

SANTÉ ET PROSTITUTION



comprendre pour
mieux soigner

Etude ASPIRE (Accès aux soins, Santé
et Prostitution) : une recherche participative
sur les réalités et les besoins des
personnes prostituées et survivantes



Rapport de l'étude

**MOUVEMENT
DU NID
FRANCE**

Abolir le système prostitueur



Abolir le système prostitueur

En partenariat avec



Ce projet de recherche a été réalisé grâce au soutien de l'INSERM (financement d'amorçage Sciences et société) et de l'Agence nationale de la recherche (ANR- Appel à projets Science avec et pour la société - Recherches participatives). Mme Fabienne El Khoury, chercheuse en épidémiologie sociale à l'Inserm et à la Sorbonne Université, a fourni les analyses de la recherche pour la réalisation de ce rapport.

Coordination : Pauline Spinazze (Mouvement du Nid)

Rédaction principale : Pauline Spinazze (Mouvement du Nid)

Relectures : Fabienne El-Khoury, Paloma Vera (équipe de recherche scientifique), Juliette Mercier (psychologue Centre Bertha Pappenheim), membres du Mouvement et de l'Amicale du Nid, survivante de la prostitution

Graphisme et illustration : Estelle Grossias

Nous sommes des femmes
mystères, il n'y a aucune formation sur
nous

Plus tu en parles, plus ça
te libère et plus tu retrouves
la paix dans ton esprit

SANTÉ ET PROSTITUTION

comprendre pour mieux soigner

Etude ASPIRE (Accès aux soins, Santé et Prostitution) :
une recherche participative menée par le Mouvement du Nid
en partenariat avec l'Inserm et la Sorbonne Université
sur les réalités et les besoins des personnes
prostituées et survivantes

Si cela peut en aider
d'autres, je veux bien
participer

La prostitution change tout,
détruit pour toujours

C'est quand que je vais aller bien ?

L'état de santé des personnes qui sont ou ont été en situation de prostitution – reconnue comme une violence en France par la loi du 13 avril 2016, restait méconnu ou, à tout le moins et jusqu'à présent, peu mesuré dans sa globalité. Notre recherche, menée en partenariat avec une chercheuse de l'Inserm et de la Sorbonne Université, coconstruite avec nos équipes associatives, une psychologue ainsi que des survivantes de la prostitution, entend en présenter un état des lieux général. Proposée aux personnes que nous accompagnons, **258 ont répondu à notre questionnaire, puis 45 entretiens qualitatifs ont été réalisés, tant auprès des personnes concernées par la prostitution que de leurs accompagnant·e·s, dans 29 villes de France hexagonale et d'Outre-mer.**

Les résultats, édifiants, appellent à un sursaut collectif. Une vie marquée par les violences, qui s'imbriquent et se cumulent, surexpose les personnes connaissant ou ayant connu la prostitution aux problèmes de santé, physiques et mentaux.

Notre étude met en évidence le **continuum de violences – systémiques** – dont elles sont victimes, en écrasante majorité des femmes d'origine d'Afrique subsaharienne, mères de famille en grande précarité et en errance résidentielle. **95% des répondant·e·s au questionnaire ASPIRE déclarent avoir subi au moins une violence en dehors de leur situation prostitutionnelle, et pour 85% il s'agissait de violences sexuelles.** Véritable facteur d'entrée en prostitution, les violences subies en amont agissent en catalyseur de l'exploitation sexuelle – au profit des proxénètes, qui multiplient les sévices.

65% des personnes interrogées rapportent ainsi avoir été violentées physiquement et forcées par un·e proxénète à des actes dont elles n'avaient pas envie. Un déferlement de violences que les clients alimentent : 85% des participant·e·s affirment avoir été forcées par un client au moins une fois, 79.5% ont subi des violences physiques, 93% des violences verbales (insultes, menaces, propos dégradants)...

Pour autant, les violences ne sont pas toujours conscientisées, mais au contraire banalisées, et les mécanismes de **dissociation** à l'œuvre ont pour effet d'invisibiliser leurs conséquences, conduisant à une relativisation de leur état général de santé, bien que des douleurs (physiques) soient nommées. Néanmoins, le constat est sans appel : en majorité, **la santé mentale des personnes qui sont ou ont été prostituées est (très) détériorée. 62.5% des répondant·e·s présentent des symptômes de stress post-traumatique, 51% des symptômes dépressifs et 72% ont un sommeil troublé voire très agité.** L'écrasante majorité fait aussi état de grande fatigue, de tristesse, et de **troubles alimentaires (72%).** Les **urgences de prises en charge** sont cependant entravées par les **obstacles** conséquents auxquels sont confrontées les personnes dans leur accès aux soins (précarité économique, violences institutionnelles, médicales, freins psychologiques...). Leurs **besoins**, nombreux, évoluent quant à eux en fonction de leur temporalité, qui reste mal appréhendée.

Si certains enseignements peuvent surprendre – tels que la fréquence des dépistages ou encore le faible recours aux usages addictifs ; les principales recommandations du présent rapport s'attachent à placer l'importance de **la posture au cœur de la relation avec la personne**, en rappelant la nécessité, entre autres, de **questionner et de prendre le temps**, afin de libérer la parole et avec elle, les maux.

En cette année 2025 où la santé mentale a été érigée en grande cause nationale, les conséquences concrètes des violences dans la vie quotidienne des personnes prostituées et survivantes doivent impérativement nous alerter et être traitées pour ce qu'elles sont : **des enjeux de santé publique.**

Sommaire

LE MOUVEMENT DU NID ET L'INSERM, UNE RECHERCHE ASSOCIANT SCIENCE ET SOCIÉTÉ	p.6
INTRODUCTION	p.7
MÉTHODOLOGIE	p.8
▶ La partie quantitative : le questionnaire	p.9
▶ La partie qualitative : les entretiens	p.11
▶ Un appui psychologique tout au long de l'étude	p.12
▶ ASPIRE, un levier pour mieux accompagner : les bénéfices immédiats de notre enquête	p.13
UNE VIE DE VIOLENCES : LE POIDS STRUCTURANT DES AGRESSIONS PASSÉES ET DE LA PROSTITUTION SUR LA SANTÉ	p.14
▶ Des violences antérieures systémiques...	p.14
▶ ...préparant la mise en prostitution et la démultiplication des violences...	p.16
▶ ... dont les impacts sur la santé et dans la vie quotidienne sont massifs	p.19
LA SANTÉ DES PERSONNES PROSTITUÉES ET SURVIVANTES : ENTRE RÉALITÉS IGNORÉES ET RÉELLES URGENCES	p.21
▶ La santé : perceptions relativisées, réalités de douleurs	p.21
▶ Santé gynécologique et sexuelle : des réalités impensées	p.24
▶ La santé mentale : un angle mort qui se révèle alarmant	p.26
▶ Stratégies de survie : des usages addictifs finalement peu répandus	p.29
▶ L'accompagnement social déterminant dans l'accès aux soins	p.30
LE RAPPORT AU SYSTÈME DE SANTÉ : CONNAÎTRE LES OBSTACLES POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES PROSTITUÉES ET SURVIVANTES	p.32
▶ Des obstacles, multiples, qui entravent leur accès aux soins	p.32
▶ Des besoins évolutifs en fonction de leur temporalité	p.37
LES LIMITES RENCONTRÉES	p.40
CONCLUSION	p.42
RECOMMANDATIONS	p.43

Le Mouvement du Nid et l'Inserm, une recherche associant science et société

Le Mouvement du Nid est une association féministe, laïque et militante qui lutte depuis 80 ans contre les causes et conséquences de la prostitution, en vue de sa disparition. Nos équipes bénévoles et salariées proposent un accueil inconditionnel, à toute personne souhaitant ou non sortir de la prostitution, et articulent leurs actions autour de 4 missions principales : la rencontre, l'accompagnement, la prévention et le plaidoyer. Grâce à nos 27 délégations présentes sur tout le territoire hexagonal et ultramarin (Martinique), nous accompagnons chaque année environ 1800 personnes, et les aidons dans toutes les démarches d'accès à leurs droits sociaux (titres de séjour, logement, travail, formation, rendez-vous médicaux). Nous leur proposons également des ateliers appelés « estime de soi » (sport, sorties au musée, cuisine, photothérapie etc.) afin de leur offrir des espaces sécurisants où elles peuvent rompre avec l'isolement et profiter d'un répit mental bienvenu. **Notre contact quotidien avec les personnes connaissant la prostitution et leurs nombreux témoignages nous permettent de relever leurs besoins**, les obstacles auxquels elles sont confrontées et de construire ensemble leur participation active à la société. Ce sont à partir de ces besoins, de leurs situations, que sont élaborées nos actions et recommandations. Fort de ces constats et de son expertise, **notre mouvement mène d'ailleurs régulièrement des études variées pour mieux (faire) (re)connaître la réalité de la prostitution**. En 2004 c'est avec le sociologue Saïd Bouamama et la journaliste Claudine Legardinier que notre organisation s'est associée pour conduire une recherche sur les hommes clients de la prostitution¹, dont l'analyse qualitative a fait l'objet d'un livre². En 2019,

notre délégation du Morbihan en lien avec l'Université Bretagne Sud avait quant à elle piloté une enquête auprès des étudiant·e·s³.

L'étude ASPIRE a été financée par l'**Agence nationale de la recherche (ANR)** dans le cadre de l'Appel à projets « Science avec et pour la société – Recherches participatives 2 » (2022). Ce dispositif vise à associer citoyen·ne·s, associations et chercheur·se·s dans la co-construction de connaissances scientifiques répondant aux enjeux sociétaux actuels. C'est ce que nous avons réalisé avec une chercheuse en épidémiologie sociale de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et de la Sorbonne Université, dans le cadre de cette **recherche dite participative**.

La rareté des données et l'importance de développer un angle d'approche innovant au sein de la production scientifique, ont nourri la nécessité de conduire cette recherche nationale : ce que le Mouvement du Nid préconisait dès 2012 dans son dossier intitulé « Prostitution, la santé dégradée » de sa revue Prostitution & Société⁴. L'évaluation de l'état de santé global des personnes qui sont ou ont été en situation de prostitution était l'étape préalable essentielle, pour ensuite concevoir et promouvoir des programmes d'actions adaptés aux personnes et à leurs accompagnant·e·s.

Partageant les mêmes missions que notre association, l'**Amicale du Nid** s'est jointe à notre étude et a largement contribué à son déploiement et à sa réussite, enrichissant la variété des expériences recueillies grâce à la diversité des profils des personnes interrogées.

1. <https://mouvementdunid.org/wp-content/uploads/2009/10/2004bouamamahommeenquestion.pdf>

2. <https://mouvementdunid.org/prostitution-societe/dossiers/les-clients-de-la-prostitution-l/>

3. <https://mouvementdunid.org/blog/actions/prevention-jeunes/morbihan-500-etudiant%C2%B7es-repondent-a-notre-enquete/>

4. <https://mouvementdunid.org/wp-content/uploads/2013/08/ps179dossiersante.pdf>

Introduction



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité »⁵ – une définition ambitieuse et qui apparaît éloignée du vécu des personnes que nous accompagnons. **La santé est pourtant conçue comme un droit fondamental de la personne humaine**, inextricablement liée à la situation sociale et économique, l'environnement physique et les modes de vie individuels ; de par les conditions préalables qu'elle requiert : la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. Des conditions dont ne semblent pas jouir les personnes prostituées et survivantes⁶.

De plus, la prostitution est encore principalement traitée sous l'angle de la **santé sexuelle**, un prisme incontournable mais qui ne rend pas entièrement compte de la diversité des enjeux sociaux et humains associés, ce qui a d'ailleurs conduit la Haute Autorité de Santé à conclure dans son rapport de 2016⁷ que « les données quantitatives et la littérature scientifique disponibles ne permettent pas d'évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population de personnes en situation de prostitution » et à préconiser le développement de politiques de santé globale.

Ces aspects, bien que souvent négligés, se révèlent pourtant décisifs : selon l'enquête de Médicos del Mundo en Espagne en 2023⁸, les femmes victimes de prostitution et de traite humaine interrogées reconnaissent que **leur état de santé émotionnelle est pire que leur santé physique**, seules 25 % d'entre elles

qualifiant leur santé mentale de « bonne ». Nos équipes d'accompagnement observent elles-mêmes chaque jour l'étendue des conséquences de l'activité prostitutionnelle, qui sont loin de se limiter à la réduction des risques et des dommages, comme le résumait une participante à l'étude : **« physiquement ça va, mais mentalement non »**.

L'étude française *ProSanté* en 2013⁹ a toutefois rendu visibles certains phénomènes : 21 % des personnes prostituées interrogées ont déclaré au moins une pensée suicidaire au cours de l'année précédente (contre 3 à 4 % de la population générale) et la majorité des participant·e·s (67 %) ont dit avoir des troubles du sommeil. Malgré tout, il semble que **les liens entre violences (notamment sexuelles), prostitution, stress post-traumatique et état général de santé restent non documentés, alors même qu'une distinction nette ne peut être établie entre santé mentale et santé physique**, tant les violences ont un impact sur l'ensemble du corps (système nerveux, endocrinien, entérique...) ¹⁰ – des liens que notre recherche met clairement en évidence.

Dresser cet état des lieux exhaustif et actualisé, grâce à la conduite d'une **recherche participative**, résonne pleinement avec notre raison d'être : agir avec les personnes prostituées, contre le système prostitueur. En mettant en avant les enjeux et les obstacles auxquels elles sont confrontées dans leurs parcours de soins, ce rapport dévoile l'ampleur des répercussions des violences vécues, transformant leurs besoins, tant exprimés qu'observés, en **urgences de prises en charge**.

5. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948, signé par les représentants de 61 États, dont la France.

6. Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève, 1999 ; Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986

7. HAS, *Etat de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification de vulnérabilité sanitaire*, 2016
8. <https://www.medicosdelmundo.org/blog/blog/salud-mental-e-intervencion-en-contextos-de-prostitucion/>

9. FNARS et InVS. Etude ProSanté. *Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales*. 2013

10. Van der Kolk, Bassel (2018). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit, le corps dans la guérison du traumatisme* ; Levine, Peter A (2014). *Guérir par-delà les mots : Comment le corps dissipe le traumatisme et restaure le bien-être*.

L'ensemble des structures et personnes impliquées dans notre recherche : chercheuse à l'Inserm, psychologue traumatologue, survivantes du système prostitutionnel, équipes salariées et bénévoles du Mouvement et de l'Amicale du Nid ; ont collaboré, depuis 2022, à chaque stade de l'étude afin de **coconstruire une enquête fidèle aux réalités du terrain**. Un financement de l'Inserm a permis d'amorcer ce consortium, favorisant la préparation transversale de ce projet commun, durant plus de deux ans. Placées dans une position active et réflexive, **les femmes survivantes ont directement fait évoluer les objectifs initiaux de l'enquête**, et de fait son intitulé : **l'apport de leur vécu expérientiel** a finalement situé leur accès aux soins au centre de notre évaluation et a redéfini les critères de mesure de notre outil de recherche (en particulier en créant une liste de phrases affirmatives qualifiant leurs ressentis). **Poursuivant une finalité double**, à savoir la production de connaissances et la réponse aux besoins des personnes concernées, **la pertinence de notre démarche participative et communautaire a été saluée** par le Comité éthique de la recherche de la Sorbonne Université, qui a rendu son avis favorable le 11 juillet 2024, initiant le lancement de notre étude. Chaque personne y ayant participé a signé une notice de consentement.

Une approche mixte a été utilisée, combinant la collecte de données quantitatives, par la passation d'un questionnaire, et **qualitatives**, par la réalisation d'entretiens, en vue de compléter et d'approfondir les résultats des premières. Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique par la chercheuse épidémiologiste de l'Inserm. Les entretiens qualitatifs ont quant à eux été traités via une analyse thématique transversale afin d'en extraire les informations et tendances principales d'après les expériences individuelles partagées. Leurs analyses sociologiques et médicales seront réalisées dans le cadre de

futures publications. **Ce présent rapport propose un résumé de cette approche duale**, et en présente les résultats préliminaires.

La mise en œuvre de l'étude ASPIRE a été assurée par le Mouvement et l'Amicale du Nid, qui accompagnent chaque année des milliers de personnes prostituées. Le déploiement de notre recherche a été circonscrit à nos deux associations expertes de l'accompagnement féministe abolitionniste, **tant pour des raisons de faisabilité logistique, que pour assurer le suivi des personnes, connues de nos équipes**. **La préexistence d'une relation de confiance**, garantie par notre travail de terrain quotidien, était un critère clé, dont l'importance avait été mise en évidence dans l'étude ProSanté de 2013 menée par des structures médico-sociales¹ : les personnes interrogées semblaient se confier plus facilement sur leur état de santé, en particulier psychique (problèmes de sommeil, d'anxiété ou de suicide), à leur accompagnante sociale qu'au corps médical. La nécessité de lever cet écueil s'est vérifiée avec notre enquête : **les personnes ont souhaité en général témoigner exclusivement auprès d'accompagnant-e-s qu'elles connaissaient déjà ou qui avaient un lien avec l'association**. L'interconnaissance et le lien établis entre elles ont de fait instauré un climat sécurisant, tel que rapporté par nos équipes « *connaître l'histoire des personnes peut être rassurant. La dame a pu s'appuyer sur ce que je savais de son histoire et ça l'aidait à se repérer dans le temps et pour répondre* » (Clémentine, accompagnante dans l'Eure-et-Loir).

Deux partenaires, le Centre d'informations des droits des femmes et des familles (CIDFF) du Vaucluse et la Croix Rouge en Martinique, en charge de la mise en place des Parcours de sortie de prostitution² sur leur territoire, ont cordialement accepté de rejoindre notre recherche. Grâce à elles, il a été possible de proposer à davantage de personnes de participer à l'étude.

1. FNARS et InVS. Etude ProSanté. *Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales*. 2013

2. Dispositif phare de la loi de 2016, pour les personnes qui souhaitent s'engager dans un parcours de sortie de la prostitution en leur permettant d'obtenir un titre de séjour (APS : Attestation provisoire de séjour), d'accéder à un logement, une formation, un travail et à une allocation financière (AFIS - Allocation financière d'insertion sociale).

La partie quantitative : le questionnaire

Notre enquête, anonyme (condition impérative à leur participation), s'adressait aux personnes majeures et volontaires, étant ou ayant été en situation de prostitution, accompagnées par nos associations.

70 accompagnateurs et accompagnatrices (salarié·e·s et bénévoles) de nos réseaux associatifs **ont été formé·e·s à la passation du questionnaire et à la gestion des conséquences psychotraumatiques par l'équipe de recherche ASPIRE**. Ils et elles présentaient ensuite l'étude aux personnes accompagnées par divers moyens (rendez-vous individuels, permanences collectives, affiches dans les bureaux ou par téléphone), puis fixaient un rendez-vous ultérieur pour répondre à l'enquête.

Le questionnaire, disponible en français, anglais, espagnol, créole haïtien et plusieurs autres langues, a été passé **exclusivement en format papier** - répondant ainsi à la demande de femmes survivantes participantes à la phase de test, afin de privilégier des échanges horizontaux et confiants, permettre une passation accompagnée et assurer la complétude des réponses.

Les accompagnateur·rice·s étaient ainsi présent·e·s avec la personne, dans un lieu dédié, pour lui poser directement les questions ou bien les lire ensemble, reformuler au besoin, expliquer, faire des pauses communes ou proposer d'éventuels exercices d'ancrage psychologique. **La durée de passation était d'en moyenne 1h**, variant de 40 minutes à plus de deux heures.

Le questionnaire comprenait une centaine de questions, portant sur l'état de santé physique et mental des personnes, leur qualité de sommeil, leur accès aux soins, les violences vécues dans et hors prostitution, leurs habitudes de vie et leurs éventuelles addictions... Malgré sa longueur, nous l'avons envisagé le plus global possible pour correspondre au mieux à leur vécu. A cet égard **le réalisme des questions a été particulièrement apprécié** : *« La dame a dit qu'elle avait l'impression que ce questionnaire, c'était elle »*, confiait une accompagnatrice à Paris ; un participant à Marseille abondant : *« c'est exactement ce qu'on se disait quand on y était »*.

Mené d'août 2024 à mars 2025, le volet quantitatif a mobilisé la quasi-totalité des délégations locales (21 sur 27) du Mouvement du Nid ainsi qu'une dizaine d'établissements de l'Amicale du Nid. L'étude a ainsi été réalisée **dans 29 villes** en France hexagonale et outre-mer (Martinique).

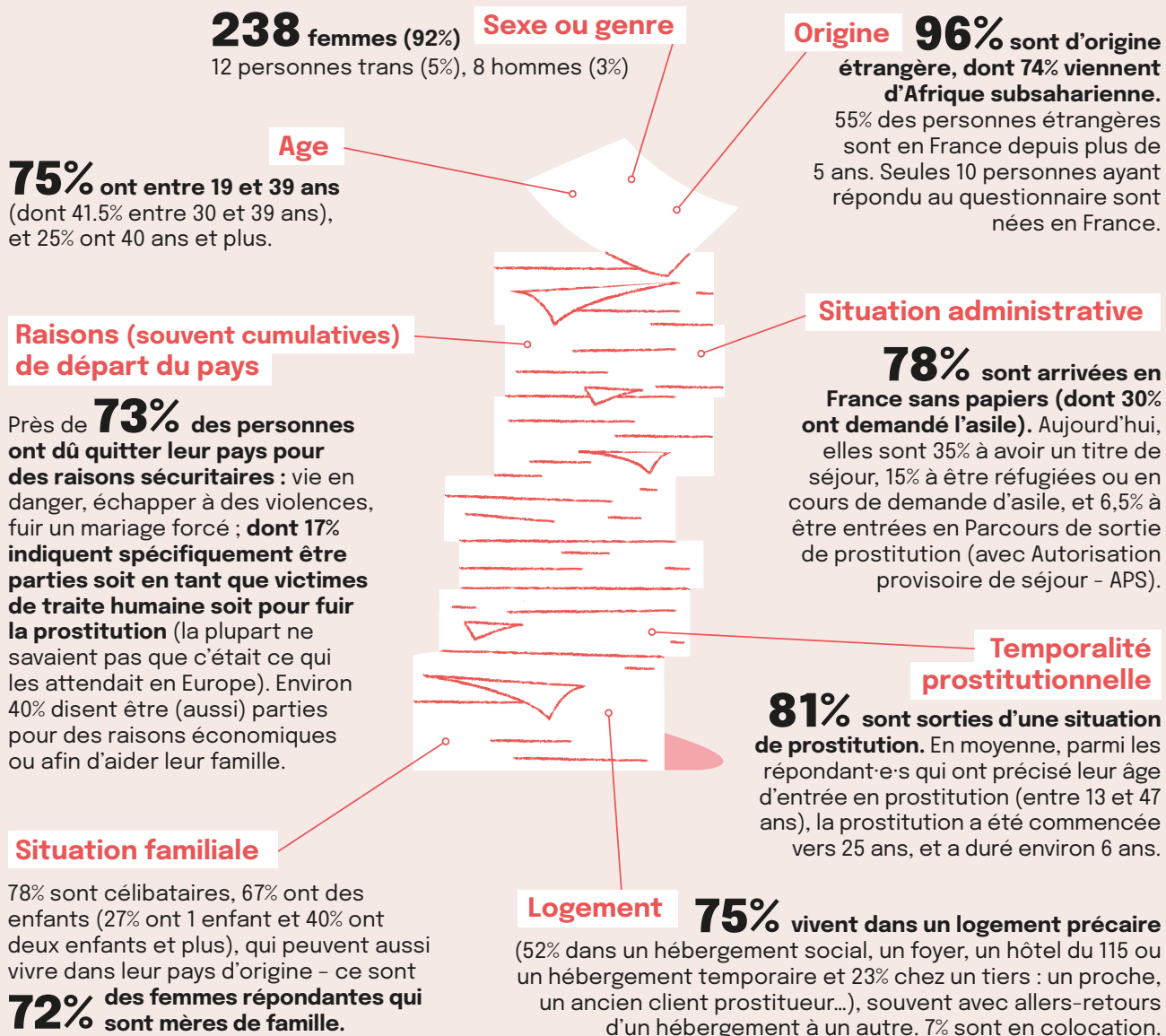
Cet investissement collectif massif démontre l'intérêt et la cohérence de la démarche, tant pour les équipes que pour les personnes en situation de prostitution ou survivantes, lesquelles l'ont trouvé utile et positive - une participante a même posé un jour de congés sans solde pour venir y répondre ! Beaucoup ont manifesté leur solidarité *« si cela peut en aider d'autres, je veux bien participer »*, *« je fais pour pas que d'autres filles traversent ce que j'ai vécu »*. Cet enthousiasme a directement contribué au succès de l'étude :

↓
258
questionnaires
ont été passés

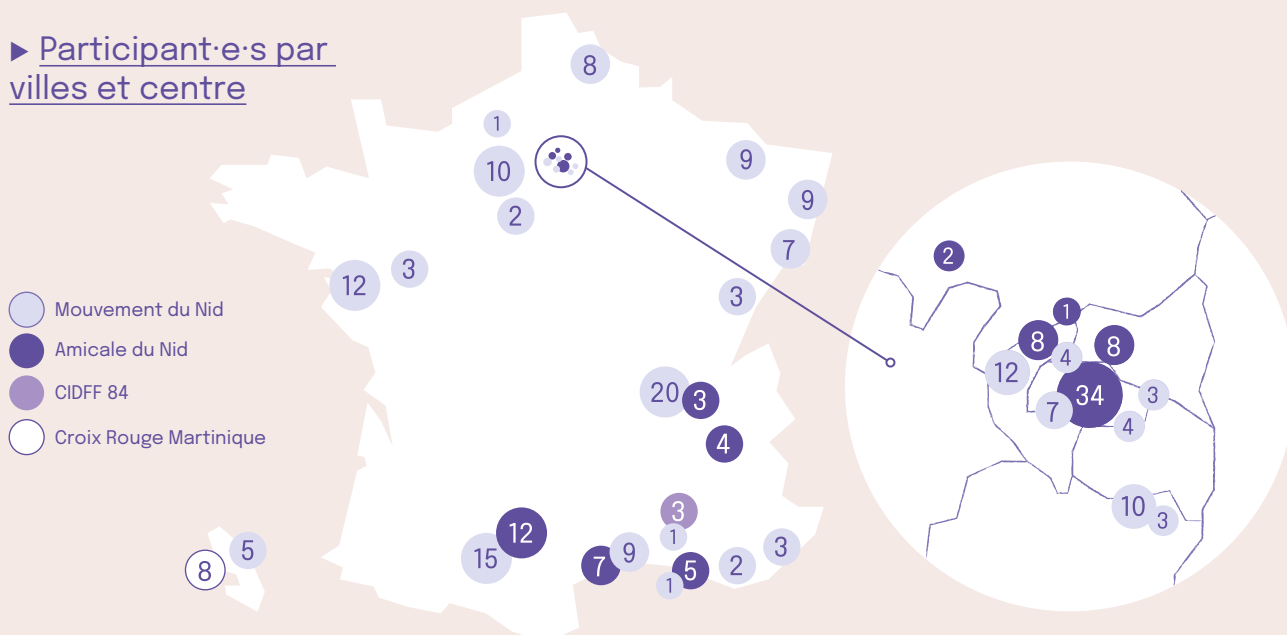
En bref

- **70 accompagnateur·rice·s** formé·e·s à la passation des questionnaires
 - 47 au Mouvement du Nid, dont 23 bénévoles et 24 salarié·e·s
 - 23 salarié·e·s à l'Amicale du Nid
- **258 questionnaires passés**, dont
 - 166 par le Mouvement du Nid
 - 84 par l'Amicale du Nid
 - et 8 par nos partenaires agréés pour les Parcours de sortie de prostitution :
 - 5 par la Croix Rouge Martinique
 - 3 par le CIDFF 84
- **Dans 29 villes** : 41 questionnaires passés à Paris, 55 en Île de France, et 162 en régions.

