aux associations qui les représentent afin de défendre au mieux, d'une part, les intérêts des personnes infectées, et, d'autre part, la pérennité d'un secteur associatif pluriel face aux instances hospitalières.

Mise en place au niveau local

Au sein de l'association, Marie Vitrac, infirmière, est chargée de l'activité en lien avec le COREVIH.

En janvier 2007, Sidaction a organisé une rencontre interassociative afin de nous former sur les COREVIH et de nous inciter à nous y investir. À partir de février, nous avons participé à des réunions mensuelles interassociatives pour préparer la mise en place des COREVIH et élaborer une stratégie commune. Au cours de ces réunions, un règlement intérieur a été élaboré, une stratégie de représentation au bureau a été mise en place et a débouché sur l'élection d'un président associatif (Aides). Une liste de représentant-e-s associatifs pour le collège 3 a été élaborée et soumise aux autorités de tutelle.

13 février : Journée d'information sur les COREVIH avec le soutien de Sidaction.

22 mars : Réunion d'information sur l'agrément avec le soutien de Sidaction. Les associations qui souhaitent et pouvaient (plus de 3 ans d'existence) siéger ont dû demander l'agrément d'«association d'usagers du système de santé».





2 avril 2007 : Dépôt du dossier d'agrément avec Monique Michaëlis, directrice de Grisélidis jusqu'en mai 2007.

Été 2007 : Mise en place d'une stratégie de portage entre associations ayant reçu l'agrément et ne l'ayant pas reçu. Long travail de coordination interassociatif et de négociation avec la DDASS pour faire accepter le système de portage afin de pallier le retard d'agrément. Refus de la DDASS. Notre association n'a obtenu l'agrément que trois jours avant la date limite de la mise en œuvre – et quatre mois après le dépôt de la demande –, c'est pourquoi nous ne siégeons pas actuellement : la liste proposée par la DDASS avait déjà été constituée et soumise au préfet.

31 octobre 2007 : Agrément par arrêté préfectoral en tant qu'association d'usagers du système de santé.

Grisélidis et Entr'AIDSida (association communautaire d'accueil et d'écoute des personnes séropositives – Limoges) ont obtenu cet agrément au niveau régional. Aides avait déjà un agrément national. Act Up-Toulouse ne l'a toujours pas obtenu et s'est présenté avec l'agrément national de Act Up-Paris.

30 janvier 2008 : Première réunion du COREVIH.

Avec le soutien d'Act Up-Toulouse et Entr'AIDSida, nous sollicitons un siège dans le collège 3 pour l'association Grisélidis.

4. Interventions, colloques, formation, participation à des manifestations publiques, actions associatives nationales

Tout au long de l'année les membres de l'équipe ou les militant-e-s associatifs s'impliquent dans des actions visant à lutter contre les discriminations, les préjugés, et à en limiter les conséquences.

Ces actions impliquent la participation à des colloques universitaires ou de vulgarisation, à des conférences, à des émissions de radio, à des rencontres nationales ou européennes, à des interventions dans des cursus de formation de professionnels et enfin à la rédaction d'articles dans des revues de sciences humaines.

Nous pouvons citer :

Une vingtaine de rencontres et interviews avec des étudiant-e-s, professionnel-le-s en formation ou journalistes réalisées par Monique Michaëlis, Isabelle Schweiger ou Françoise Guillemaut.

Des interventions en formation initiale ou continue de professionnel-le-s ou militant-e-s associatifs.

– Par Monique Michaëlis :

- Janvier 2007, master professionnel «Politiques publiques et rapports sociaux de sexe», université Toulouse Le Mirail.

– Par Françoise Guillemaut :

- 8 février 2007, intervention pour la section locale (31) de la LDH. Titre de la communication : «Les femmes migrantes dans l'étau des politiques publiques en Europe».
- 28 septembre 2007, séminaire de formation nationale des intervenant-e-s de Médecins du monde ; intervention : 1) «L'approche communautaire en prostitution» ; 2) «Les questions de trafic et de migration».
- 9 novembre 2007, REPI (réunion publique d'information) d'Act Up-Toulouse : «Femmes séropositives : On ne soigne pas les femmes comme les hommes» ; titre de l'intervention : «Femmes migrantes séropositives, une approche sociologique».

Rencontres nationales :

Par Isabelle Schweiger

- 16 mars 2007 : «Assises de la prostitution» : rencontre nationale des associations communautaires, Paris.
- 5 novembre 2007 : rassemblement et réunion de bilan de la LSI après 5 ans. Rencontre nationale des associations concernées par la LSI, Paris.

Colloques et conférences universitaires internationaux :

Par Françoise Guillemaut

- 21, 22, 23 mars 2007, Poitiers, rencontre scientifique interuniversité Toulouse/Poitiers-CIRUS-CERS UMR 51 93, Migrinter, «Ressources économiques





et migrations : du local/national à l'international. Cadrage méthodologique et acquis théoriques». Titre de l'intervention : «De l'intérêt d'une approche en termes de genre dans la recherche sur les migrations».

– 13, 14, 15 juin 2007, colloque international, université de Nantes, groupe de recherche Politiques publiques et populations problématiques (ACI du réseau des MSH), «La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques». Titre de la communication : «Mobilisation des femmes migrantes travailleuses du sexe en France face aux politiques publiques anti-trafic».

– 6-7-8 décembre 2007, colloque international, université de Nice Sophia Antipolis, URMIS, «Nouvelles dynamiques migratoires : activités régulières et irrégulières sur le marché du travail européen». Titre de la communication : «Femmes migrantes non européennes et secteur du service : travail du sexe/travail domestique, une alternative sans choix ?»

Articles de revues en sciences humaines :

Par Françoise Guillemaut

– «Mobilité internationale des femmes, échange économique-sexuel et politiques migratoires : la question du "trafic"», in *Cahiers du CEDREF, Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, avril 2008.

– «Femmes africaines, migration et travail du sexe», in *Consommations et Sociétés, numéro thématique Immigration et identité nationale, une alliance controversée*, à paraître au 1^{er} semestre 2008.

– «Sexe, juju et migrations. Regard anthropologique sur les processus migratoires de femmes africaines en France», in *Recherches sociologiques et anthropologiques* 2008/1, p. 143-163, à paraître au 1^{er} semestre 2008.

Par Stéphane Duborjal :

– «Trottoirs, impasses et sens interdits. Ébauche d'une pratique de terrain», in *Consommations et Sociétés, numéro thématique Immigration et identité nationale, une alliance controversée*, à paraître au 1^{er} semestre 2008.

Enfin, l'association Grisélidis est membre d'un réseau associatif de défense des droits des personnes prostituées, réseau qui s'est construit à la suite de la promulgation de la LSI en 2003, mais qui avait déjà posé ses jalons dès 1995 avec la création du collectif Olympio, collectif national regroupant, à l'époque,

l'ensemble des associations communautaires de lutte contre le sida avec les personnes prostituées.

Ce réseau associatif a créé un collectif d'associations nationales ouvert plus largement à toute association de défense des droits humains, «Droits et prostitution» (www.droitsetprostitution.org). Ce collectif demande l'abrogation de l'article de loi n° 225-10-1 du Code pénal interdisant le racolage, la protection des personnes prostituées en tant que citoyennes ainsi que la reconnaissance de leurs droits, et une refonte des articles de la loi sur le proxénétisme.

Grisélidis est par ailleurs en relation avec différentes associations européennes, que ce soit par sa participation au programme EQUAL avec l'association Cabiria ou par sa présence lors de rencontres associatives européennes.



*

**P
R
O
J
E
T
S**

Pour l'année 2008, l'association poursuivra son action de terrain en la renforçant avec des actions nouvelles et elle consolidera sa position comme acteur de transformations sociales et de réflexion par des actions de recherche-action. Nous allons exposer les axes du développement associatif pour 2008.

En matière d'action de terrain, nous l'avons évoqué, de nouvelles actions se mettent en place afin de mieux répondre aux besoins repérés par l'équipe.

Pour 2008, l'association s'engage dans deux projets de recherche-action ; le premier concerne la prostitution via Internet et le second correspond à la sélection de Grisélidis dans le cadre d'un appel à projets lancé par le GRSP (groupement régional de santé publique) de Guadeloupe en 2007.

Ces deux actions nouvelles montrent que l'association est résolument reconnue comme un pôle de compétence fiable et que la portée de son action est largement reconnue.

**2
0
0
8**

Les nouveaux projets de recherche-action

a) Projet de recherche-action Internet

Mise en œuvre : Eva Clouet, étudiante en master 2 « Genres et politiques sociales » à l'université du Mirail de Toulouse. Son mémoire de master 1, La prostitution étudiante à l'heure des nouvelles technologies de communication, a été publié début 2008.

Internet est aujourd'hui un moyen utilisé pour l'activité prostitutionnelle. Depuis les lois répressives dites « de sécurité intérieure » appliquées en 2003, de nombreuses personnes prostituées et clients prennent contact via Internet afin d'échapper, notamment, à la répression policière. Ce nouveau moyen tend à rendre « moins visibles » les personnes prostituées (vis-à-vis des dispositifs d'aide

et de soutien) ainsi qu'à les isoler. À ce jour, les mécanismes de la prostitution via Internet demeurent mal connus (voire inconnus) car peu de recherches ont été menées sur le sujet.