► Le profil des personnes enquêtées



► Participant·e·s par villes et centre



La partie qualitative : les entretiens

Des entretiens individuels semi-directifs ont par la suite été proposés, d'avril à juillet 2025, tant aux personnes accompagnées qu'aux salarié·e·s et bénévoles de nos structures pratiquant un accompagnement social au quotidien.

Un guide, disponible en français, anglais et espagnol, a aussi été coconstruit par des chercheuses, une étudiante en sociologie de la santé et des étudiantes en médecine, la coordinatrice de l'étude du Mouvement du Nid et une survivante de la prostitution, permettant de structurer les échanges tout en laissant place à une discussion libre. Ces entretiens ont été conduits par l'équipe de recherche : la coordinatrice de l'étude, l'étudiante en sociologie de la santé rattachée à l'Inserm et deux étudiantes en médecine rattachées à la Sorbonne Université. Leur durée était en moyenne d'1h30.

20 entretiens ont été réalisés auprès des personnes accompagnées par nos associations, ayant participé ou non au premier volet de l'étude, principalement en présentiel.

Les échanges portaient sur leur accès aux soins, leurs expériences auprès du personnel médical, leurs observations et ressentis sur leur santé en général, l'impact perçu des violences sur leur santé, leur sommeil, leur avis sur le système de soins français et leurs éventuelles idées pour développer des pistes d'améliorations de leur prise en charge.

Auprès des accompagnant·e·s sociaux et sociales, 25 entretiens ont été passés, à distance majoritairement. Les échanges portaient dans ce cadre sur leurs parcours personnel et professionnel, leur expérience dans l'accompagnement, leurs observations des besoins et obstacles auxquels sont confrontés les personnes ainsi que leurs recommandations de prise en charge.

En bref

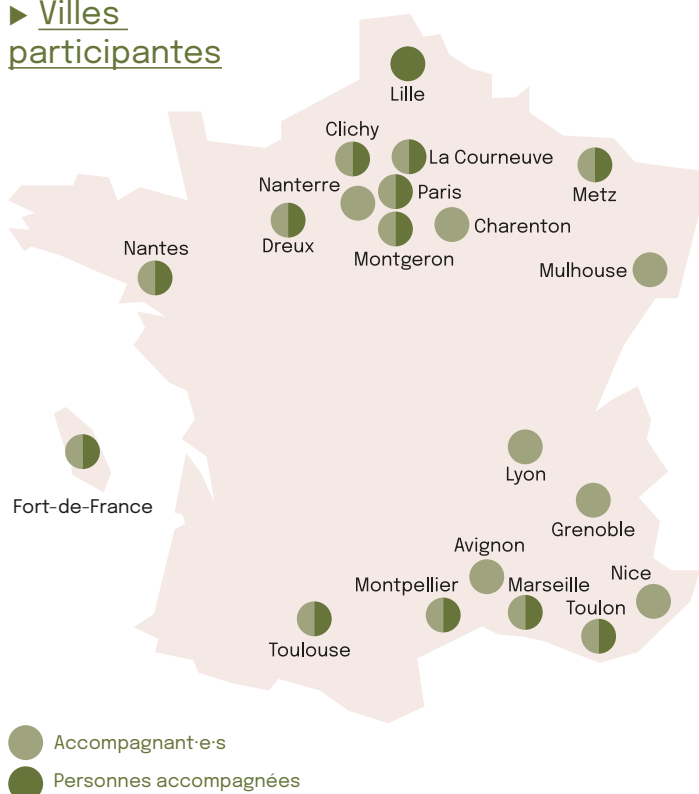
► 4 membres de l'équipe de recherche ont fait passer les entretiens qualitatifs

► 45 entretiens réalisés au total :
- 20 entretiens auprès de personnes prostituées ou survivantes (dont près de la moitié avaient passé le questionnaire) : 13 étaient accompagnées par le Mouvement du Nid, 7 par l'Amicale du Nid
- 25 entretiens auprès d'accompagnant·e·s sociaux et sociales (tout·e·s sauf 2 avaient fait passer le questionnaire) :

- 17 membres du Mouvement du Nid (13 salarié·e·s et 4 bénévoles)
- 6 salarié·e·s de l'Amicale du Nid
- 2 partenaires (CIDFF84 et Croix Rouge Martinique)

► Dans 10 villes en présentiel, et 20 villes à distance.

► Villes participantes

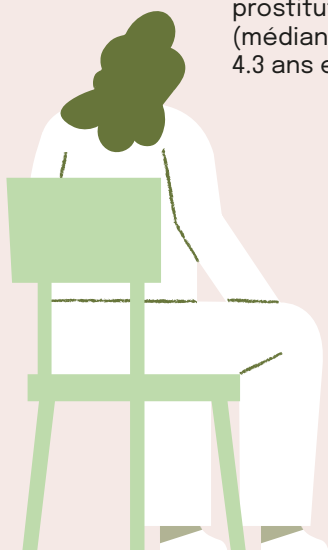


► Le profil des personnes interrogées

Les personnes accompagnées (20)



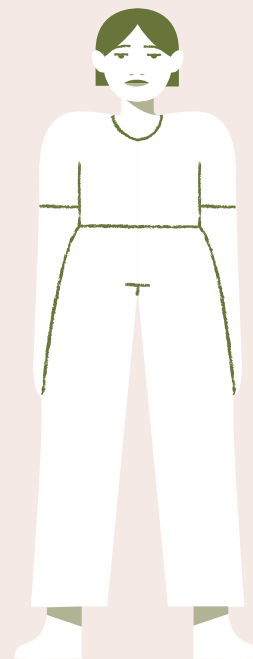
- **Sexe** : femmes
- **Âge** : moyenne d'âge de 40 ans, entre 25 et 68 ans
- **Origine** : Afrique subsaharienne (Ouest et centrale, pour 13 d'entre elles), Amérique latine, Union Européenne, Caraïbes.
- **Situation familiale** : 85% (17 femmes sur 20) sont célibataires et mères de famille, et ont entre 1 et 6 enfants
- **Temporalité prostitutionnelle** : 4 sont en situation de prostitution. 16 ont quitté la prostitution depuis environ 2 ans (médiane, depuis 1 à 10 ans), et elles sont restées en moyenne 4.3 ans en prostitution (entre 1 et 22 ans).



Les accompagnant·e-s (25)

- **Sexe** : 21 femmes et 4 hommes
- **Fonction** : chargé·e-s d'accompagnement social, bénévoles, éducatrices spécialisées, psychologue, infirmière, chargées de promotion santé, médiateur santé, coordinatrice Santé & Prostitution.

NB : toutes les citations mentionnant des prénoms, anonymisés, proviennent des entretiens qualitatifs.



Un appui psychologique tout au long de l'étude

Plusieurs de nos délégations ou services disposent déjà de contacts en interne (lorsqu'elles bénéficient de ressources financières suffisantes pour prendre en charge le suivi psychologique des personnes accompagnées) ou au niveau de leur localité vers lesquels orienter les personnes en cas de besoin. **Un soutien psychologique dans le cadre de l'étude a toutefois été proposé par notre psychologue partenaire tant aux personnes accompagnées qu'aux équipes accompagnatrices.** Lorsque cela a été nécessaire (absence de psychologues relais parlant anglais notamment), des rendez-vous (3) pour une

séance de soutien psychologique ont été organisés avec des femmes qui avaient été interrogées dans le cadre de notre étude. Au surplus, des temps mensuels de supervision¹ ont été mis en place pendant six mois pour une des accompagnatrices qui avait fait passer plusieurs questionnaires.

1. Soutien psychologique en lien avec la pratique professionnelle, prévention du traumatisme vicariant et de la fatigue de compassion.

ASPIRE, un levier pour mieux accompagner : les bénéfices immédiats de notre enquête

Avant même l'analyse des résultats de notre enquête, des effets positifs ont été constatés. Les accompagnateurs et accompagnatrices qui ont fait passer le questionnaire ont été unanimes : **poser des questions sur ces thématiques complétait l'accompagnement proposé aux personnes.** L'enquête est venue soit révéler soit approfondir des sujets peu abordés, ce qui a permis d'une part de mieux connaître le vécu des personnes, et d'autre part d'ajuster le soutien fourni par les équipes.

De nouveaux suivis ont été mis en place (« cela a permis d'apprendre que Madame avait l'hépatite » révèle Jean-Charles accompagnant à Nice), **des informations** ont été délivrées sur l'excision et la possibilité de chirurgie réparatrice, ainsi que sur la contraception. **Des rendez-vous médicaux** ont également été pris suite à des révélations de différents maux (douleurs au ventre, besoin de bilans...). En particulier, **des rendez-vous auprès de psychologues** : les échanges suscités par l'enquête ont enclenché **des demandes de suivi** qui n'avaient jusque-là pas été formulées, ou refusées, la personne considérant ne pas en avoir besoin. **Des prises en charge psychologiques** - ou, à tout le moins, des démarches en ce sens - **ont en conséquence été initiées pour 23 femmes interrogées** (dont 3 par notre psychologue partenaire). Pour 9 autres un suivi existait déjà, ou bien elles en avaient bénéficié dans le passé et n'éprouvaient pas le besoin à ce stade de le renouveler.

Chaque volet de l'étude a ainsi ouvert un **espace de discussions bienvenu**. Pour la première fois parfois, les personnes ont témoigné de leurs expériences : « Nous avons évoqué des choses dont elle n'avait jamais parlé [...] : sa consommation d'alcool, les symptômes liés au stress post-traumatique (sommeil, idées noires...) et l'excision », raconte Clémentine. « Au moment de la partie sur les violences sexuelles dans l'enfance, Madame a été très émue : c'était la première fois qu'elle en parlait à quelqu'un » complète une accompagnatrice à Montpellier. **Les éléments recueillis**

et la dynamique générée par ces échanges pointent l'intérêt d'un accompagnement global, la prostitution et les violences ayant un impact sur l'entièreté de la personne. Ce qu'illustre certains commentaires laissés par les participantes « le questionnaire permet de mettre des mots sur ce que je peux vivre, [et me questionne] sur l'impact de mon vécu pour le reste de ma vie ».

Au surplus, l'ensemble des questions posées lors du questionnaire, et notamment la liste des phrases à cocher sous forme affirmative, portant sur l'état et le(s) ressenti(s) des personnes, ont constitué un **outil de dépistage rapide et d'évaluation efficace**. Des accompagnantes sociales ont d'ailleurs conservé les questions pour s'en resservir dans le cadre de leur pratique, aussi bien lors des entretiens de premier accueil que comme support structurant pour aborder, tout au long du suivi, l'ensemble des thèmes à traiter. Une participante a même souhaité photocopier ses réponses en demandant à refaire un bilan six mois plus tard !

Cet espace d'expression a enfin offert l'**occasion d'expliquer l'impact des violences, voire de déculpabiliser** : « Cela permet un rappel sur la prostitution, les violences, les psychotraumatismes et de normaliser leurs états : leur faire comprendre que vu ce qu'elles ont vécu, leur état de santé est normal » informe une accompagnatrice à Colombes.

« Le questionnaire permet de mettre des mots sur ce que je peux vivre, [et me questionne] sur l'impact de mon vécu pour le reste de ma vie.

– une participante au questionnaire

Une vie de violences : le poids structurant des agressions passées et de la prostitution sur la santé

Les données recueillies révèlent un continuum : **des violences initiales** - reconnues par l'Organisation mondiale de la santé comme principal facteur de répétition des violences¹; **qui favorisent l'exploitation sexuelle des personnes** dont les répercussions sur leur santé et leurs conditions de vie sont, bien que peu conscientisées, dévastatrices.

Des violences antérieures systémiques...

La survenance et la quasi-systématicité des violences vécues avant l'entrée en prostitution est stupéfiante. Dans le cadre du questionnaire ASPIRE, **95%** des personnes interrogées² déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence, et majoritairement, de plusieurs cumulées - **près de 56% mentionnant au moins trois violences subies** : maltraitance psychologique, viol, inceste, violences physiques extra et/ou intra familiales, victimes ou témoins de violences conjugales, mariage forcé, blessures corporelles graves, séquestration... ou encore des violences durant le parcours migratoire.

Ce constat d'un **parcours jalonné de violences** est unanimement partagé par les professionnel·le·s qui accompagnent les personnes. Tout d'abord, nombreuses sont les personnes orphelines de l'un de leurs parents ou des deux, qui se retrouvent sans ressources ni soutien, les transformant en véritables proies pour les prédateurs - souvent au sein même de leur famille. **Enfants victimes de maltraitements** psychologiques (71%), d'agressions physiques, d'abandon, de rejet familial, d'excision, d'inceste et de viols par un homme proche (père, beau-père, oncle, cousin ou ami de la famille), ou encore de mariage forcé - et souvent, cumulant toutes ces violences : aucune n'a été protégée.

85% ont subi au moins une violence sexuelle et
73% des violences physiques en dehors de la prostitution, au moins une fois.

Soulignons que **l'âge médian du premier viol se situe à 15 ans, et que 80% des répondant·e·s l'ont subi avant 21 ans**. Le tabou des violences intra-familiales combiné à l'inaction voire la corruption des autorités locales garantit par ailleurs l'impunité des agresseurs : « *Personne ne te va te croire, tu ne peux pas en parler. Tu as peur que ta famille se dispute à cause de toi, donc tu dois te taire* » indique une participante au questionnaire. Rappelons enfin que près de 73% des personnes interrogées ont dû quitter leur pays pour des raisons sécuritaires, en particulier pour fuir des violences.