Notre mission d'étude consiste, dans un premier temps, à repérer et à analyser le fonctionnement et les pratiques (codes, règles, normes...) de la prostitution via Internet, principalement du côté des «prostitué-e-s du Net» (escortes ; escort-girls, escort-boys).

Dans un second temps, il s'agit de mettre en lumière les besoins (demandes/attentes) que pourraient avoir les prostitué-e-s du Net en matière de conseils (droits fondamentaux), de prévention des risques, etc., pour ensuite réfléchir et proposer un certain nombre de préconisations en vue de proposer à l'association Griselidis des recommandations pour l'action.

b) Projet de recherche-action sur la prostitution en Guadeloupe

«La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges économique-sexuels en Guadeloupe. Projet de recherche pour une étude sur la prostitution en Guadeloupe», pour le compte du GRSP de la Guadeloupe.

Mise en œuvre : Françoise Guillemaut, Martine Schutz Samson.

Descriptif

Trois problématiques se croisent :

- Migration, trafic des êtres humains, prostitution, précarité et VIH/sida (rue et campagne, femmes étrangères, géopolitique et rapports Nord/Sud) ;
- Prostitution dite «de fin de mois» et ses conséquences en termes de santé et de prévention ;
- Économie et sexualité : tourisme et prostitution «de luxe».

Objet

- Étude socio-anthropologique visant à définir la nature de la prostitution en Guadeloupe ;
- Recherche-action de terrain, rencontre avec les personnes concernées ;
- Proposer des modalités de mise en œuvre d'une politique de réduction des risques – face aux IST et aux maladies de la dépendance (toxicomanie, alcoolisme) – et d'accès aux soins intégrant les personnes prostituées.





Objectifs

1. Décrire et analyser les connaissances, les représentations et les pratiques des personnes pratiquant ces formes de prostitution, au sujet du risque d'infections sexuellement transmissibles et des moyens de s'en protéger.
2. Définir les outils de prévention (moyens, méthodes et acteurs) et les modalités d'accès aux soins les plus adaptés en fonction des pratiques et des populations concernées.
3. Analyser les déterminants (économiques, sociaux, culturels, politiques...) d'une bonne maîtrise de ces outils de prévention et de l'accès aux soins ou au contraire définir les obstacles à leur usage.
4. Identifier les acteurs ou associations relais susceptibles de favoriser le recours à la prévention et aux soins chez les populations concernées et proposer des actions et des outils pour mettre en œuvre une politique de prévention des risques et d'accès aux soins.

Retombées attendues

Cette recherche-action a pour finalité de :

- encourager l'accès au dépistage et l'accès aux soins des personnes prostituées vivant avec le VIH/sida, comme l'accès aux soins de santé globale ;
- proposer un programme de réduction des risques auprès des populations étudiées ;
- proposer un programme de réflexion sur les rapports sociaux de sexe dans le contexte d'une épidémie de sida très dynamique.

Cela pourrait se traduire par :

- des recommandations,
- des orientations de formation,
- des propositions de programmes d'action à mener en partenariat avec les associations et les institutions locales pour promouvoir l'accès à la prévention et aux soins dans les groupes «cibles»,
- et éventuellement la mise en place de programmes axés sur une méthodologie de santé communautaire, en fonction du contexte et des possibilités locales.

Méthodologie

- S'appuyer sur les compétences et connaissances des acteurs de terrain (institutions, associations, réseaux...);
- Rencontre avec les professionnel-le-s ;
- Immersion sur le terrain, méthode «boule de neige» ;
- Recherche d'informateurs-trices et travail avec des médiatrices culturelles.

Cette recherche se déroulera sur toute l'année 2008 et fera l'objet d'un rapport de restitution en janvier 2009.



* Les objectifs de terrain de l'association Grisélidis pour 2008

O B J E C T I F S 2 0 0 8

Objectif général

Renforcer et consolider les actions de l'association dans les trois champs d'intervention dans lesquels elle est engagée – santé et prévention, lutte contre les violences et les discriminations, passerelle vers l'emploi et la formation professionnelle – et développer la vie associative.

Objectifs opérationnels par axe d'intervention

Santé et prévention

- Poursuivre et renforcer la réduction des risques sexuels (IST, VIH/Sida, hépatites, syphilis) en adaptant l'écoute, les méthodes, les outils au terrain, et renforcer la prévention de la tuberculose, en particulier en direction des groupes et des personnes les plus vulnérables.
- Promouvoir l'utilisation de tous les outils de prévention afin d'augmenter l'autonomie de négociation des personnes prostituées en matière de réduction des risques.
- Poursuivre le soutien aux personnes vivant avec le VIH, VHB ou VHC : faciliter l'accès aux traitements et à l'information (suivis biologiques, nutrition, interactions médicamenteuses, etc.), faire les liens avec le réseau de soin, apporter un soutien psychologique, renforcer les liens sociaux...
- Faciliter l'accès aux soins de santé globale et aux droits sociaux pour l'ensemble des personnes rencontrées.
- Renforcer l'action face aux problèmes croissants de couverture sociale (AME, CMU) et de sortie des dispositifs pour les femmes des nouveaux pays entrants dans l'Europe.
- Promouvoir la santé sexuelle des femmes, notamment des femmes migrantes : prévenir les problèmes de santé sexuelle et améliorer leur santé sexuelle.
- Renforcer les actions de prévention des violences contre les personnes prostituées et en prévenir les conséquences.

- Soutenir, orienter et accompagner les personnes transsexuelles dans leurs démarches (médicales, sociales et juridiques).
- Actions nouvelles : Ateliers santé et focus-groupes, et augmenter la présence de rue, la nuit (ajouter une tournée de nuit).

Accès aux droits et lutte contre les violences, les discriminations et les exclusions

- Faciliter l'accès de toutes les personnes aux services de droit commun.
- Favoriser l'accès au logement pour toutes les personnes prostituées comme un outil essentiel d'insertion et d'accès à la santé.
- Poursuivre et améliorer l'accueil, le soutien et l'orientation des personnes migrantes avec les médiatrices culturelles dans les langues d'origine des personnes.
- Continuer le soutien aux personnes incarcérées ou sortant de prison.
- Favoriser la cohabitation et la solidarité entre les différentes communautés présentes sur le terrain.
- Poursuivre les actions de médiation entre les personnes prostituées, les élus, les habitants.
- Continuer d'alerter les pouvoirs publics et l'opinion sur la situation des personnes prostituées, notamment des femmes migrantes.
- Poursuivre les actions de formation et d'information en direction de publics diversifiés.
- Poursuivre et renforcer la collaboration avec Voy'elles.
- Action nouvelle : Élargir les temps d'accueil individuels et collectifs.

Passerelle vers l'emploi et la formation professionnelle

- Établir un contact de proximité, durable et basé sur la confiance réciproque afin de rendre à chacun-e un minimum d'existence sociale et d'ouvrir aux personnes l'accès au marché du travail.
- Aider et soutenir les personnes dans la construction d'un projet personnel par un accompagnement individuel et collectif de chacun-e à travers une écoute personnalisée.
- Favoriser la multiplication des liens sociaux, base de l'insertion ; orienter, accompagner vers les structures adaptées et compétentes, mais aussi favoriser les rencontres (lors des repas hebdomadaires).
- Aider et soutenir les personnes dans la réalisation de leur projet : accès à l'usage de l'informatique, initiation à la recherche d'emploi et construction des





CV, aide à la remise à niveau et accès à cette remise à niveau.

- Faciliter l'intégration des femmes migrantes qui ont peu accès aux formations qualifiantes et à l'emploi direct.
- Sensibiliser les spécialistes de l'emploi et des employeurs potentiels vis-à-vis de la situation des personnes prostituées.
- Actions nouvelles : Cours de FLE/savoirs de base, informatique et ateliers collectifs «emploi».

Vie de l'association

- Redistribuer les responsabilités de chaque membre de l'équipe, relatives à la diversification des actions.
- Renforcer l'implication des personnes concernées par la vie de l'association.
- Renforcer les partenariats associatifs et institutionnels.
- Poursuivre et développer les contacts nationaux et internationaux pour améliorer nos réponses localement et partager nos expériences.
- Développer la recherche-action et la réflexion collective.

Actions nouvelles

Recherche-action en Guadeloupe

Recherche-action sur la prostitution via Internet.

L'humanité, un mystère éternel.
Sandra



*
C
O
N
C
L
U
S
I
O
N
-
G
É
N
É
R
A
L
E

Ce rapport d'activité avait pour ambition de rendre compte du chemin parcouru cette année comme fruit d'un travail commencé il y a huit ans et inscrit dans un mouvement plus large de transformation sociale. Nous espérons avoir rempli notre objectif de vous faire partager nos difficultés et nos espoirs pour l'avenir et avoir su rendre compte de la richesse et de la diversité du travail qui s'accomplit au jour le jour, tout en développant une vision globale et réflexive par rapport au quotidien.

Chaque jour et chaque nuit depuis huit ans, nous travaillons à un peu de mieux-être avec toutes les personnes que nous rencontrons. Que ce soit au quotidien, par la proximité et l'alliance, ou par le biais de nos actions globales, nous portons l'idée et la conviction que nul-le ne peut-être privé-e de ses droits, dépouillé-e de sa dignité, persécuté-e à cause de son origine, muselé-e par le stigmat social qui pèse sur lui ou elle...

Cette année encore, vous faire partager nos analyses et notre quotidien reste un moyen de visibiliser les réalités d'un groupe marginalisé. Ce groupe, rendu silencieux depuis si longtemps, est trop souvent pris à parti par les médias, montré sans nuances et décrit par des propos méprisants et loin de la réalité.

Pour toute l'équipe de Grisélidis

Françoise Guillemaut



Extraits des fiches de suivi de violences Réalisées par Loan Tran Trung

II.2.6. N.

N. est une femme roumaine, en situation irrégulière au moment des faits, qui se prostitue à Toulouse.

En 2004, elle est agressée et violée par 4 hommes qui cherchent à l'intimider pour s'imposer comme proxénètes. Elle porte plainte pour viol en réunion et proxénétisme et se constitue partie civile. Rentrant dans le cadre de la LSI, elle fait la demande d'une carte de séjour.

* Les agresseurs sont poursuivis et condamnés pour proxénétisme mais le viol n'est pas retenu. Lors d'une confrontation, elle a en effet refusé de reconnaître ses agresseurs, par peur de représailles. La CIVI oppose alors un non-lieu à la demande de dommages et intérêts.

A En août 2005, N. reçoit un récépissé valable trois mois, jusqu'en novembre 2005. Elle subit une autre agression et un autre viol mais refuse de porter plainte, déclarant qu'elle «n'en peu[t] plus de ces histoires».

N Son autorisation provisoire de séjour est renouvelée pour 3 mois avec droit au travail, jusqu'en février 2006. N. se met à chercher n'importe quel travail.

N En 2006, N. apprend qu'elle va finalement recevoir une carte de séjour d'un an. Elle travaille, apprend le français, trouve un appartement, arrête de se prostituer. Une carte de 10 ans devrait lui être octroyée à l'issue du procès.

E En avril 2007, soit un an plus tard, N. reçoit finalement sa carte de séjour d'1 an, mention «vie privée et familiale», qu'elle retire à la préfecture. Elle demande l'allocation temporaire d'attente (ATA) aux Assedic, qui la renvoient à la préfecture, argumentant qu'une attestation de protection de l'État est nécessaire à sa demande d'ATA. N. retourne à la préfecture accompagnée de son avocat. La préfecture déclare ignorer cette procédure et ne pas être en mesure de lui délivrer l'attestation en question. L'avocat entame donc une procédure pour récupérer cette attestation, procédure qui prendra au moins plusieurs mois, et qui est en cours à l'heure actuelle.

X
E
S

Conclusions :

L'ATA a été mise en vigueur en 2006, mais en 2007 à Toulouse la préfecture n'est toujours pas informée de la procédure la concernant, ce qui révèle un manque certain de formation et d'information au sein des institutions pour l'application des nouvelles lois, ainsi qu'un cloisonnement administratif entre les différentes institutions. Aucune ATA n'a encore pu être délivrée à Toulouse à une victime de proxénétisme ou de traite des êtres humains. L'application du droit pour ces personnes reste donc fortement dépendante des rouages institutionnels, à leurs dépens.

De plus, la lenteur de la justice et des administrations quand il s'agit de délivrer des papiers ou plus simplement de donner suite à une plainte pour viol, le peu de considération que les femmes prostituées rencontrent quand elles le font, ont comme conséquence une perte totale de confiance dans des services publics pourtant censés les protéger.

II.2.1. B.

B. est une femme d'origine ghanéenne, en France depuis 2003 et en situation irrégulière, qui se prostitue à Toulouse.

Le 23 juillet 2004, elle est égorgée dans son studio par un homme qu'elle avait fait entrer en tant que client. Elle tente d'alerter un premier voisin, poursuivie par son agresseur. Ce voisin lui ferme la porte, de terreur face à l'agresseur qui la poursuit, et saute par la fenêtre pour fuir. L'agresseur s'escamote. B. arrive à aller jusque dans la rue, où, finalement, une voisine l'aperçoit et alerte les pompiers. B. est transportée à l'hôpital, où une section de la veine jugulaire droite est diagnostiquée par le médecin légiste, qui lui prescrit 8 jours d'interruption totale de travail (ITT) mais ne rédige pourtant pas d'attestation. B. est recousue par une dizaine de points de suture. Elle demande à voir la police et porte plainte de son lit d'hôpital auprès de trois policiers en civil, accompagnés d'une interprète. Elle ne révèle pas alors exercer en tant que prostituée mais son voisin la dénoncera lors de sa déposition. Étant au moment des faits porteuse de papiers d'identité d'une de ses connaissances, son enregistrement à l'hôpital et auprès de la police s'effectue sous une identité qui n'est pas la sienne. Elle sort finalement de l'hôpital le 30 juillet 2004, avec des séquelles physiques irréversibles. Tous ces faits sont consignés dans les dossiers de l'hôpital, et, normalement, de la police. Une enquête est menée, l'agresseur est retrouvé par la police, reconnu sur un





fichier. B. est convoquée début août 2004 pour une confrontation et reconnaît son agresseur. Elle est alors entendue sous sa vraie identité, la police modifie donc la plainte.

Bien qu'en situation irrégulière sur le territoire français, B. peut tout de même obtenir l'aide juridictionnelle. Cependant, pour se constituer partie civile, demander des dommages et intérêts, et faire une requête auprès de la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI), elle doit être en situation régulière au moins au moment du dépôt de la demande. Elle constitue donc un dossier de demande d'asile, afin d'obtenir une autorisation provisoire de séjour d'un mois. Son dossier est déposé en préfecture le 17 janvier 2005, avec prise d'empreintes. L'autorisation provisoire de séjour d'un mois lui est refusée sous le prétexte qu'elle est en France depuis 2003. La préfecture lui fournit un dossier pour l'OFPPRA à ramener début février 2005. La Cimade affirme ne pas comprendre le refus de la préfecture de délivrer l'autorisation provisoire de séjour d'un mois et sollicite de nouveau la préfecture. Cette autorisation est finalement accordée jusqu'au 27 février 2005. Le 1er mars 2005, B. reçoit un récépissé de 3 mois, valable jusqu'au 30 mai 2005, suite à son dépôt de dossier de demande d'asile auprès de l'OFPPRA. Elle peut désormais se constituer partie civile et demander des dommages et intérêts, mais pour cela elle doit également fournir :

- un certificat du médecin légiste – le médecin légiste qui l'a vue à l'hôpital n'a pas établi de certificat ;
- le numéro de sa plainte auprès des services de police.

Le 2 mars 2005, l'avocat avec qui elle a été mise en contact lui annonce qu'il n'y a aucune trace de sa plainte. Le parquet n'est pas informé et sa plainte a disparu. Aurait-elle disparu suite à la rectification de l'identité sous laquelle elle a été déposée ? Néanmoins, la requête auprès de la CIVI est déposée.

En juin 2005, une convocation chez le juge est prévue pour septembre 2005, car la plainte aurait été perdue.

En septembre 2005, l'avocat de B. estime que le procès va être renvoyé car le procureur n'a pas accès au dossier, égaré par la Sûreté urbaine. Le procureur est donc obligé d'ouvrir une nouvelle enquête. Cependant, la requête de B. auprès de la CIVI est déclarée recevable.

En janvier 2006, la demande d'asile de B. est rejetée par l'OFPPRA. Elle fait un recours. La CIVI retire le dossier de demande d'indemnisation jusqu'à ce que le parquet retrouve la plainte de B.

Début septembre 2006, B. reçoit un refus de la Commission de recours des réfugiés. Elle reçoit de la préfecture une invitation à quitter le territoire sous deux mois. B. dépose un recours au tribunal administratif. Elle ne dispose toujours pas d'une attestation du médecin légiste, et la plainte manque toujours, bien qu'elle ait été déposée à l'hôpital avec prise d'empreintes, que l'agresseur ait été placé en garde à vue, et qu'une confrontation ait eu lieu. Le dossier médical de l'hôpital mentionne bien pourtant la visite de la police, avec les noms des trois policiers et de l'interprète agréée ayant reçu sa plainte.

Le 14 septembre 2006, B. apprend finalement que son dossier a été retrouvé, plus de deux ans après, par la Sûreté urbaine, qui l'aurait «archivé» dans ses locaux. Cependant, il n'y a toujours pas de trace du côté de la police nationale.

Le 24 janvier 2007, B. apprend que son dossier a été classé sans suite, car l'agresseur aurait disparu. Il aurait toujours nié les faits, fourni un alibi, et nié avoir été vu en confrontation par B. Il a donc été relâché et aurait disparu.