1. « L'OMS en 2010 a reconnu que le principal risque de subir ou de commettre des violences est d'en avoir déjà subi » - World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women : Taking action and generating evidence Geneva: World Health Organization, 2010

2. Seules 12 personnes répondantes au questionnaire ASPIRE ont indiqué ne pas avoir été victimes de violences.

Par ailleurs, la majorité des personnes répondantes ont eu un accès (très) limité à la scolarisation. En moyenne, elles ont quitté l'école vers 16 ans, et leur famille vers 18 ans. Comme le rappelle Hadidja, femme analphabète d'Afrique de l'Ouest prostituée pendant plusieurs mois :

« *il n'y a que les enfants des riches qui vont à l'école* ». **L'éducation marque en outre une différence significative dans la protection contre certaines violences** : les filles, en particulier nigériennes, qui ont un père aisé financièrement sont souvent épargnées d'excision et peuvent accéder à des études supérieures.

S'ajoute l'extrême pauvreté - considérée par certaines chercheuses³ comme une forme de violence faite aux enfants entraînant des conséquences négatives à l'âge adulte, qui agit comme un **facteur aggravant de leur situation**, ne leur laissant pas d'autres choix que de quitter leur village et leur pays pour la première fois, seule issue pour aider leur famille, subvenir aux besoins de leurs enfants ou pour espérer une vie meilleure. Influencées par une vision faussée de l'Europe et dupées par des membres de leur communauté qui leur font croire en la perspective d'un travail (s'occuper d'enfants, de personnes âgées, devenir coiffeuses), voire contraintes à la cérémonie du *juju*⁴ au Nigéria, elles se retrouvent isolées et dépendantes du réseau de traite qui les exploite.

Le parcours migratoire est en outre l'occasion pour leurs proxénètes d'organiser leur soumission : lors d'un trajet de plusieurs mois, elles sont menacées, brutalisées, sous alimentées et peuvent rester plusieurs jours sans accès à l'eau. Les violences masculines sont légion : « *le passeur a tenté de me violer, m'a frappé, il menaçait de ne pas me donner mon visa si je ne couchais pas avec lui* » dénonce Charlotte, femme d'Afrique de l'Ouest prostituée durant 5 ans. Le passage en Lybie, où elles sont régulièrement réduites en esclavage sexuel et séquestrées dans des camps, est une étape particulièrement traumatisante : « *j'étais avec 10 filles, des hommes venaient nous chercher dans la nuit pour coucher avec nous, ils nous masquaient les yeux, nous insultaient, [...] j'ai été violée des dizaines de fois : si tu refusais, ils te frappaient* » raconte Marion, une autre femme d'Afrique de l'Ouest exploitée pendant 4 ans.

« *Le passeur a tenté de me violer, m'a frappé, il menaçait de ne pas me donner mon visa si je ne couchais pas avec lui.* »

- Charlotte, femme d'Afrique de l'Ouest prostituée durant 5 ans

Ainsi, sur les 107 personnes ayant déclaré avoir migré et ayant répondu à la question sur les violences durant le parcours migratoire, **82% rapportent avoir été victimes de violences sexuelles au moins une fois sur leur trajet de migration, et 84% de violences physiques**. Les personnes interrogées évoquent aussi des maltraitements psychologiques (« *emotional abuse* ») et des violences verbales. **Le climat de terreur** dans lequel elles vivent est ici renforcé par le fait **d'assister à la mort d'autres femmes voyageant avec elles**, tuées, jetées et abandonnées dans le désert, ou qui ne survivent pas à la traversée de la Méditerranée en bateau gonflable ou en container.

Enfin, **la prédominance des violences conjugales** dans le parcours des femmes prostituées doit être signalée. Nombreuses sont celles qui ont été victimes de mariage forcé, et qui font mention de violences masculines subies dans le cadre d'ancienne(s) relation(s). Les résultats du volet qualitatif de l'enquête corrélaient cette connexion : **65% des femmes qui ont été prostituées ont aussi été victimes de violences conjugales** (incluant des mariages forcés). **Sur les 20 femmes ayant participé aux entretiens semi-directifs, 13 ont subi des violences de la part d'un ex conjoint avant, pendant ou après la prostitution** (violences physiques - pour certaines entraînant des blessures corporelles graves, la baisse de leur vision ou de l'usage d'un bras, des séjours à l'hôpital ; violences sexuelles, insultes, séquestration, harcèlement...). **Pour 5 d'entre elles, il s'agissait d'anciens clients.**

3. Hughes, Michelle, and Whitney Tucker. 2018. "Poverty as an Adverse Childhood Experience." *North Carolina Medical Journal* 79 (2): 124-26

4. Cérémonie de rite spirituel (magie noire) réalisée par un représentant du culte qui a pour but de placer sous l'emprise de leurs proxénètes les filles et les femmes nigériennes qui prêtent « serment », et par là s'engagent à la suivre et à lui rembourser la dette exorbitante soi-disant contractée pour leur passage en Europe (jusqu'à 100 fois plus élevée que le tarif usuel). Du sang, des poils (pubiens, cheveux) peuvent être recueillis pour concrétiser leur « appartenance » au réseau, et la menace des conséquences en cas de « rupture » de leur serment si elles s'échappent pèse sur leur vie et celle de leur famille. A noter que l'Oba (gouverneur) de l'Etat d'Edo a en 2018 « annulé » les serments du juju en les déclarant désormais caducs ; bien que la pratique - réalisée dans d'autres régions - n'ait toutefois pas complètement disparue et que la croyance reste ancrée et les menaces et violences réelles sur les proches des femmes qui se distancieraient du réseau de traite.

...préparant la mise en prostitution et la démultiplication des violences...

Dans bien des cas, la **prostitution a commencé dans le pays d'origine** : elles sont exploitées mineures par leur propre communauté, voisinage ou leur famille – lorsqu'elles sont par exemple orphelines et qu'une tante les recueille, à qui elles « doivent » ensuite une rétribution, ou sont carrément vendues. A un passé de violences vient dès lors se superposer l'exploitation sexuelle, rendue possible par la recherche de profit des proxénètes et la demande masculine d'achat d'actes sexuels.

► Les violences des proxénètes : une emprise stratégique dans le but d'anéantir

L'exploitation des vulnérabilités par les proxénètes est une stratégie récurrente rôdée, comme le reconnaît Elena, femme européenne prostituée durant 22 ans « *j'ai rencontré mes futurs proxénètes sur mon chemin de fugue, ils m'ont prise en stop et naïvement, j'avais 17 ans et demi, je leur ai raconté toute ma vie : je les ai armés pour me détruire* ». Parmi notre échantillon (questionnaire ASPIRE), **65% des personnes interrogées indiquent que leur proxénète les a forcés, au moins une fois (pour 54% cela a été le cas à plusieurs reprises) à des actes dont elles n'avaient pas envie.**

Les agressions physiques sont également très courantes. « *La proxénète nous frappait, ne nous laissait pas dormir si on était malade* » (Charlotte) : **65% des personnes répondantes font état de violences physiques de leur part.** Elles indiquent aussi la fréquence des menaces sur leur famille dans leur pays d'origine. Totale **sous emprise matérielle, financière et psychologique voire spirituelle**, elles peuvent payer très cher le prix de leur libération : « *suite au dépôt de plainte contre ma proxénète, j'ai eu envie de me suicider quand [en représailles] elle a balancé la vidéo où elle m'avait filmée, droguée, en train d'avoir un rapport sexuel avec... un chien. Les*

gens de ma communauté sur les réseaux et que je croisais dans la rue me traitaient de sorcière, me crachaient dessus... ». Les actes de tortures par déshumanisation et transgressions de tabous culturels et sexuels sont ainsi utilisés afin de museler les victimes¹.

► Les violences des clients proxétueurs : la mise en danger permanente des personnes prostituées

Inexorablement, **les violences des hommes** qui achètent les filles et les femmes en prostitution renforcent cette mainmise : viols, actes non consentis (mais « *quand ils te tiennent la tête, t'as pas le choix* » rappelle Elena), exigence de rapports non protégés ou retrait de préservatif...

85%

des personnes interrogées indiquent avoir été forcées à des actes par des clients au moins une fois, et pour 66% d'entre elles, plusieurs fois.

Le déchaînement de violences est aussi physique : étranglement, gifles, coups, brûlure de cigarettes, crachats, soumission chimique, séquestration, agressions avec armes : « *une des dames que l'on accompagne avait été victime de 19 coups de couteaux* » déclare Jean-Charles, accompagnant à Nice.

79.5% des personnes interrogées disent avoir été victimes au moins une fois de violences physiques de la part de clients.

Leur peur de mourir est quotidienne : « *C'est très dangereux, tu risques ta vie : c'est 50/50, à chaque fois tu peux tomber sur un client violent* » affirme Reine, une femme d'Afrique de l'Ouest exploitée durant 2 ans. « *On ne sait pas ce qu'il peut se passer, tu peux revenir handicapée, agressée* » complète Ornella, une femme européenne prostituée de ses 16 à 20 ans, car « *ils testent tout, ils sont sans limites* » conclue Elena.

1. Sironi, Françoise (1998). *Victimes et bourreaux. Psychologie de la torture*. Odile Jacob, Paris

Les personnes racontent aussi leur dégoût face à la saleté de certains clients, leur brutalité, et leur crainte de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Toutes rapportent **des vols de clients** qui leur prennent leur argent, refusent de payer ou exigent d'être remboursés une fois le rapport fini.

Également, les violences systématiques et les plus fréquemment citées sont les insultes, le mépris et les remarques dégradantes des clients :

93% des personnes interrogées rapportent avoir été insultées au moins une fois et 78% plusieurs fois. « *Tous les jours, il y avait au moins un client qui était méchant et nous insultait* » précise Charlotte.

En outre, parmi les pratiques violentes imposées aux personnes figurent **les demandes sexuelles filmées**. Plus de la moitié des femmes interrogées (11) dans le cadre des entretiens qualitatifs ont raconté que des clients **avaient déjà tenté de les filmer ou exigé des actes filmés**. Mélanie, femme d'Afrique de l'Ouest prostituée depuis 1 an, explique que lors de ses rencontres en ligne, les clients lui réclament régulièrement des vidéos d'elle, en train de se masturber. Un client de Cannelle, femme eurasienne prostituée durant 2 ans, exigeait souvent des « *plans à trois filmés* », lui envoyait des « *scénarios par message* » et la menaçait quand elle ne répondait plus. **Un lien avec la pornographie** ancré à travers les époques : Elena cite un client qui voulait lui montrer des vidéos (VHS) pornographiques. Certaines mentionnent encore des films réalisés à leur insu et leur **peur des conséquences** : l'une d'elle confie sa détresse lorsque la vidéo où elle avait été filmée a été diffusée, et vue par ses parents. Sandrine, femme d'Afrique de l'Ouest prostituée durant 4 ans, raconte aussi qu'avoir été filmée l'a fait se sentir mal. Enfin, **la contrainte économique** de ses demandes récurrentes est forte : deux femmes racontent avoir refusé d'être filmées, en représailles les clients ne les ont pas payées.

► La difficile conscientisation des violences : entre invisibilisation, tolérance à la douleur comme effet de la dissociation et banalisation

Cependant, l'étude menée révèle que **la violence intrinsèque** à la prostitution (achat d'un acte sexuel et répétition de pénétrations non désirées) **n'est pas identifiée en tant que telle** – même si l'absence de volonté est martelée :

je ne voulais pas

on m'a forcée

c'était une torture

c'est pas un métier, je le fais par nécessité

c'est une maladie de faire ce qu'on ne veut pas faire tout le temps

c'est pas une vie

Les mécanismes d'invisibilisation de la violence (euphémisation, culpabilisation, compartimentalisation, etc) sont également à l'œuvre au sein des violences prostitutionnelles, mis en place de manière active (proxénètes, clients) et passive (culture patriarcale)². **Ainsi, c'est uniquement lorsqu'il y a violence physique ou sexuelle extrême que l'agression est nommée, correspondant au mythe sociétal du « vrai viol »** : Sabrina, femme d'Amérique latine prostituée pendant 3 ans, cite par exemple deux viols, à chaque fois lorsqu'elle était enfermée dans un appartement avec un client, et l'un d'entre eux avait un couteau. Elena raconte que c'était « *dans un bar à hôtesse, il y en a un qui m'avait bloqué la nuque contre des tables et menacé de me la briser* ». Pour éviter des représailles, elles sont contraintes de céder : « *même quand t'as pas envie, ils te brutalisent pour le faire* » (Hadidja).

« Ils testent tout, ils sont sans limites. »

– Elena, femme européenne prostituée pendant 22 ans

2. Romito, Patrizia (2006). *Un silence de mortes : la violence masculine occultée*. Paris : Syllepse

Tout comme les conjoints violents, les proxénètes et les clients organisent et maintiennent l'emprise, l'attachement traumatique, la dépendance matérielle, le vice de consentement, la silenciation par les menaces, la culpabilisation et la honte, empêchant de prendre conscience des violences prostitutionnelles et de leurs conséquences sur la santé. D'abord en ciblant des personnes vulnérables, telle qu'Ornella, paralysée par sa minorité et son ignorance « j'étais enfant, je ne connaissais pas mes choix ». Puis, ils et elles masquent et augmentent peu à peu la violence, manipulant et créant une habitude, brouillant tout repère, afin de diminuer la résistance¹ et d'empêcher les personnes de partir. C'est le cas de Donia, femme d'Afrique centrale exploitée pendant 5 ans, pour qui la stratégie des proxénètes a été très efficace : « On ne voyait pas que c'était des violences au début, c'était progressif, elle augmentait le nombre de clients par jour, puis imposait des pratiques de plus en plus violentes, elle nous obligeait à des rites... On voulait toutes arrêter mais on ne pouvait pas. J'ai accepté ces violences pour protéger ma fille, menacée dans mon pays. »

Le seuil de tolérance très élevé des femmes à la souffrance dans le cadre prostitutionnel, conséquence directe de la dissociation traumatique² agissant en tant que mécanisme de survie, peut aussi constituer un frein à la perception et à la reconnaissance de l'ensemble des violences vécues. Si la médecin légiste Judith Trinquart dans sa thèse sur la décorporalisation l'avait souligné dès 2002 quant à la douleur physique, il semble que les **violences sexuelles et psychologiques sont aussi largement minimisées par les victimes**. Elles ont majoritairement exprimé des émotions et une **profonde tristesse lors des souvenirs des agressions dans l'enfance, mais évoquaient avec distance leur vécu prostitutionnel**, citant plusieurs anecdotes de violences extrêmes avec détachement (agression avec arme, menaces au couteau, cheveux arrachés et pied blessé après avoir été poussée dans un escalier, etc). Conformément à la

littérature sur ce sujet, il semble que l'accumulation des sévices subis et l'âge auquel ils ont débuté constitue un facteur prédictif de l'ampleur **des signes de dissociations** durant la passation d'entretiens³, **expliquant l'apparente distanciation des personnes**.