Le 27 février 2007, le dossier pénal de B. est retrouvé. Elle peut finalement refaire une requête auprès de la CIVI.

Au printemps 2007, soit trois ans après son agression, B. est de nouveau en situation irrégulière. Son agresseur court toujours, et elle n'a toujours pas reçu de dommages et intérêts. Elle ne sait pas où en est sa demande de dommages et intérêts auprès de la CIVI, mais, faute de jugement, il est possible que celle-ci demeure sans suite. Elle ne sait pas non plus quelles sont les possibilités pour sa plainte de voir des suites. Vivant quotidiennement avec les conséquences physiques irréversibles de son égorgement, B. n'a pourtant pas de possibilité d'obtenir un titre de séjour, quand bien même son égorgement était, lui, un citoyen français de plein droit.

Conclusions :

L'histoire de B. est exemplaire du peu de cas qui est fait des femmes prostituées, a fortiori étrangères et sans papiers, lorsqu'elles sont agressées.

Bien que sa plainte ait été déposée sous une fausse identité, qui a été rectifiée par la suite, cela ne justifie en rien la perte de sa plainte.

Le fait que son agresseur ait été relâché, parce qu'il avait fourni un alibi et nié avoir été soumis à une confrontation, témoigne directement du peu d'importance accordé à l'agression gravissime subie par B., voire de la mauvaise volonté des services de police dans cette affaire.





Le classement sans suite de sa plainte, une fois celle-ci retrouvée, justifié par le fait que l'agresseur aurait disparu, représente le summum du non-droit auquel se heurtent les femmes prostituées et les femmes sans papiers.

De plus, le diagnostic du médecin légiste – qui, rappelons-le, n'a jamais fourni de certificat –, de 8 jours d'ITT pour un égorgement (pour un égorgement !! avec section de la veine jugulaire droite !!), vient ajouter au discrédit porté à l'institution judiciaire dans le traitement de cette affaire, même lorsqu'il s'agit d'un médecin.

Cette agression plus que traumatisante demeure sans réparations ni même reconnaissance de la part de la société française, entérinant ainsi l'impunité de l'agresseur qu'elle abrite pourtant en son sein, et attendant directement à la dignité et aux droits de sa victime.

La situation présentée ici correspond à un suivi individuel réalisé entre 2002 et 2007. Il s'agit d'une femme africaine, rencontrée lors d'une tournée de rue, par l'animatrice de prévention de l'équipe.

1) Première rencontre et demande de la personne

En 2002 lors de tournées de rue que j'effectue le jour, dans le quartier de prostitution à Toulouse, je croise souvent Zora devant les échoppes africaines du quartier de prostitution sans qu'elle-même se présente comme prostituée. Mon acuité professionnelle me fait pressentir qu'elle doit être une prostituée occasionnelle, et pour cette raison je la salue régulièrement, lui proposant à chaque fois du matériel de prévention (préservatifs, gel) qu'elle accepte, mais pour une copine, dit-elle. Ainsi, je laisse toute possibilité de contact, lui donne toutes les informations relatives à l'association (permanence d'un avocat, présence de ma collègue infirmière...).

Un jour de mars 2002, après huit semaines environ de ces rencontres informelles, Zora se précipite vers moi pour me demander dans un français approximatif si je peux la voir en urgence : elle est dans un état de grande anxiété.

Face à sa demande, je me pose avec elle immédiatement, dans la rue, pour évaluer le degré de l'urgence. Je ne parle que quelques mots d'anglais et je ne peux que communiquer en français. Elle m'explique : des conflits au sujet de son logement, une sous-location à Toulouse, sa situation irrégulière, son déménagement récent d'une autre ville, ses problèmes de santé... et Zora me demande si je peux faire quelque chose pour elle. Elle semble soucieuse que je la croie, que je sache que tout ce qu'elle me dit est vrai, et qu'elle est honnête.

Nous sommes le jeudi en fin d'après-midi (jour des tournées de jour que j'effectue généralement seule), le vendredi nous travaillons de nuit dans le bus pour les tournées de nuit.

Dans un premier temps, je lui indique les deux principaux CHU de Toulouse, le 18 (numéro de téléphone des urgences), que j'écris sur un papier ; je lui redonne une carte de l'association, avec mon prénom, l'informe de la permanence de l'avocat en lui expliquant que, en cas de violence, elle peut dans tous les cas porter plainte à la police (mais en situation irrégulière, il est préférable en effet de prévenir un avocat car le risque d'être pénalisée est bien réel).

Dans un second temps, je lui explique précisément où nous nous trouvons. Je lui propose un rendez-vous dès le lundi. Je lui dis que j'ai bien compris que sa situation est très complexe et qu'il m'est impossible de lui apporter des réponses satisfaisantes immédiatement, et je la rassure en lui disant que je prends bien en compte sa situation, m'assure qu'elle a bien compris qu'elle sera attendue le lundi.





Le lundi, j'informe immédiatement mes collègues de cette rencontre et des particularités des problèmes qui ont été exprimés. Je vais être attentive à ce que ma collègue infirmière puisse être disponible pour recevoir Zora en même temps que moi.

Zora arrive à l'heure convenue. Je l'accueille à la cuisine, je lui propose une boisson. Comme la cuisine est un lieu d'accueil collectif, nous allons dans le bureau pour pouvoir poser les éléments un à un, être au calme, et dans une situation de confidentialité. Ce premier entretien dure 1 h 30 environ et nous nous reverrons deux fois par semaine au début, puis de façon variable selon le type d'accompagnement par la suite.

2) Situation générale ; histoire de la personne

Zora est une femme d'origine africaine (Ghana), d'une quarantaine d'années, arrivée en France en 1991. Elle a confié ses enfants à ses parents, restés au Ghana. Zora vit seule, évoque peu son parcours en Afrique et sa vie là-bas, si ce n'est qu'elle a vécu un temps du commerce de cacao et de vêtements. Elle parle très peu des motivations de sa venue en France et de comment elle est venue s'installer d'abord à Paris, où elle a exercé diverses professions non déclarées (ménage, manutention). Zora veut s'en sortir, améliorer ses conditions de vie, et exerce alors la prostitution. Sur les conseils d'une femme, également originaire du Ghana, Zora vient s'installer à Toulouse. Zora y dispose d'un appartement dont elle n'est pas la locataire en titre et d'une place dans la rue pour travailler (dans la prostitution de rue les places se « négocient » à l'intérieur de la communauté).

À l'automne 2003, Zora refuse les conditions d'hébergement (loyer surévalué, obligation d'accepter d'autres locataires) imposées par les bailleurs, et est donc mise à la porte manu militari par ceux-ci : porte fracturée, tous ses effets détériorés et jetés. Dans la tourmente, Zora se trouve alors sans insuline (elle est diabétique), ce qui occasionne un malaise important, qui justifie une hospitalisation en urgence en CHU, puis une hospitalisation en maison de repos. Au même moment, le 31 octobre 2003, Zora apprend le décès de sa fille de 19 ans. Zora n'a pas pu se rendre aux obsèques.

Ni sa situation administrative ni sa situation professionnelle ne lui permettent d'accéder à un logement, ni d'envisager un retour au Ghana – la priorité restant l'accès au logement après l'hospitalisation longue durée avec, malgré l'épreuve, l'espoir de construire sa vie en France.

En 2006, Zora perd son père et de nouveau, elle ne peut pas assister aux obsèques. La douleur du deuil est universellement partagée, et en Afrique, les obsèques représentent une tradition très prégnante et sont l'occasion de grandes réunions. Zora est très affectée par ces événements, très affectée par la distance qui l'éloigne de ses proches, et par l'impossibilité d'un retour vers eux à l'occasion des funérailles.

Mais malgré son grand découragement, Zora persiste à suivre une démarche d'insertion en France, en avançant qu'elle n'a pas fait tout ce chemin jusque-là

pour renoncer. Zora dit : «Je n'ai pas fait tout ça pour rien.» C'est délibérément, et au prix de grands sacrifices, que Zora décide de se battre pour s'intégrer à la France.

3) Analyse de la situation (diagnostic sociomédical)

Problèmes à traiter

Lors du premier entretien les problèmes qui ont émergé sont : santé, prise en charge sociale, juridique, logement, emploi-insertion.

Santé : Diabète insulinodépendant, pas de lien avec un médecin généraliste ni de manière plus spécifique de diabétologue.

Prise en charge sociale : Pas d'immatriculation à la Sécurité sociale ; pas (ou plus) de couverture sociale.

Juridique et administratif : En situation irrégulière sur le territoire français ; est en possession de son passeport, n'a pas fait de demande de régularisation.

Logement : Dans un premier temps Zora possède un logement. Cependant, je peux évaluer une problématique à moyen terme au regard des éléments que m'expose Zora (sous-location, pas de bail à son nom, loyer surévalué et conditions d'hébergement – colocation dans un petit appartement imposée par les bailleurs).

Emploi-insertion : Zora, au fil des entretiens qui concernent principalement son suivi santé et sa régularisation possible, évoque à plusieurs reprises son désir de changer d'activité : pour elle, se pose la question de son âge, de son état de santé. Zora se pose la question de ce qu'elle aimerait et pourrait faire comme travail.

Potentiels :

- Zora est ponctuelle aux rendez-vous.
- Elle repère rapidement les différents acteurs, les identifie et entre en lien facilement avec ces acteurs, qui deviennent des personnes ressources.
- Elle fait preuve d'une grande capacité d'autonomie, d'une facilité à se repérer géographiquement, connaît bien le réseau des transports à Toulouse.
- Elle comprend toutes les démarches mises en place et y participe activement.
- Aussi, Zora montre beaucoup de détermination et de persévérance.

Obstacles, limites :

- Zora est anglophone, parle un français approximatif, n'écrit ni en français ni en anglais et connaît de grandes difficultés pour lire les divers documents administratifs. Elle ne m'en fait pas forcément état, éprouve de la gêne à me faire répéter lorsqu'elle ne comprend pas. J'évalue difficilement son niveau de compréhension.
- Parfois, elle montre une grande fatigabilité lors des entretiens ; il est dans ces cas-là difficile de l'amener à se concentrer. Lors de ces moments, les informations





passeront moins bien. Je serai amenée à me demander si la pathologie du diabète peut avoir des incidences sur l'humeur de Zora.

– La situation irrégulière de Zora est un obstacle important pour toutes les démarches d'accès aux droits.

4) Objectifs (à atteindre...)

En urgence :

- 1) Bilan de santé : Suivi de santé générale, suivi du diabète.
- 2) Demande de couverture sociale : Dans un premier temps il s'agira de l'AME (aide médicale d'État, au regard de sa situation irrégulière). Dans un second temps (selon l'évolution de la demande de titre de séjour auprès de la préfecture), elle pourra envisager l'ouverture des droits de CMUC (CMU et complémentaire) et enfin établir une demande d'ALD (allocation maladie longue durée).
- 3) Demande de régularisation sur le territoire français : Je suppose qu'elle peut bénéficier de la régularisation par un titre de séjour «vie privée et familiale» : *Art. 12 bis & 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 dispose que «l'étranger résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale, dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié dans le pays dont il est originaire», peut bénéficier de ce fait d'une carte de séjour «vie privée et familiale» renouvelable, délivrée par la préfecture, après avis du médecin départemental de santé publique.*
- 4) Amélioration de son niveau en français afin de favoriser au maximum la compréhension des démarches entreprises, et d'assurer la meilleure autonomie de Zora.

Objectifs à moyen et long terme :

- 5) Accès au logement social ou privé.
- 6) Accès à l'emploi et à l'insertion (dont fait d'ores et déjà partie l'intégration à des cours de français pour personnes étrangères).
- 6 bis) Inscription Assedic/ANPE, recherche d'emploi, et/ou intégration dans le dispositif PLIE (plan local d'insertion et d'accès à l'emploi).

5) Méthode

– Travail en collaboration avec l'équipe, espace des réunions techniques

Lorsque nous sommes confrontées à des situations complexes, la réunion technique est le lieu où les exposer. Je prépare donc une synthèse de cette situation pour mes collègues, avec lesquelles nous étudions les réponses les plus adaptées à la situation. Nous convenons que la première urgence est la santé, qui suppose l'ouverture des droits et une ou des consultations médicales ; mes

collègues infirmières me permettent de comprendre la pathologie de Zora et ses conséquences. Puis, dès que le dossier médical sera constitué, il faudra envisager la démarche de régularisation avec l'appui de l'avocat. Concernant le logement, nous pouvons rester en alerte au cas où une perspective de relogement se présenterait, mais sans urgence pour l'instant. En matière d'insertion professionnelle, rien ne peut être entrepris tant que la situation administrative (régularisation) n'est pas réglée.

- Repérage des partenaires

Santé/ouverture de droits sociaux :

Rechercher un médecin généraliste, dans le quartier de vie de Zora. S'assurer avec Zora que le contact passe bien avec ce médecin. Tout en suivant l'avis de ce médecin, il s'agit pour Zora d'être suivie dans le même temps par un spécialiste – un diabétologue. J'identifie un hôpital du centre de Toulouse : je travaille déjà avec plusieurs services de cet établissement (service d'assistantes sociales, centre de planification, gynécologie, urgences...). Il me semble qu'en plus des avantages d'une structure hospitalière – pluralité des spécialisations en matière de suivi médical, accès au laboratoire, à la radiologie, sur un même lieu –, cet établissement personnalise son rapport aux patients et reste pour eux à dimension humaine, qu'il est un lieu adapté à la situation de Zora.

Comme l'association Griselidis travaille régulièrement avec l'assistante sociale de la PASS, la demande d'AME puis de CMU devrait pouvoir être engagée rapidement.

Juridique et administratif :

Préfecture et permanence juridique.

L'avocat qui travaille avec l'association est spécialiste du droit des étrangers, et parle anglais. Nous devons également retirer un dossier en préfecture.

Logement :

Plusieurs CHRS (hébergement d'urgence temporaire) peuvent être sollicités dans l'avenir. Mais pour l'instant, dans la mesure où Zora n'est pas en situation régulière, il y a peu d'espoir.

Insertion/emploi :

Cours de français : L'offre de formation en FLE (français langue étrangère) est assez importante à Toulouse (AEFTI, l'Espace Croix-Rouge, Alliance et Cultures), mais il y a parfois des délais d'attente. Comme nous travaillons essentiellement avec un public d'étrangères, nous connaissons bien les structures et la démarche d'inscription ne devrait pas poser de problème.

PLIE : Un intervenant du PLIE effectue régulièrement des permanences dans les locaux de l'association (partenariat). Zora pourra le rencontrer mais seulement après avoir pu s'inscrire comme demandeuse d'emploi à l'ANPE.





– Calendrier délai

Les objectifs 1 et 2 qui concernent la santé doivent être atteints dans les jours qui viennent. Les objectifs suivants en découleront, puisqu'il faut constituer le dossier médical pour déposer le dossier de demande de régularisation (objectif 3), et que l'insertion professionnelle (objectifs 6 et 6bis) ne peut être envisagée qu'en cas de régularisation. En attendant, l'accès aux cours de FLE (objectif 4) est envisageable rapidement (quelques semaines au maximum). Le logement en revanche (objectif 5) ne peut pas être pris en considération dans l'immédiat.

6) Déroulement de la prise en charge

J'ai choisi de présenter la prise en charge en la découpant selon les différents objectifs fixés et par ordre chronologique :

– Phase 1 : prise en charge santé

Mars 2002 : Avec Zora, nous nous rendons à la PASS où Zora peut faire un premier bilan de santé avec le médecin (et des examens complémentaires) et où la conseillère en économie sociale et familiale (CESF) ouvre un dossier de demande d'AME. Dans la même semaine, nous prenons rendez-vous avec l'assistante sociale de l'hôpital qui va négocier un rendez-vous pour une consultation en urgence avec le diabétologue (elle précisera à Zora que ce médecin parle bien l'anglais et connaît l'Afrique). Sur mes informations, l'assistante sociale de l'hôpital va entrer en lien avec la CESF de la PASS pour coordonner les demandes de prise en charge sociale et le suivi par le diabétologue. Il sera convenu que pour ne pas multiplier les lieux de soins ce sera l'hôpital qui prendra en charge la suite du suivi du dossier social et médical.

Fin mars 2002, Zora reçoit son attestation d'admission à l'AME avec un numéro provisoire d'identification.

Début avril Zora bénéficie d'un suivi médical personnalisé avec un médecin référent.

2003 : obtention de la CMU et de la complémentaire et attribution d'une carte vitale avec numéro d'identification définitif – c'est aussi un facteur qui favorise l'insertion professionnelle.

La même année, accès à l'ALD (allocation maladie longue durée).

Puis en 2003 nous entreprenons une demande de reconnaissance par la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) après que Zora a été régularisée. En effet, au cours de la réunion technique du mercredi, mes collègues infirmières m'ont alertée sur le fait que la pathologie de Zora pourrait représenter un obstacle à son insertion professionnelle. J'entre en contact avec l'assistante sociale hospitalière qui connaît le dossier pour avoir suivi la demande de couverture sociale. C'est elle qui engage les démarches avec Zora, et à nouveau, j'interviens en appui lorsque cela est

nécessaire pour épauler Zora. Ce n'est pas gagné car l'assistante sociale de l'hôpital m'informe qu'elle est entrée en lien avec une collègue de la COTOREP et il semblerait qu'il soit préférable que les personnes aient une carte de résident pour l'instruction des dossiers COTOREP. Nous nous tenons informées dans le but de coordonner les démarches avec l'avocat.

Le 18 novembre Zora obtient cette reconnaissance COTOREP pour une durée de deux ans comme «travailleur handicapé classé en catégorie A».

En 2006, le référent PLIE positionne Zora sur un bilan de santé ; selon ce bilan Zora est en mesure d'effectuer 10 heures de travail par semaine. En novembre 2006, Zora doit renouveler sa demande de reconnaissance COTOREP.