Enfin, afin de tenir dans une situation de danger constant, les personnes prostituées peuvent être amenées à **relativiser leurs conditions de vie prostitutionnelle**, qui les obligent à un fonctionnement de très court terme. Contraintes de s'adapter au jour le jour, elles s'appuient sur le moindre élément considéré supportable dans un contexte extrême⁴ : « tu trouves du positif dans ce qu'il se passe au quotidien, tu te dis qu'aujourd'hui, tel client a été gentil, que tu vas voir le client beau gosse... Tu tiens comme ça, ça me motivait pour ne pas me détruire seule » (Ornella).

« Tu trouves du positif dans ce qu'il se passe au quotidien, tu te dis qu'aujourd'hui, tel client a été gentil, que tu vas voir le client beau gosse... Tu tiens comme ça, ça me motivait pour ne pas me détruire seule. »

- Ornella, femme européenne prostituée de ses 16 à 20 ans

1. Hirigoyen, Marie-France (2005). *Femmes sous emprise : Les ressorts de la violence dans le couple*.

2. Pour en savoir plus : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/dissociation-traumatique.html>

3. Smith, Johanna (2021). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Dunod. Paris

4. Ce mécanisme de recherche d'espoir dans une situation de danger prolongé et de sensation d'impuissance (peur sans solution) a été documenté lors de recherches sur le Syndrome de Stockholm et l'attachement traumatique - Graham, Dee ; Rawlings, Edna & Riggsby, Roberta (1994). *Loving to Survive. Sexual Terror. Men's Violence*. New York : NYU Press.

... dont les impacts sur la santé et dans la vie quotidienne sont massifs

Nombreuses sont celles qui ont néanmoins réalisé dès l'origine la violence de la prostitution, telle que Farida, femme d'Afrique centrale prostituée durant 10 ans, qui avait « *compris dès le début qu'[elle] étai[t] maltraitée, [elle] pleurai[t] tout le temps* ». C'est d'ailleurs **l'épuisement et la souffrance accumulées** qui vont souvent provoquer le déclic de leur sortie de la prostitution, **ou l'agression « de trop »**, le moment où elles ont vraiment eu peur pour leur vie : « *Une dame est arrivée avec un bleu sur la tête, car elle avait refusé une pénétration anale* » décrit Mélissa, accompagnante à Avignon. Lorsqu'une trop grande menace pour leur vie⁵ est détectée, la détresse est telle qu'elle peut entraîner leur arrêt de la prostitution.

Les conséquences pour les personnes sont innombrables et affectent durablement et quotidiennement leur vie. Lynda, femme d'Afrique centrale prostituée depuis 10 ans, parle d'avoir « *l'impression de traverser le désert* » ; elles racontent leur fatigue, leur stress, leur état d'hypervigilance (symptômes du stress post-traumatique), leur prise de poids, les séquelles physiques, montrent leurs cicatrices corporelles, confient leurs pensées négatives, certaines ayant pensé voire tenté de se suicider⁶...

La question, poignante, d'une participante (en situation de prostitution depuis des décennies) concluant sa passation du questionnaire, est révélatrice du désespoir dans lequel elles sont amenées à (sur)vivre : « *C'est quand que je vais aller bien ?* ».

D'autres ont modifié leur façon de s'habiller afin de passer inaperçue, pour ne plus être regardée par les hommes. Patricia, femme d'Afrique centrale prostituée en Grèce puis par son ex conjoint en France, partage son aversion désormais viscérale envers eux : « *Je les déteste, ce sont des manipulateurs qui vous amadouent pour finalement vous utiliser* ». **Beaucoup ne font en effet plus confiance à personne, en particulier aux hommes**, et n'ont souvent que pour seules interlocutrices et interlocuteurs informé·e·s de leur situation actuelle ou passée leur référent·e social·e.

Elles développent en conséquence des **stratégies de protection et d'évitement**, fuient les lieux de prostitution, changent de numéro de téléphone et rompent avec leur communauté qui généralement a pu être à l'origine de leur entrée ou de leur maintien en prostitution, ou pour éviter l'ostracisation. Elles craignent aussi de croiser leurs anciens clients dans la ville où elles vivent et ont été prostituées – certaines faisant mention d'insultes et de harcèlement lorsque c'est le cas.

Une participante au questionnaire explique que « *la prostitution change tout, détruit pour toujours. Vous êtes comme une tasse brisée, vous ne pouvez pas revenir à votre vie d'avant* ». La plupart précisent qu'**elles se souviennent de tout** mais gardent tout leur vécu à l'intérieur, elles évitent de « *le laisser sortir* » pour tenter de s'en protéger, en **révivant de tout oublier. Les difficultés pour en parler sont majeures** : « *Je n'arrivais pas à en parler, ce n'est pas facile de sortir de cette vie, c'est comme une corde qui te retient ; et les clients continuent de t'appeler...* » (Patricia), ou encore « *j'étais seule je ne connaissais personne, j'avais besoin de quelqu'un qui m'encourage pour quitter [la prostitution]* » (Hadidja).

Viennent s'ajouter la honte, le stigmatisme sociétal, l'anéantissement de leur estime d'elles-mêmes alimenté par le milieu prostitutionnel (proxénètes, clients) et par la croyance en découlant qu'elles « *ne valent pas mieux que ça* » (Victoire, accompagnante en Île-de-France), qui ont pour effet de les isoler et peuvent ainsi constituer des obstacles à leur sortie définitive de la prostitution et à recevoir des soins adéquats. **Seules 25% d'entre elles se sentent fortement soutenues socialement** (par l'association notamment, ou par une amie ou leur famille qui n'est toutefois pas ou très partiellement au courant de leur situation).

5. À noter que la maternité constitue l'autre principal type de déclic couramment invoqué pour cesser la prostitution.

6. Notre étude ProstCost avait, entre autres, mis en lumière que le taux de suicide était 12 fois plus élevé chez les personnes prostituées qu'au sein de la population générale. PROSTCOST, *Estimation du coût économique et social de la prostitution en France* – Mai 2015, par Le Mouvement du Nid France et Psytel.

Sara, accompagnante dans l'Essonne citait une jeune femme de 22 ans qu'elle accompagne, exploitée depuis ses 14 ans :

Comment je fais pour imaginer que je peux être autre chose que ça ?

Cependant, **la majorité des répondantes n'associent pas nécessairement leur état de santé dégradé, notamment mental, à leur vécu prostitutionnel.** Répondre au questionnaire a permis à certaines de faire ce lien : « *Je ne m'étais pas rendu compte que le sujet de la violence était associé au sommeil, au fait de ne pas dormir bien* » raconte une participante au questionnaire ; et les a aidées à mieux comprendre ce dont elles avaient été victimes. Il en va de même s'agissant de leur **rapport à l'hygiène, qui peut être un véritable indicateur**, certaines évoquant les heures passées sous la douche à se laver : « *j'avais envie de m'arracher la peau, de tout m'enlever tellement je me sentais sale et dégoûtante* » (Ornella).

Les relations amoureuses et sexuelles s'en trouvent également (très) bouleversées : Ornella s'est mise en couple avec le client dont elle était tombée enceinte, car il lui avait montré de l'affection, mais elle s'est rendue compte qu'en réalité, elle n'avait jamais pu construire de repère(s) affectif(s) : « *je suis passée d'enfant violée, à prostituée, à victime de violences conjugales : je ne sais pas ce qu'est l'amour ou d'être dans une vraie relation* ». Une confusion difficile à surmonter, résumée par une participante au questionnaire : « *retrouver une sexualité saine et non affectée par les traumatismes est un combat* ».

Enfin certaines sont célibataires depuis leur sortie de prostitution (Elena), ou comme Donia, **ont définitivement arrêté de relationner avec les hommes** avec qui elle « *a toujours peur* » : aujourd'hui elle « *préfère les relations avec les femmes* », bien que l'homosexualité soit interdite dans son pays et qu'elle soit contrainte de le cacher à sa famille.

Les **violences** préalablement subies apparaissent représenter le facteur clé de l'entrée en prostitution : elles **conditionnent les victimes à « l'acceptation » d'exploitation(s) toujours plus violente(s)**, savamment orchestrée(s) par les proxénètes (proxénètes et clients), qui repèrent leur(s) fragilité(s) et en tirent ainsi profit. Conséquemment, **les sévices vécus et les mécanismes de dissociation psychique qui les accompagnent, altèrent la santé des personnes et la perception qu'elles en ont.** S'y conjugue la méconnaissance générale de leur état, dont la mosaïque des réalités est mise en lumière par notre étude ASPIRE, révélant des urgences de prise en charge jusqu'ici insuffisamment reconnues – voire délaissées.

Je suis passée
d'enfant violée,
à prostituée, à
victime de violences
conjugales : je ne
sais pas ce qu'est
l'amour ou d'être
dans une vraie
relation.

- Ornella, femme européenne
prostituée de ses 16 à 20 ans

La santé des personnes prostituées et survivantes : entre réalités ignorées et réelles urgences

Bien que les douleurs physiques soient nombreuses, **les résultats de l'étude suggèrent que l'état de santé des personnes tend à s'améliorer après leur sortie de la prostitution.** Leur santé mentale, gravement détériorée, nécessite quant à elle une prise en charge spécifique que l'accompagnement proposé par nos associations leur permet d'amorcer.

La santé : perceptions relativisées, réalités de douleurs

Le constat selon lequel une majorité de personnes répondant au questionnaire ASPIRE affirmerait être en bonne santé, doit être interprété avec prudence : **derrière la relativisation de leur état et leur conception personnelle de ce qu'est une « bonne santé » - en décalage avec leur vécu ; se dessine in fine une réalité marquée par l'accumulation de maux, les inscrivant dans un état de souffrance quasi chronique.**

► La perception de son propre état de santé : une relativisation à contextualiser

Si seules 25% des personnes répondantes déclarent être dans un mauvais ou très mauvais état de santé, il s'avère qu'elles sont ensuite **68% à révéler avoir entre 1 et 6 problèmes de santé.** Cette dichotomie interroge, et est à mettre en perspective avec la temporalité dans laquelle elles se trouvent au moment de leurs réponses à l'enquête ainsi que les potentiels mécanismes psychologiques de minimisation à l'œuvre.

En premier lieu, rappelons que **81% des répondantes sont sorties d'une situation de prostitution, elles sont donc nombreuses à comparer leur état de santé actuel à ce passé,** aux périodes extrêmement difficiles de leur vie (trajet migratoire, exploitation sexuelle, vie à la rue, etc) et estiment conséquemment aller bien aujourd'hui du fait de la satisfaction de leurs besoins primaires - et ayant survécu aux atrocités traversées. C'est d'ailleurs ce que celles qui sont encore en situation de prostitution expriment dans leurs attentes : obtenir enfin leurs papiers afin d'accéder à un logement, un travail, à la sécurité pour quitter la prostitution et avoir une vie qu'elles qualifient de « normale ».

Il semble ainsi exister chez elles une potentielle **relativisation de leur état de santé actuel.** Cette propension à relativiser leur vécu se retrouve également dans leurs réponses à la survenance de violences ou de graves difficultés dans leur vie. 91.5% des personnes ont ainsi d'abord répondu « non » à la question générale « Vous souvenez-vous d'événements qui ont pesé lourdement sur votre vie (y compris dans votre enfance), de situations

menaçantes, violentes ou d'événements traumatisants ? » ; avant d'être finalement 95% à mentionner, parmi la liste des réponses proposées et donc en ayant l'opportunité de décrire leur vécu, avoir été victimes d'au moins une violence (sexuelle, physique, psychologique ...) dans leur enfance ou en dehors de la prostitution.

Il est aussi plausible, comme analysé précédemment, que **ni les violences ni leurs conséquences sur leur santé ne soient conscientisées en tant que telles, tout comme la définition de ce que devrait être une bonne santé** – à tout le moins tant que la question ne leur est pas posée directement.

De plus, et c'est là qu'apparaît **l'un des enseignements majeurs de notre enquête** : nous pouvons supposer que **prendre le temps avec la personne, détailler les questions posées et subséquemment ses possibilités de réponses**, lui donner l'opportunité de réfléchir posément et de s'accorder un moment pour (s')écouter et parler de ce qui va et ne va pas (dans son corps et dans sa tête), **lui offre l'occasion de se rendre compte et de mesurer son état réel de santé**. Les commentaires – unanimes – des accompagnatrices et accompagnateurs à ce sujet appuient cette observation, présentée en propos liminaires.

Enfin, dans leurs réponses au questionnaire, les personnes ont listé un **nombre conséquent de problèmes**, qui peuvent se cumuler :

gynécologie (*infections (urinaires, mycoses), fibromes, kystes ovariens, douleurs, règles douloureuses et abondantes...*)

mal aux yeux

douleurs articulaires et osseuses

troubles digestifs et alimentaires

et au moins 40 personnes citent leur mauvaise santé mentale.

« Une harmonie totale : physique, mentale, spirituelle : tous les aspects, toutes les dimensions doivent être équilibrées (physiques, émotionnelles, et économiques aussi) sinon tu ne peux pas être saine ni aller bien.