- Phase 2 : amélioration du niveau de français

Comme nous recevons près de 70 % de femmes étrangères, nous connaissons bien les dispositifs d'apprentissage du français. J'indique donc les différentes possibilités à Zora et je prends contact avec l'une des associations qui dispense des cours de FLE à Toulouse. En fonction de ce que j'estime des besoins de Zora, c'est l'organisme qui me paraît le plus adapté. En effet Zora maîtrise les bases minimales pour se faire comprendre, mais elle n'a pas une pratique suffisante du français pour être vraiment autonome lorsque les situations qu'elle va rencontrer seront plus complexes. L'organisme que je choisis présente une offre de formation adaptée. Les stages sont de 6 heures par semaine sur le temps de l'année scolaire, en groupes de 10 personnes, et incluent une pratique de l'écrit. Il reste des places pour le prochain module et Zora prend elle-même le rendez-vous cette fois pour un premier entretien en vue d'intégrer le prochain groupe. Elle se rend à l'entretien, est retenue et commence les cours à raison de deux demi-journées par semaine quelques semaines plus tard. À partir de là, je n'interviens plus dans cette partie du parcours de Zora, sauf pour lui demander si tout se passe bien et si elle ne rencontre pas de difficultés particulières.

- Phase 3 : régularisation

Dès mars 2002, Zora rencontre l'avocat lors de la permanence du lundi à l'association. Il lui indique quelles sont les pièces à rassembler pour sa demande de régularisation. À la demande de Zora qui est très inquiète, je l'accompagne à la préfecture pour retirer son premier dossier de demande de titre de séjour provisoire. Je constate ainsi que les conditions d'accueil ne sont pas forcément simples pour les personnes, d'autant plus lorsqu'elles ne maîtrisent pas le français, comme c'est le cas de Zora. Je soutiens Zora dans la constitution de son dossier, je l'aide à classer les différents documents. Par les conseils de l'avocat, nous avons pu ainsi gagner du temps sur la procédure de demande.

Le dossier complet est déposé en préfecture, il ne restera qu'à attendre la décision. Et le 2 octobre 2002, Zora obtient sa première autorisation provisoire de séjour de 6 mois, qui ne lui permet pas de travailler. En **avril 2003** Zora obtient son titre de séjour vie privée et familiale avec autorisation de travail. Cette





dernière n'étant pas systématiquement délivrée dans ce cas de figure, nous pouvons nous estimer heureuses de l'avoir obtenue. Ainsi Zora pourra enfin engager un projet d'insertion professionnelle. Toutefois, elle ne bénéficie que d'APS de trois mois, ce qui ne facilite pas les démarches de recherche d'emploi.

- Phase 4 : logement

Comme je l'ai mentionné plus haut le relogement n'était pas une urgence mais un objectif à moyen terme. Or des incidents ont précipité cette partie de la prise en charge. Le 16 septembre 2003, Zora téléphone à l'association pour dire qu'elle est hospitalisée car elle a été expulsée manu militari de son logement, n'a pas pu prendre son insuline et a eu un malaise.

Zora est quand même en possession de papiers qui attestent qu'elle occupe les lieux (facture EDF, attestation d'assurance à son nom). Après avoir réfléchi, Zora renonce à porter plainte contre les bailleurs.

La recherche de logement est maintenant de l'ordre de l'urgence. Pendant les réunions techniques, la question se pose de savoir si l'association peut apporter une aide matérielle à la vie quotidienne : d'une part le budget dont dispose l'association ne permet pas une telle prise en charge, d'autre part les solutions que nous aurions à proposer (prise en charge de nuits d'hôtel par exemple) ne sont pas adéquates au cas de Zora.

Il s'agit pour moi d'inscrire Zora dans les différents CHRS, en expliquant le contexte qui veut que Zora ne soit pas en mesure de faire la démarche par elle-même et de plaider sa cause. Les deux premiers CHRS (A et B) contactés m'ont fait entendre qu'au-delà de la prise en compte de la situation d'extrême urgence, il n'y a pas de places dans un délai très long. Je fais le tour de tous les lieux possibles – durant cette période Zora sera hospitalisée en maison de repos long séjour – et je prends conscience qu'en matière d'hébergement la situation est catastrophique à Toulouse. Tout le long de ce parcours, je suis soutenue par mes collègues.

Début janvier 2004, lorsque l'assistante sociale du CHRS (C), avec lequel nous n'avons pas encore travaillé en partenariat auparavant, contacte l'association pour convenir d'un rendez-vous d'entretien préalable avec Zora, je bondis de joie. Mais le deuxième appel de la professionnelle, trente minutes après, m'alerte. Elle m'indique craindre avoir accédé à ma sollicitation un peu rapidement et craint que Zora ne respecte pas les termes de la convention de la structure parce qu'elle est prostituée. Elle craint également que la présence de Zora et «de son entourage» génère une insécurité pour les autres résidentes, qui sont pour la plupart des femmes avec enfants. L'enjeu est grand et je ne me sens pas en capacité de soutenir, seule, le dossier de Zora. Ma responsable interviendra dans l'entretien.

Au final, Zora a signé le contrat de logement en ALT (aide au logement temporaire) avec la structure C. Zora s'engage à verser 50 euros de caution, à

participer aux charges locatives à hauteur de 15 euros par mois et à respecter l'ensemble des conventions le 9 janvier 2004.

En décembre 2006, Zora trouve un appartement en colocation par l'intermédiaire d'une agence immobilière toulousaine ; elle fait vérifier auprès de l'avocat la validité du bail en colocation – qui est conforme au droit. Zora sera soutenue par l'équipe sociale de la structure C dans ses démarches auprès de la CAF – prêt FSL (accès dépôt de garantie), ALS (allocation de logement sociale) – ainsi que pour les premiers éléments de mobilier nécessaires.

Mais en 2007 à nouveau Zora a perdu son logement. La demande d'expulsion par le propriétaire était légitimée par la mise en liquidation judiciaire de l'agence immobilière. Là un long parcours juridique recommence avec l'intervention de l'avocat. Dans cette partie de la prise en charge, je fais le point régulièrement avec l'avocat et j'aide Zora le cas échéant à rassembler les documents nécessaires à la procédure.

Exemple de la dernière procédure :

Il s'agit d'aider Zora à constituer le dossier que son avocat ajoutera à ses conclusions devant le tribunal d'instance. Objectif : faire état de la bonne foi et de la légitimité de Zora dans l'occupation des lieux, dans la signature du bail entre Zora et l'agence immobilière : la mise en difficulté de Zora a été provoquée par la décision du tribunal de commerce ayant prononcé la liquidation judiciaire – gelant ainsi les ALS allouées par la CAF puisque celles-ci étaient directement versées à l'agence (RAR [recommandé avec accusé de réception] adressé au propriétaire via son conseil, avocat qui perçoit tous les mois le montant du loyer déposé sur un compte Carpa).

Avec l'aide de l'avocat de Zora est mise en place une procédure afin qu'elle puisse récupérer les frais de caution engagés (une déclaration de créance).

Pendant ce temps, j'anticipe son expulsion en repartant à la recherche d'un autre logement. Devant les difficultés prévisibles dans ce domaine, je m'oriente d'emblée, avec l'accord de Zora, vers les CHRS.

La perte du logement, une nouvelle fois, de Zora, la précarisation et les incidences directes sur son état de santé m'ont fait solliciter plusieurs inscriptions de demande en CHRS, en privilégiant, avec l'appui de ma responsable (qui a introduit le dossier social), la demande en hébergement ACT (appartements de coordination thérapeutique). Nous sommes par ailleurs partenaires dans le champ de la lutte contre le sida avec l'établissement en question.

L'autre CHRS est spécialisé dans l'accueil de femmes victimes de violences et propose de surcroît un soutien individualisé à l'insertion professionnelle. Ce CHRS est l'un de nos partenaires privilégiés puisque nous sommes dans un programme européen commun, EQUAL, programme d'insertion professionnelle et de lutte contre les discriminations, et que Grisélidis siège localement avec cette organisation dans une commission sur l'égalité des chances (commission femmes de la mairie de Toulouse). Le second est spécialisé dans l'hébergement de personnes souffrant de pathologies chroniques lourdes.

Finalement, en juillet 2007, les deux demandes de logement connaissent une issue positive... la même semaine. Zora choisit le CHRS qui dispose du suivi





thérapeutique car elle se sent plus rassurée dans ce contexte. Je rappelle alors le premier CHRS pour en informer mes interlocutrices... La place n'est pas perdue, car nous avons d'autres personnes en liste d'attente chez elles !

- Phase 5 : insertion et emploi

Cet objectif, rappelons-le, n'était pas le plus urgent en termes de priorité. Je l'ai néanmoins gardé en tête tout au long de cette prise en charge. J'en ai parlé à l'intervenant du PLIE qui tient des permanences à l'association. Il reçoit Zora pour un premier entretien d'évaluation de sa situation globale et de l'expression de ses motivations à l'insertion et à l'accès à l'emploi. La régularisation de Zora a permis son inscription aux ASSEDIC et à l'ANPE.