- Marlène, femme d'Amérique latine prostituée durant plusieurs mois

infections sexuellement transmissibles

thyroïde

diabète

anémie

problèmes cardiaque et cardio-vasculaires

hypertension

maux d'estomac

► Ce que signifie « être en bonne santé » selon les personnes répondantes

Les entretiens qualitatifs proposaient aux femmes interrogées (20) de livrer leur propre définition de la santé. Beaucoup parmi elles soulignent l'absence de souffrances et la capacité comme principales caractéristiques (« ne pas avoir de problèmes », « ne pas avoir mal », « pouvoir tout faire »), mais pour la plupart **c'est la dualité du bien-être physique et mental qui est importante et déterminante**. La moitié (10) indique ainsi qu'être bien, stable, mentalement et physiquement garantit un bon état de santé, nombreuses sont celles insistant particulièrement sur l'aspect psychologique, dont dépend le reste : « Quand on n'a pas la tête qui va, rien ne va ».

Marlène, femme d'Amérique latine prostituée durant plusieurs mois, va même plus loin et parle d'« une harmonie totale : physique, mentale, spirituelle : tous les aspects, toutes les dimensions doivent être équilibrés (physiques, émotionnelles, et économiques aussi) sinon tu ne peux pas être saine ni aller bien ». D'autres priorisent la qualité du sommeil : « je me rends compte de l'impact sur ma santé, mes humeurs [...] je suis ma personne normale si j'ai bien dormi la nuit » (Cannelle). Dans leurs définitions, certaines parlent de « joie » et même de « privilège, de garantie de la vie ».

Le fait d'être sortie d'une situation prostitutionnelle permet de comparer leur état de santé, de sommeil, et de compléter cette évaluation : elles mentionnent le fait de ne plus être stressée, triste ou angoissée, de ne plus avoir peur, qu'avant leur « santé n'était pas bonne » - les douleurs physiques intenses actuelles sont d'ailleurs mentionnées par des femmes étant encore en situation de prostitution. Aujourd'hui elles affirment **mieux dormir et mieux manger** : le caractère très décalé et privatif de la prostitution les limitait drastiquement dans la couverture des besoins fondamentaux (vivre la nuit, récupérer quelques heures de sommeil dans la journée, souvent dans des chambres partagées avec d'autres ; s'alimenter et s'hydrater peu ou mal ; recourir à l'alcool « pour tenir »...).

Des survivantes (qui ont parfois arrêté la prostitution depuis 10 ans et bénéficient de fait d'un recul conséquent sur leur vécu) évoquent également **la dissociation** dont elles étaient victimes, le fait qu'elles étaient « éteintes » à l'époque de la prostitution. Elles parlent de leur corps qui pouvait réagir pendant cette période (grande fatigue, toux continue dont la cause n'était pas détectée, anorexie ou surpoids, problème cardiaque, alcoolisme...) mais qu'elles n'écoutaient pas. C'est lorsqu'elles ont été « **ressociée[s], que tout a lâché** » : l'arrêt de la prostitution, un accident de vie, la reviviscence traumatique ont provoqué un **réveil du corps**, avec parfois des maux physiques insupportables (hernie discale due au port des talons et station debout prolongée, grande douleur diffuse...), menant pour l'une d'elles, à l'hospitalisation. « **J'ai accumulé et ça a explosé, c'était l'assaut final** » : l'utilisation d'un vocabulaire guerrier en dit long sur la réalité des violences quotidiennes qu'elles avaient à supporter.

« Quand on n'a pas la tête qui va, rien ne va. »

J'ai accumulé et ça a explosé, c'était l'assaut final.

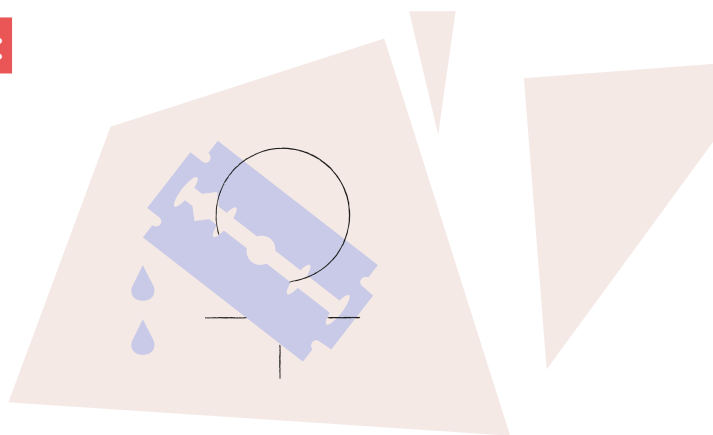
– Elena, femme européenne prostituée pendant 22 ans

Santé gynécologique et sexuelle : des réalités impensées

Si les **violences gynécologiques**, tout comme la fréquence des recours à **l'Interruption volontaire de grossesse (IVG)**, sont souvent laissées sous silence et gagneraient à être mieux perçues et intégrées dans les suivis des femmes victimes de prostitution ; leur haute **conscience des risques sexuels** les maintient quant à elle, en dépit des croyances populaires, plutôt éloignées des infections et maladies sexuellement transmissibles.

Les problèmes posés par les MST et par le sida ne sont qu'une des facettes des problèmes de la prostitution, et certainement pas la plus importante.

- Constat de l'épidémiologiste
Jean-Baptiste Brunet, 1992,
Colloque UNESCO - Amicale du Nid



► L'ampleur des excisions : une violence méconnue et souvent tue

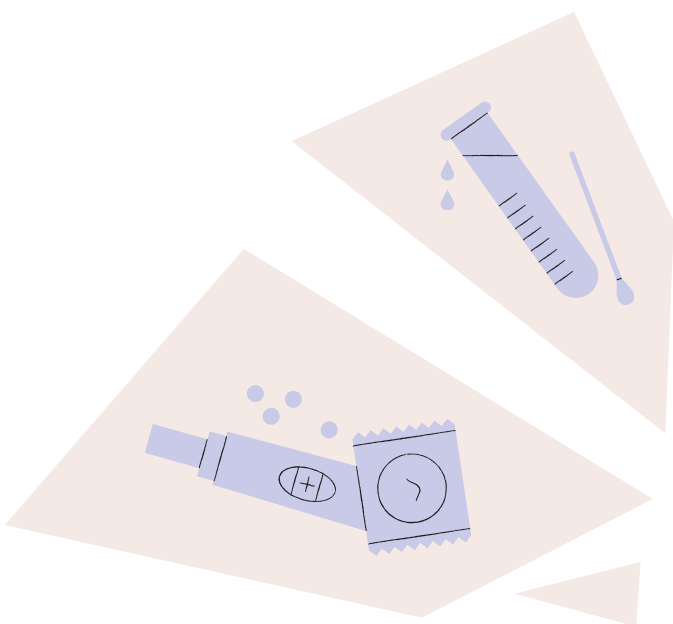
Bien que rarement étudiées dans le cadre de la prostitution, les mutilations sexuelles féminines¹ concernent toutefois près du tiers des femmes prostituées et survivantes interrogées (questionnaire ASPIRE) :

27% ont subi une excision (6 répondantes indiquent qu'elles ne savent pas si elles en ont été victimes ou non). Cette torture est pratiquée lorsque les filles sont très jeunes (avant 5 ans, mais cela peut être avant le mariage au sein de certaines ethnies pour assurer l'homme de la « pureté » de sa future épouse, tel qu'a été le cas pour l'une des participantes qui en garde un souvenir effroyable) et entraîne de nombreuses complications : problèmes vaginaux, saignements, infections, douleurs en urinant et/ou lors des rapports sexuels, de la grossesse et de l'accouchement, etc.

En outre, le manque d'informations précises à disposition sur ce sujet, mais également les éventuelles méconnaissances de leur anatomie, semblent conduire les femmes à ne pas l'évoquer :

69% des femmes victimes d'excision n'en ont jamais parlé à un-e médecin. Or la passation des questionnaires a permis aux accompagnantes de présenter aux femmes les possibilités de chirurgie réparatrice, ou encore de leur proposer de participer à des groupes de paroles organisés par des médecins dans des hôpitaux le cas échéant, certaines se saisissant de cette opportunité.

1. Ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins extérieurs ou toute autre lésion pratiquée pour des raisons non médicales : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>



► Contraception et IVG : une conscience préventive, associée à un recours fréquent à l'avortement

62% des femmes prostituées ou survivantes interrogées (questionnaire) déclarent utiliser une contraception : préservatif (39%), pilule (11%), implant (9%), ou stérilet (3.5%). Selon les 38% répondantes restantes n'utilisant pas de contraception et ayant quitté la prostitution, le fait de ne pas entretenir de relation avec des hommes semble être une garantie contraceptive suffisante.

59% ont eu recours à au moins une interruption volontaire de grossesse, avec une moyenne de 2 IVG par femme environ, une proportion qui reste constante, et toujours trois fois plus élevée que parmi la population féminine générale².

A noter que plus de la moitié des IVG ont été réalisées dans leur pays d'origine (en majorité en Afrique subsaharienne), où l'accès à la contraception est souvent limité.

Les violences intra-familiales, les mariages forcés, la prostitution, la traite humaine et, de manière générale, les violences masculines, exposent ainsi particulièrement les femmes au risque de grossesses non désirées.

► La prévention des IST, MST et VIH : des risques (re)connus et donc plutôt maîtrisés

Les résultats du questionnaire ASPIRE mettent en avant une conscience aiguë des risques infectieux encourus par les personnes, même après avoir quitté la prostitution :

66% se font dépister au moins une fois par an. A ce titre est à saluer – et à poursuivre – le soutien aux actions de prévention réalisées notamment par les secteurs médico-social et associatif en faveur de la réduction des risques et des dommages, la distribution ou mise à disposition de préservatifs ou de différents tests (de la part des Agences régionales de santé notamment), ainsi que tout suivi ou bilans sanguins rendus accessibles, gratuits et ainsi facilités pour les personnes. Une vigilance bienvenue, mais dont elles semblent seules supporter la responsabilité dans le cadre prostitutionnel, qui s'ajoute à leur charge mentale quotidienne.

De surcroît, **seules 5% des personnes interrogées affirment être sous PreP³** – le traitement préventif du VIH (empêchant le virus de se développer, proposé gratuitement à toute personne qui y serait exposée). Cette très faible part de la population prostituée, interrogée via notre étude ASPIRE, qui bénéficie d'un suivi relatif au VIH, peut partiellement être nuancée par l'éventuel déficit d'informations – 24% des personnes participantes à notre étude déclarant n'en avoir jamais entendu parler. Néanmoins, ce résultat invite avant tout à **dépasser le prisme à travers lequel la prostitution continue d'être majoritairement appréhendée : il ne s'agit pas, loin s'en faut, d'une problématique exclusivement liée à la santé sexuelle et au risque infectieux.** Un constat que l'épidémiologiste Jean-Baptiste Brunet soulevait déjà en 1992 « *les problèmes posés par les MST et par le sida ne sont qu'une des facettes des problèmes de la prostitution, et certainement pas la plus importante* »⁴.

2. L'étude ProSanté de 2013 avait déjà mis en lumière que 61% des femmes prostituées avaient recours à une IVG, contre 22% de la population féminine générale.

3. Pre-exposure prophylaxis (prophylaxie pré-exposition) - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536524/fr/traitement-preventif-pre-exposition-de-l-infection-par-le-vih

4. Colloque UNESCO-Amicale du Nid, cité dans Judith Trinquart. *La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins* – Thèse de Doctorat d'Etat de Médecine Générale, 2002, p.116

La santé mentale : un angle mort qui se révèle alarmant



La superposition de violences dégrade l'état mental des personnes, en particulier leur **sommeil** - indicateur phare d'une santé mentale profondément affectée ; mais dont l'amélioration semble s'opérer avec la sortie des violences.

► Être victime de violences multiples et notamment sexuelles surexpose aux psychotraumatismes

Ici est observé le **principal éclairage de notre enquête ASPIRE** : les personnes victimes de prostitution et de traite humaine, et donc, comme nous l'avons vu, de violences multiples depuis l'enfance, sont surexposées aux psychotraumatismes et aux troubles dépressifs. Les résultats du questionnaire révèlent que

62,5% des personnes répondantes présentent des symptômes de stress post-traumatique, et

51% des risques de symptômes dépressifs, quand la prévalence des troubles de stress post-traumatique affecte 5 à 12% de la population générale, ou un quart des militaires ayant participé à une guerre¹. La majorité des personnes prostituées et survivantes, que nous accompagnons, souffre par conséquent d'une **santé mentale très dégradée et de formes de dépression(s)**. Pour les mesurer, l'évaluation des ressentis est éloquent. Au-delà des questions de l'échelle validée scientifiquement pour la mesure des psychotraumatismes, le questionnaire comportait **un outil innovant : une liste de phrases affirmatives** à cocher (*SNO = Symptoms, Needs, Obstacles*), dont les principaux constats sont alarmants.

Presque **81% des répondantes ont affirmé se sentir souvent très tristes**, 74% ont des maux de tête, 69% se sentent souvent extrêmement fatiguée, sans énergie, 66% dorment mal ou font des cauchemars, 62% ont des maux de dos, 56% ont des maux d'estomac, quand plus de **72% d'entre elles présentent au moins un trouble alimentaire** (contre moins de 10% de la population générale)²... Les différents ressentis pouvant se cumuler et les personnes cochant généralement plusieurs cases à la fois.

► Les troubles du sommeil : une conséquence négligée pourtant largement partagée

Un autre indicateur révélateur de l'état de santé détérioré des personnes, mais largement sous-étudié voire sous-estimé, et pourtant commun à toutes, sont les troubles du sommeil : **72% des répondant·e·s au questionnaire qualifient leur sommeil de moyen, d'agité voire de très agité**, contre 37% de la population générale se disant insatisfaite de la qualité de leur sommeil (et 15 à 20% de la population générale souffrant d'insomnie)³.