Zora s'est rendue seule dans les différents organismes (ANPE, ASSEDIC) et je l'ai aidée à remplir et à constituer les dossiers. Je lui ai appris à faire les pointages mensuels par la boîte vocale ASSEDIC.

2003 : Zora signe un CDI à temps partiel auprès d'un particulier : employée de maison/garde-malade niveau 2. Les employeurs n'ont pas reconduit le contrat à l'issue de la période d'essai. La suspicion que lui exprimaient ses employeurs à propos du numéro d'identifiant de Sécurité sociale provisoire, l'autorisation provisoire de séjour de 3 mois (le titre de séjour de 1 an étant matérialisé par la préfecture de manière rétroactive), son adresse stipulant le nom d'une structure associative ont sans doute été défavorables à Zora.

2004 : Signature du contrat PLIE et formation DAPI propriété suivie par une structure conventionnée par la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

2005 : CDI dans une société de nettoyage.

2007 : Zora est restée en lien avec la première structure et y effectue des missions en tant que vacataire selon les conventions collectives des organismes de formation et accords d'entreprise.

7) Analyse de la relation d'aide

Ce travail de prise en charge doit beaucoup à la qualité de la relation d'aide que j'ai pu établir avec Zora, en grande partie grâce à elle. Je pense avoir su lui inspirer confiance et elle à son tour a accepté de se montrer vulnérable face à moi. Elle a de plus accepté sans condition ni suspicion les propositions de travail que je lui ai faites et a été très coopérante dans l'ensemble des démarches. Aussi, si la situation était en elle-même complexe parce qu'elle balayait des champs divers et différents, la qualité de la relation avec Zora a permis de limiter les difficultés.

– Mise en confiance et relation

Le travail d'*outreach* est tout d'abord l'outil qui a permis cette prise en charge. Zora serait-elle venue à nous si nous n'étions pas allées à elle ? On n'a pas de réponse à cette question, mais quoi qu'il en soit on peut supposer que le travail de rue permet ou accélère la rencontre. Puis Zora a eu confiance, très certainement parce que je l'ai «attendue», c'est-à-dire que pendant les premières semaines au cours desquelles je l'avais «repérée» comme une usagère potentielle de l'association, je me suis contentée de la saluer à chaque fois et de lui donner du matériel de prévention. Elle m'a «enfin» interpellée. Dès cette première rencontre j'ai poursuivi ce travail de mise en confiance par la communication non verbale : je me suis tenue proche d'elle physiquement, je l'ai écoutée en montrant mon attention, etc.

Puis lors de sa première visite j'ai accueilli Zora comme il est d'usage dans l'association, c'est-à-dire en lui offrant une boisson en première intention, mais aussi en la recevant non pas dans un bureau mais dans la cuisine, lieu familier – surtout pour les femmes (!) – qui je le rappelle est le lieu destiné à l'accueil convivial. Ensuite, lorsque nous nous sommes isolées dans le bureau, je me suis assise à côté d'elle et non pas de l'autre côté d'un bureau encombré de documents, ce qui aurait créé non seulement une barrière physique mais aussi une barrière symbolique en montrant à Zora que je n'étais pas du même monde qu'elle. Cet entretien a été plus long que la norme (1 h 30), ceci parce que d'une part la situation était longue à décrire et doublée d'une difficulté de langue, mais aussi parce que je voulais démontrer à Zora que, après notre brève entrevue dans la rue, j'étais vraiment disposée à me rendre disponible pour l'aider.

Par la suite, Zora n'a jamais annulé un rendez-vous, elle n'a jamais non plus été en retard, ce que j'ai signalé plus haut comme l'un de ses atouts. Pour ma part j'ai scrupuleusement veillé à tenir mes engagements (par exemple, si je lui dis que j'appelle tel service dans la semaine, je le fais effectivement), à la mettre en lien avec les bonnes personnes au bon moment (cf. hiérarchisation des objectifs). J'ai également travaillé avec elle de façon transparente. Si j'avais des doutes, je lui en ai fait part, je n'ai jamais gardé une information sans la lui transmettre, etc. De plus j'ai veillé à ce qu'elle ne devienne pas totalement dépendante de mon action. À plusieurs reprises j'ai passé le relais à une collègue infirmière sur la santé et elle a eu une relation individualisée avec l'avocat de l'association comme avec l'intervenant du PLIE. Par ailleurs, chaque fois que je pensais qu'elle pouvait accomplir certaines démarches seules, je l'ai laissée y aller.

– Éléments pour une analyse de la relation avec Zora

Je ne suis pas rentrée dans des considérations de l'ordre de la psychologie personnelle pour plusieurs raisons : premièrement, ce n'est pas mon champ de compétences ; ensuite Zora n'est pas demandeuse et coopère aux différentes





démarches en se montrant aussi pragmatique que je peux l'être ; enfin, j'ai conscience que les enjeux interculturels peuvent engendrer de l'angoisse pour moi dans ma logique de ce suivi et j'essaie d'adapter mon intervention avec Zora en tenant compte des liens profonds qui la rattachent à sa culture.

Par ailleurs, la situation était extrêmement technique et j'ai craint qu'en allant plus loin, je ne devienne intrusive. Il y avait un risque de dépendance entre Zora et moi, et je n'ai pas pensé nécessaire d'aller au-delà de la relation établie.

– Appui avec les collègues

La collaboration avec mes collègues durant cette prise en charge a été précieuse tant par leurs retours que par les compétences qu'elles ont pu me transmettre. Cette collaboration a pris deux formes. L'une interpersonnelle, avec les infirmières et avec la médiatrice culturelle africaine, l'autre collective au cours des temps d'accueil conviviaux, des réunions techniques et des supervisions.

Appui interpersonnel : Ma référente professionnelle infirmière et coordinatrice de l'équipe de terrain a suivi cette prise en charge en m'aidant à prendre les décisions adaptées au moment opportun et en m'indiquant des points de méthode et d'organisation du travail. Ma collègue infirmière m'a donné des explications nécessaires au suivi santé tant sur la compréhension de la maladie de Zora que sur les compétences à solliciter auprès des partenaires médicaux. À plusieurs reprises elle a elle-même rencontré Zora sur les aspects de santé pour soit lui expliquer le sens des examens ou des traitements, soit l'informer sur les questions d'hygiène alimentaire. Ma collègue médiatrice m'a aussi aidée à comprendre certaines difficultés que Zora pouvait expérimenter autour de l'exil, de l'éloignement d'avec ses proches et du deuil qu'elle n'a pas pu vivre avec les siens. Elle m'a en outre permis de comprendre les différences culturelles auxquelles Zora pouvait être confrontée dans son processus d'intégration, en particulier la difficulté à comprendre les rouages institutionnels administratifs et juridiques français, les questions de rythme de vie ; par exemple, la culture africaine est une culture enracinée dans la transmission orale et non écrite : en Afrique, il existe très peu d'administration et il est difficile pour ces migrants de comprendre l'architecture institutionnelle et administrative en France.

– Mise en route du réseau de partenaires

Après avoir identifié les partenaires, c'était en général moi qui prenais les rendez-vous dans un premier temps, en compagnie de Zora. Mais dès qu'elle était en lien avec un partenaire, elle gérait elle-même ses rendez-vous et m'en tenait informée le cas échéant. À plusieurs reprises j'ai eu l'occasion de faire le point avec certains des partenaires, en particulier pour le logement et l'insertion professionnelle. Pour le logement par exemple, lors du problème rencontré avec le CHRS (C) sollicité en 2003, j'ai été confrontée au phénomène de rejet à l'encontre de Zora du fait qu'elle se prostituait. Je suis intervenue seule dans un premier temps par

téléphone pour essayer de déconstruire les représentations négatives de mon interlocutrice sur la prostitution, mais cela n'a pas été suffisant. J'ai alors demandé à ma référente d'intervenir et nous nous sommes rendues ensemble à une rencontre avec la travailleuse sociale pour tenter d'infléchir sa décision négative. Sa capacité de plaider a été décisive dans cette rencontre pour déconstruire les représentations liées à la prostitution, pour expliciter la situation d'extrême précarité dans laquelle se trouvent les personnes étrangères et Zora en particulier, du fait des procédures complexes et longues pour obtenir une régularisation.

En revanche, il est clair que pour les CHRS avec lesquels nous sommes déjà en partenariat ou avec les services hospitaliers avec lesquels nous collaborons, aucun incident lié à la stigmatisation de la prostitution n'a été à déplorer. Ainsi, le partenariat ne consiste pas seulement à prendre des contacts ponctuels avec tel ou tel travailleur social ; c'est beaucoup plus. Il s'agit d'entretenir des liens de collaboration et d'échange qui vont au-delà des suivis individuels, et ce afin de créer des synergies bénéfiques pour les actions en cours.