Dans le détail 78% ont des difficultés à s'endormir et près de 81% des personnes répondantes se réveillent plusieurs fois par nuit.

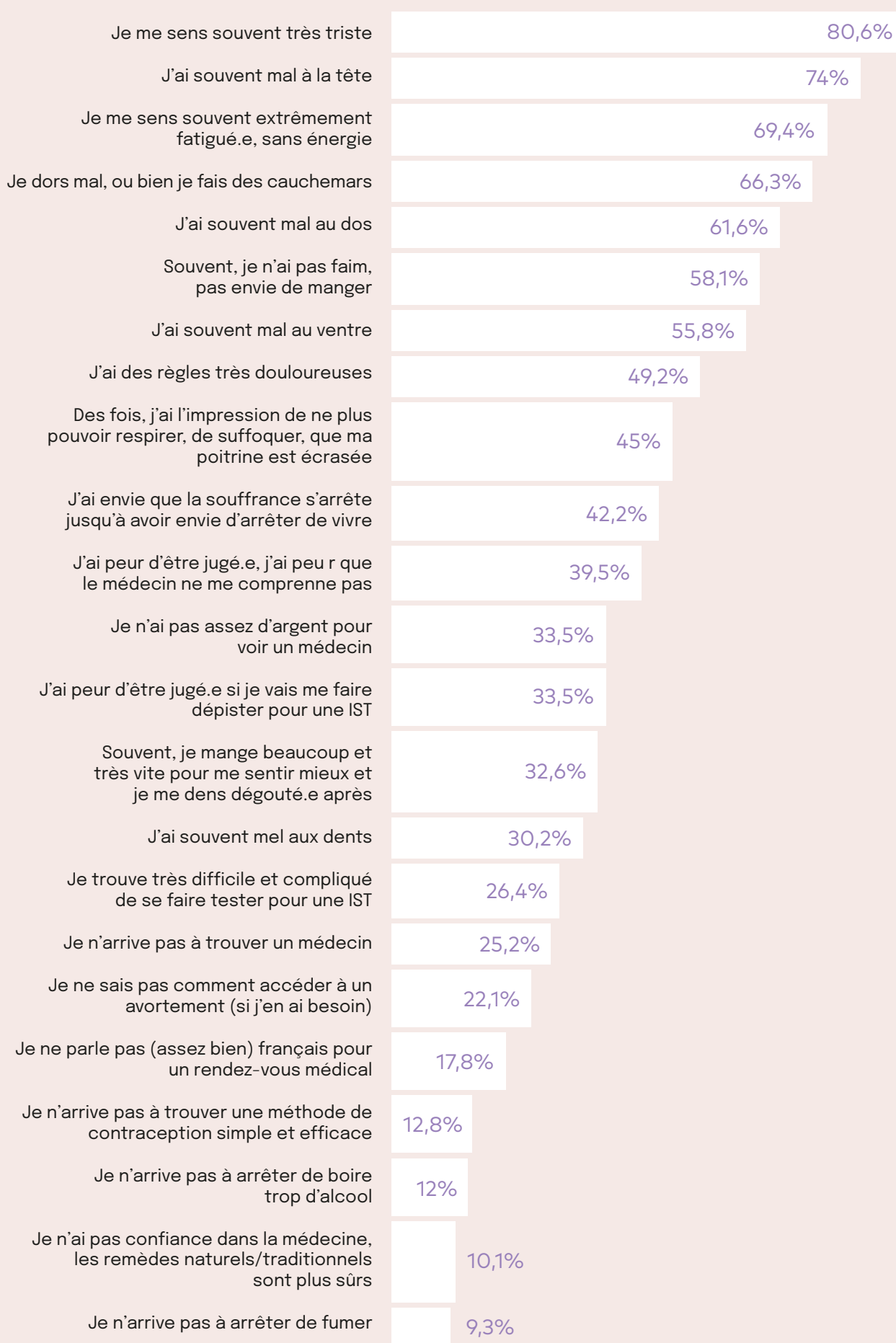
1. Dossier réalisé en collaboration avec Pierre Gagnepain, chercheur de l'équipe Mémoire et oubli, *Troubles du stress post-traumatique, Quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation*, NIMH, Inserm/Université de Caen, 2020 <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>

2. "[La] prévalence [des troubles des conduites alimentaires (TCA)] est estimée entre 3,8% et 9,2% en France, majoritairement parmi les adolescents et les jeunes adultes, principalement de sexe féminin." Haut Conseil de la Santé Publique. *Pour une Politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021*. Septembre 2017, p.91

3. Institut national du sommeil et de la vigilance. *Dossier de presse : 23^{ème} Journée du sommeil*, 17/03/2023 et Santé Publique France. *Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux*, 2011 (mise à jour 2024) - <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sommeil/documents/article/epidemiologie-de-l-insomnie-en-france-etat-des-lieux>

NB : « Les femmes déclaraient systématiquement plus de troubles du sommeil que les hommes. »

► Listes de phrases "ressentis" à cocher – Outil SNO

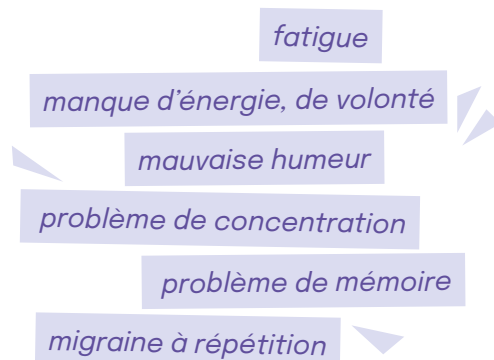


A nouveau, prendre le temps de détailler avec les personnes leurs modes de sommeil favorise l'évaluation de l'ampleur des problèmes rencontrés quant à l'endormissement et la qualité de leur sommeil. Les résultats de notre recherche mettent ainsi en lumière un trouble déjà largement connu de nos équipes d'accompagnement, qui observent toutes l'état d'épuisement des femmes accompagnées, mais dont le traitement – médical, psychologique, thérapeutique – est peu voire pas abordé. De fait, seules **41% des personnes interrogées indiquent avoir pris ou prendre un médicament pour les aider à dormir dans l'année écoulée** (« si je veux dormir, je prends un cachet » raconte une participante). **Indice caractéristique des symptômes du stress post-traumatique, il apparaît alors essentiel qu'il soit systématiquement questionné** – même après des années de sortie de prostitution. Car si leur sommeil n'est plus perturbé par les conditions inhérentes à la vie prostitutionnelle, il peut se retrouver assailli par le souvenir des violences vécues, les contraignant à des réflexes conscientisés ou non « je vérifie toujours que les fenêtres et les portes de l'appartement soient fermées, j'ai toujours peur que quelqu'un rentre » confie une participante ; voire à faire usage de substances pour s'endormir : Ornella fume du CBD tous les soirs pour éviter les cauchemars et parvenir à dormir au moins 3 heures.

La comparaison de leur état de sommeil avant et après la prostitution s'avère particulièrement révélatrice des effets de l'exploitation sexuelle sur leur vie. Toutes les femmes interrogées lors des entretiens qualitatifs et étant sorties de prostitution affirment qu'**elles dormaient mal ou très peu** lorsqu'elles étaient en situation de prostitution. Obligées de rester éveillées la nuit, elles pouvaient s'endormir parfois en pleurant ou à l'aide de médicaments, pas avant 4 ou 6h du matin – si elles trouvaient un endroit pour dormir. Impossible donc pour elles de trouver la paix : « tu n'as pas de temps pour reposer ton cerveau » explique Ophelia, une femme d'Afrique de l'Ouest exploitée durant 5 ans.

Les quatre femmes en situation prostitutionnelle au moment des entretiens qualitatifs ASPIRE font d'ailleurs toutes état de grandes difficultés à dormir : endormissement tardif, réveil plusieurs fois par nuit (sommeil fragmenté), elles ne dorment que quelques heures par nuit voire restent éveillées toute la nuit (sommeil restreint, dette de sommeil)... Lynda raconte se tourner vers l'alcool et Nicole, une femme d'Afrique centrale prostituée depuis 4 ans, prend des anti-dépresseurs, sans lesquels il lui est impossible de dormir.

Les impacts qu'elles perçoivent sur leur santé sont bien sûr délétères :



J'ai l'impression que ma tête va exploser.

– Flore, femme caraïbéenne prostituée depuis 10 ans.

Une fois sorties de prostitution, elles semblent mieux dormir, parviennent enfin à faire des nuits complètes, à s'apaiser : Marlène, ayant arrêté la prostitution depuis 1 an, dit qu'aujourd'hui « le fardeau de sa conscience l'a quitté », alors qu'avant elle ne la laissait « jamais tranquille ». Bien que le sommeil constitue toujours un enjeu, elles attestent de leur mieux être à cet égard : « Maintenant je peux dormir comme je veux, personne ne me réveille » indique Reine.

Stratégies de survie : des usages addictifs finalement peu répandus

Un autre des enseignements instructifs de notre étude repose sur la **quasi-absence de consommation de substances psychoactives par les personnes répondantes au questionnaire ASPIRE : seules 5.5% font mention d'usage de substances** (hors tabac, alcool et cannabis) **dans l'année écoulée**. En tenant compte de la consommation du cannabis, elles sont 9% (soit 24 personnes) rapportant avoir consommé des substances ou du cannabis au moins une fois – à l'instar (voire moins) du reste de la population générale¹. **Un résultat qui peut s'expliquer d'une part du fait que les personnes interrogées ont très majoritairement (81%) arrêté la prostitution**, parfois depuis des années ; l'usage de produits psychoactifs étant généralement utilisé – ou imposé (clients, proxénètes) – pour « tenir » durant la période d'exploitation sexuelle. **D'autre part, il est important de relever que pour les femmes issues de l'Afrique subsaharienne, qui représentent l'écrasante majorité des participantes, l'usage de drogues est culturellement réprouvé**, tout comme celui de la cigarette. A ce titre, l'analyse des données est aussi intéressante : 86% d'entre elles ne fument pas, et comme pour appuyer cette observation, une des rares jeunes femmes ayant confié avoir fumé a commencé, mineure, à son arrivée en France, précisément dans le cadre prostitutionnel.

S'agissant d'autres types d'addictions, **31% des personnes répondantes consomment au moins un verre d'alcool par semaine**. Un chiffre qui apparaît peu significatif, mais qui, considérant le contexte culturel et religieux de la majorité des personnes interrogées, peut révéler une consommation d'alcool symptomatique d'un mal-être. En revanche certaines parmi celles ayant affirmé ne pas boire précisent qu'**elles buvaient (en grandes quantités) lorsqu'elles étaient en prostitution** : Elena (victime des viols pédocriminels de son oncle, de violences conjugales par ses deux ex-maris) a consommé jusqu'à 17 whiskies par jour, pendant ses 22 années de prostitution... et Patricia indique qu'elle « s'enivrait, pour se calmer ».

Questionner la façon dont les personnes survivent aux violences prostitutionnelles, sans nécessairement recourir à ces usages, revêt conséquemment un intérêt particulier. Si notre recherche amorce des pistes d'observations, elle invite à approfondir cet aspect, peu voire pas documenté, en particulier auprès des femmes d'Afrique subsaharienne en Hexagone, ou des communautés haïtienne et dominicaine en Martinique et plus largement dans les territoires d'Outre-mer.

Lors des entretiens qualitatifs, les femmes interrogées ont ainsi exprimé différentes manières de gérer leur souffrance et les moments difficiles : quand pour certaines il s'agit de soulager la douleur des séquelles physiques par la prise d'anti inflammatoires, la plupart d'entre elles mentionnent **la musique comme réconfort** « *cela remplace le bruit dans ma tête* » (Canelle), **ou leur foi et la religion**. Certaines affirment « *gérer seules* » pour s'en sortir, et beaucoup font aussi part du fait qu'elles **restent fortes pour les enfants. Le travail est également souvent perçu comme l'échappatoire par excellence** : « *Avoir un travail pour être occupée, pour ne pas laisser les pensées négatives venir* », indiquent la plupart d'entre elles, aussi lors de la passation des questionnaires. De façon générale être en mouvement, **participer à des activités, se distraire**, être avec du monde, en clair « *l'occupationnel, pour se changer les idées, est très important* » précise Edith, accompagnante à Paris. D'autres reconnaissent la pertinence du **suivi psychologique** dont elles bénéficient, et une participante au questionnaire relevant même spontanément que : « *c'est parce que j'ai été aidée par une psychologue que j'ai réalisé ce qui m'était arrivé, les viols de mon oncle quand j'étais enfant, mon mariage forcé, mon enlèvement pour être en prostitution pendant 4 ans... que mes problèmes de mémoire sont normaux, qu'avant je ne dormais pas, je sais que j'ai été traumatisée, je peux en parler maintenant.* » De fait, **parler, raconter les violences vécues est source de délivrance** : « *Plus tu en parles, plus ça te libère et plus tu retrouves la paix dans ton esprit* » (Kamila, femme d'Afrique de l'Ouest prostituée de ses 14 à 41 ans).

Marlène pointe d'ailleurs les bienfaits de l'accompagnement dans la libération de la parole : « *l'accompagnement permet de libérer les mots* ».