8) Résultats obtenus

Finalement, à l'issue de cette prise en charge qui a duré de 2002 à 2007, je peux tirer un bilan positif à la fois pour Zora, et pour moi-même. Aujourd'hui, Zora est suivie médicalement et son diabète est stable. Elle bénéficie d'une reconnaissance de sa pathologie par la COTOREP, ce qui peut être utile dans une certaine mesure dans sa recherche d'emploi. Elle est en situation régulière et, là encore, peut de ce fait avoir accès à un emploi. Elle a arrêté la prostitution. Elle a amélioré son niveau de français, a beaucoup expérimenté la confrontation avec le système social, administratif et juridique français et est de ce fait mieux armée dans sa vie sociale. Elle est logée et pourra bénéficier d'un nouvel accompagnement social avec de nouvelles personnes.





Rassemblement contre la loi sur le racolage le 5 novembre devant le Sénat place Paul Claudel, métro Odéon à 18 h

Nous vous convions pour un point presse le lundi 5 novembre à 17h00

Au bar "Au petit Suisse"
16, Rue Vaugirard - 75006 Paris

5 ANS CA SE FÊTE... PAS VRAIMENT !!!

Nous, prostituées, associations communautaires, de lutte contre le sida, de santé publique, de défense des droits des étrangers, et de travail social, dénonçons pour la 5e année consécutive les effets néfastes des mesures relatives à la prostitution, en particulier l'incrimination du racolage par la loi pour la Sécurité intérieure.

Dès 2002, nous avons senti les conséquences catastrophiques de ces dispositions. Aujourd'hui en 2007, une fois encore, nous faisons le constat désastreux de cette loi. Loin de lutter contre le proxénétisme et la traite qui seraient le fait de « réseaux mafieux », cette loi ne fait que :

- Criminaliser les prostituéEs,
- Précariser les prostituéEs,
- Repousser les prostituéEs dans des zones de non droit : des lieux plus excentrés, où elles sont davantage exposées au proxénétisme ainsi qu'aux violences de certains passants, de pseudo-clients et des forces de l'ordre,
- Rendre encore plus difficile le travail de prévention des associations auprès des prostituéEs repousséEs dans la clandestinité (lieux publics isolés, à domicile, dans des maisons closes clandestines, etc.),
- Rendre plus vulnérables certaines prostituéEs face au VIH/Sida et aux autres IST,
- Punir les victimes de proxénétisme et de traite plutôt que les protéger,
- Harceler et expulser les prostituéEs étrangèrEs, même en situation régulière, afin de rester dans la logique d'une politique du chiffre. Pour toutes ces raisons

nous serons tous présents devant le Sénat le 5 novembre, Place Paul Claudel, métro Odéon à 18H, afin d'exprimer notre colère et demander l'abrogation de l'article sur le racolage public dans le cadre d'une remise en question plus large de l'appréhension de la prostitution par la loi.

Ce rassemblement a lieu à l'initiative et avec le soutien du collectif « droits et prostitution », constitué en 2003 pour lutter contre la loi sur le racolage et ses conséquences.

Il est composé des associations ANA : Avec Nos Aînées (Paris), Arap-Rubis (Nîmes), Autres Regards (Marseille), Les Amis du Bus des Femmes (Paris), Cabiria (Lyon), Entr'Actes (Lille), Femmes de Droits - Droits des femmes (Paris), GISTI (Paris), Griselidis (Toulouse), Les Putes (Paris), PASTT : Prévention, Action, Santé, Travail pour les Transgenres (Paris), Act Up-Paris, Arcat (Paris), Femmes Publiques (Paris), Médecins du Monde, Scalp Reflex (Paris), Les Verts (Paris)

www.droitsetprostitution.org





COMMUNIQUE DE PRESSE GRISELIDIS TOULOUSE

Journée de lutte contre les violences faites aux travailleuses du sexe

Si peu de gens savent que le 25 novembre est la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, la plupart ignorent que le 17 décembre est celle de la lutte contre les violences faites aux travailleuses du sexe.

Si la France s'affiche toujours comme étant LE pays des droits de l'Homme, le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il est toujours aussi difficile de conjuguer ces droits au féminin. En effet, "chez nous", c'est toujours l'homme qui fait la loi, au propre comme au figuré. Mais s'il est encore nécessaire de crier haut et fort qu'être une femme n'est pas une sinécure, il ne faut pas perdre de vue qu'être une femme qui se prostitue n'est pas à proprement parler une promenade de santé, a fortiori lorsqu'on vient de l'étranger.

La prostitution est souvent définie comme étant en soi une violence faite aux femmes. Il ne faudrait pas que cela serve à cacher les violences effectives dont sont victimes celles qui exercent cette activité: agressions, insultes, vols, humiliations, viols, menaces, harcèlement, mépris...

Ces violences quotidiennes ne font pas partie des risques du métier, elles sont à rattacher aux violences faites aux femmes en général. Outre certains acteurs zélés du système abolitionniste, tous les auteurs de ces violences sont des hommes, qu'ils soient passants, clients ou policiers.

Un triste constat s'impose : depuis l'entrée en vigueur de la LSI, les agressions contre les travailleuses du sexe sont plus nombreuses car le sentiment d'impunité est plus présent.

À Toulouse, au cours des six derniers mois, nous avons recensé 14 agressions graves et 3 décès. Mais il faut garder à l'esprit que si l'hôpital et la morgue ont l'obligation de tenir une comptabilité scrupuleuse, cela ne semble malheureusement pas être le cas des commissariats. Les agressions en tout genre sont donc indiscutablement sous-évaluées, car en plus de ce manque flagrant de prise en compte, il ne faut pas minimiser la difficulté de porter plainte lorsqu'on est considérée comme une délinquante en puissance, souvent étrangère de surcroît. À l'aune de ces conséquences et au vu de ces résultats, nous pouvons donc légitimement nous interroger sur le bien-fondé de cette loi et questionner son

utilité. Son objectif majeur était, et reste toujours, de lutter contre le trafic d'êtres humains en démantelant les réseaux internationaux. Or dans les faits, hormis quelques cas de proxénétisme sans envergure, aucune mafia du sexe tarifé n'a pu être mise en cause. La LSI n'a généré aucune sécurité, elle n'a fait que croître et se généraliser la précarité des personnes prostituées, lesquelles se retrouvent plus que jamais, marginalisées et fragilisées. Les multiples procès pour racolage passif n'ont réussi à endiguer ni la prostitution, ni la migration, la seule "réussite" à mettre au compte du ministère de l'intérieur est l'aggravation de la situation des personnes prostituées. Quant au ministère de l'immigration, sa nouvelle succursale xénophobe, il met les bouchées doubles afin de faire mieux que sa maison mère. Le droit d'asile, privé progressivement de son contenu, n'est plus qu'une coquille vide, et les obligations à quitter un territoire qui se nationalise se multiplient.

La situation est grave et désespérante pour les personnes prostituées en général et pour les migrantes en particulier, mais la fin de l'année approche et si nous devons faire un vœu c'est celui-ci : que leur déhanchement et leur clin d'œil continuent à fleurir les trottoirs d'une France plus borgne et rigide que jamais.





Liste des sigles

ADN : Amicale du nid
 AEFTI : Association pour l'enseignement et la formation des travailleurs immigrés
 AJMS : Association pour les journées mondiales contre le sida
 AME : Aide médicale d'État
 ANCSEC : Aumônerie nationale des centres et services spécialisés d'éducation
 ANPE : Agence nationale pour l'emploi
 APIAF : Association pour l'information et l'accueil des femmes
 ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
 ATA : Allocation temporaire d'attente
 CCAS : Caisse centrale d'activités sociales
 CCPS : Comité de coordination pour la promotion et en solidarité des communautés en difficulté migrants/tsiganes
 CCS : Communication culture spectacle (syndicat)
 CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit
 CDPEF : Centre départemental de planification et d'éducation familiale
 CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
 CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
 CIBC : Centre interinstitutionnel de bilan de compétence
 CIDF : Centre d'information sur les droits des femmes
 CIVI : Commission d'indemnisation des victimes d'infraction
 CMU : Couverture maladie universelle
 CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
 CPVA : Centre de préparation à une vie active
 CREPT : Centre régional d'enseignement professionnel
 DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées
 DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DDTE et DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi, et de la formation professionnelle
 DRDF : Direction régionale aux droits des femmes
 GDAH : Gestion du développement et de l'action humanitaire
 ILO : International Labor Organization
 IST : Infection sexuellement transmissible

ITT : Interruption totale de travail
LDH : Ligue des droits de l'homme
LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
LOPSI : Loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure
LSI : Loi de sécurité intérieure
MRAP : Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples
NSWP : Network of Sexworkers Project
OCRTEH : Office central pour la répression de la traite des êtres humains
OFPRA : Office français pour les réfugiés et les apatrides
OIM : Organisation internationale pour les migrations
ONG : Organisation non gouvernementale
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PLIE : Programme local d'insertion pour l'emploi
RMI : Revenu minimum d'insertion
SAF : Syndicat des avocats de France
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SM : Syndicat de la magistrature
SMIT : Service des maladies infectieuses et tropicales
UE : Union européenne
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C