1. « En 2023, la prévalence d'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois est de 10.8% chez les adultes », et « 14.6% des adultes ont déjà consommé au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis ». Observatoire français des drogues et des tendances addictives, *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023*, juin 2024

L'accompagnement social déterminant dans l'accès aux soins

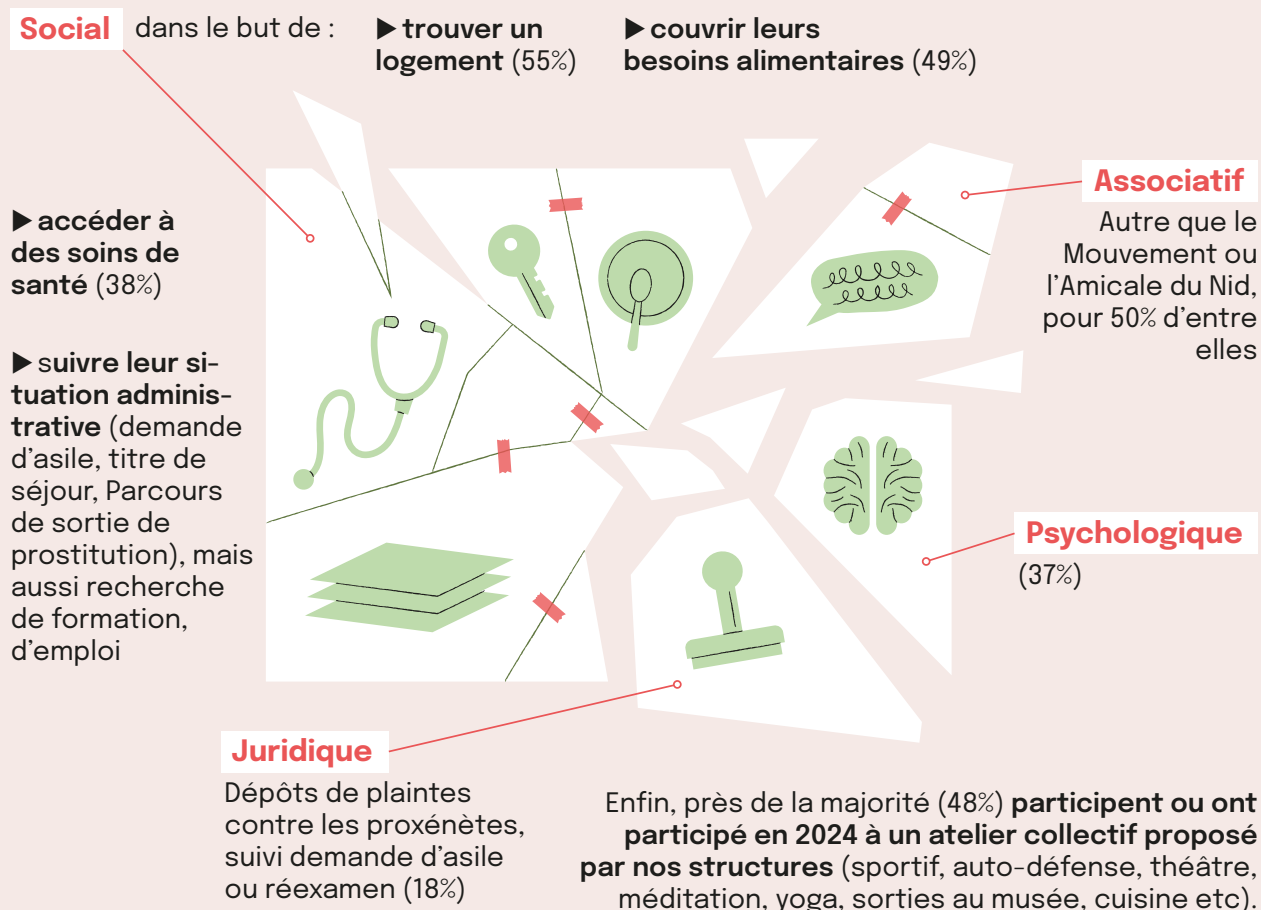


Il importe de noter que **69% des personnes interrogées (questionnaire ASPIRE) ont bénéficié d'un accompagnement social durant l'année 2024**. Pour le tiers des personnes restantes, bien qu'elles continuent de participer aux éventuelles activités proposées par nos associations, la plupart de leurs besoins urgents semblent avoir été couverts, et elles peuvent ne plus ressentir la nécessité d'un suivi social et administratif poussé, tel qu'était le cas au moment de leur rencontre avec nos équipes. A ce titre, Mateo, accompagnant à Paris explique qu'en fonction de leur temporalité, l'association peut être « *un lieu de ressources et d'apaisement lorsqu'il y a besoin de stabilisation, puis une fois stabilisées, le lieu peut leur rappeler leur passé et elles vont l'éviter* ».

« Plus tu en parles, plus ça te libère et plus tu retrouves la paix dans ton esprit.

- Kamila, femme d'Afrique de l'Ouest
prostituée de ses 14 à 41 ans

Les personnes étant accompagnées ont pu bénéficier d'un ou plusieurs types de suivi(s) :



L'accompagnement paraît en effet primordial d'une part afin de garantir aux personnes la **couverture de leurs besoins primaires et fondamentaux, mais aussi en vue de leur insertion durable dans la société** et de leur permettre d'accéder à un mieux-être.

Les résultats de notre enquête soulignent par ailleurs combien **l'accès à la santé est déterminé par les démarches administratives entreprises** (par leur accompagnant·e social·e) pour l'ouverture de leurs droits sociaux, et surtout, par **l'obtention ou non d'un titre de séjour**, condition sine qua non à leur accès plein et entier aux soins de santé (prises de rendez-vous, gratuité des médicaments et des traitements, suivis etc). Une fois ces démarches réalisées, expliquées, puis peu à peu prises en main par les personnes, presque la majorité d'entre elles bénéficient d'un suivi médical :

→ **42%**
bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat (AME)¹, 36.5% bénéficient de la PUMA (ex CMU)

48%
ont un médecin traitant déclaré

En revanche, seules

18%
des personnes interrogées bénéficient de la sécurité sociale (carte vitale).

Le soutien social² – qui comprend, selon l'Organisation mondiale de la santé, le soutien affectif, le partage d'informations et la fourniture de ressources matérielles et de services, occupe donc une place centrale dans la vie des personnes prostituées et survivantes interrogées ; démontrant l'importance de son maintien et de son développement dans tous les territoires. Une importance soulignée par les personnes interrogées dans le cadre de notre enquête, notamment dans son volet quantitatif, qui ont mis en avant l'impact positif de sa passation et « *[l'heureuse] possibilité de s'exprimer avec des « pros », car trop dur d'en parler aux proches* ». Les personnes ont par ailleurs largement tenu à remercier nos associations et les actions mises en place (souvent rendues possibles dans le cadre du Parcours de sortie de prostitution) pour leur venir en aide : « *c'est important d'aider les personnes qui vivent la prostitution. C'est douloureux, violent et fait beaucoup souffrir. Je ne souhaite cette vie à aucune autre femme* », indique une participante au questionnaire.

L'accompagnement permet de libérer les mots. >>

- Marlène, femme d'Amérique latine prostituée durant plusieurs mois

Toutefois, malgré un accompagnement social transversal, l'étude ASPIRE met en avant que **l'accès aux soins des personnes connaissant ou ayant connu la prostitution peut être freiné par des obstacles tant structurels que spécifiques à leur situation, variés et cumulatifs**, qu'il est nécessaire de lever afin de répondre efficacement à leurs besoins.

1. Dispositif permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois de bénéficier d'un accès aux soins gratuits.

2. OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, 1999, p.22

Le rapport au système de santé : connaître les obstacles pour mieux répondre aux besoins des personnes prostituées et survivantes

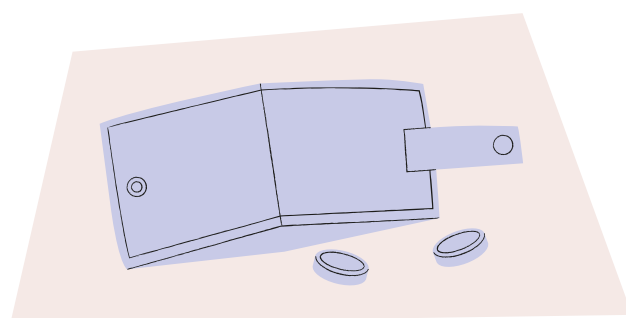
Si la plupart des personnes interrogées dans le cadre de notre enquête font état d'expériences positives auprès de leur médecin et du système de soins en général en louant l'aide qu'elles ont reçu, notre recherche démontre à quel point elles font face à des obstacles persistants. Leurs expériences relatées via les entretiens qualitatifs, illustrent l'ensemble de leurs besoins, pour lesquels des solutions concrètes existent.

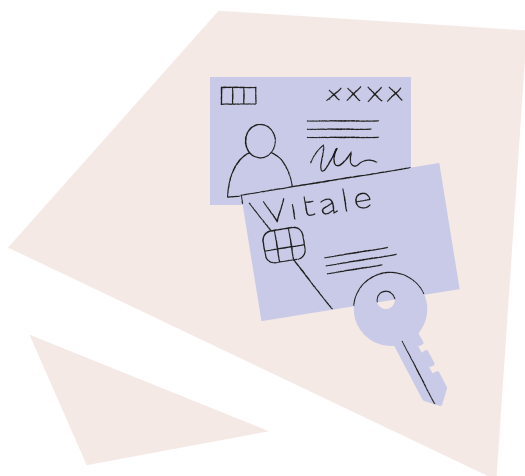
Des obstacles, multiples, qui entravent leur accès aux soins

► La précarité économique : obstacle majeur à toute démarche

Le manque de ressources et de moyens, d'accès à la nourriture, peuvent faire renoncer les personnes à des soins de fait jugés non prioritaires, ou aux médicaments si elles doivent en payer une partie (l'AME ne couvrant pas tous les frais) – menant à ce qu'elles ne prennent que la moitié d'un traitement... **La pauvreté à laquelle elles sont confrontées les freine à la fois dans leur sortie définitive de la prostitution**, puisque la moindre dépense ou aléa qui se présente (nourrir les enfants, paiement du forfait téléphonique, du loyer, envoi d'argent à la famille, maladie d'un proche, blocage administratif) peut les contraindre à y avoir de nouveau recours ; **et les éloigne d'un parcours de soins adapté et donc efficace.**

D'autres difficultés, structurelles, dont les personnes interrogées témoignent – et relevées depuis de nombreuses années dans les secteurs de l'aide médico-sociale, se cumulent et font de leur accès aux soins un véritable défi.





► Les violences institutionnelles : défaillances d'accueil, critères administratifs restrictifs et approche sociétale biaisée

Majoritairement **victimes d'errance résidentielle**, elles sont confrontées au **manque de places** dans les Centres d'hébergement d'urgence (CHU, 115) et les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) – alors même qu'elles sont **prioritaires en tant que victimes de prostitution et de traite humaine** (une priorité que ne semblent pas garantir tous les départements). La vie à la rue ou dans un logement précaire (pour 75% des répondant-e-s au questionnaire ASPIRE), dont le bruit, l'insalubrité et la promiscuité peuvent provoquer chez elles des reviviscences traumatiques, ne sauraient assurer une mise à l'abri tranquillisante. Ainsi Marion est par exemple hébergée dans une chambre d'un hôtel du 115, et dort avec ses enfants dans le même lit une place.

La régularisation de leur situation administrative représente en outre le point névralgique de leur suivi, accaparant toute leur attention, rendant difficile le fait d'aborder d'autres thématiques *« la partie administrative prend tellement de place que parfois, on n'arrive pas à élaborer sur les souffrances, ce qui les empêche d'avancer »* (Larissa, accompagnante en Seine Saint Denis). Cela peut même les paralyser dans leur accès aux soins : Lou, une femme d'Amérique latine prostituée depuis 4 ans raconte qu'elle a été blessée à la tête par un client¹ mais qu'elle *« a trop peur d'aller aux urgences car elle n'a pas de papiers »*.

Cette condition de régularisation induit de nombreuses restrictions d'accès aux soins (accès ou non à l'AME, à la sécurité sociale, aux droits sociaux), **aboutissant à de graves complications** : Ornella raconte que sans ordonnance pour calmer ses douleurs dentaires, elle a été contrainte de consommer de l'alcool et a dû payer un dentiste *« au noir »* pour se faire arracher une dent. Des répercussions déplorées par Mélanie : *« la France ne devrait pas prioriser, mais donner accès qu'importe ton statut, car l'absence de papiers affecte vraiment la qualité des soins que tu reçois »*.

Pire, leur situation administrative peut les retenir d'une vie libérée de la prostitution, comme l'indique une participante en commentaire de son questionnaire *« Si j'avais des papiers, j'arrêterai la prostitution, car c'est très dur, très stressant, il y a beaucoup de violences, et je ne veux pas mourir jeune. »*

A ceci peut s'ajouter **le retard dans les démarches** et les renouvellements de titres de séjour ou d'attestations, la perte des dossiers, **l'extrême lenteur de certaines procédures** – comme cet exemple que livre Edith, d'une femme qu'elle accompagne dont l'audience à la CNDA² a été reportée 5 fois, qui est en attente depuis 2 ans et demi..., ainsi que les **changements administratifs** à réaliser, qui sont pour les personnes sources de stress, les fragilisent, et dont peut résulter un sentiment d'acharnement administratif.

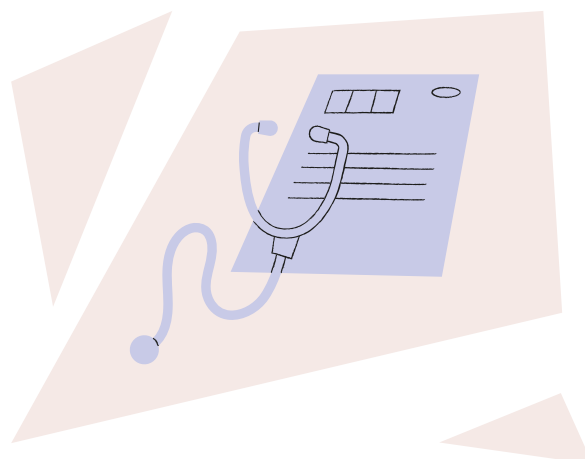
Qui plus est, **les exigences restrictives** auxquelles elles sont soumises, bien que non nécessairement perçues comme une violence, peuvent constituer une discrimination : *« elles doivent faire preuve d'un civisme parfait sinon elles peuvent perdre leurs titres de séjour, or aucun-e français-e ne perd sa nationalité si des critères administratifs ne sont pas remplis »* souligne Louise, accompagnante dans les Hauts-de-Seine.

De surcroît, **le renoncement aux droits**, provoqué par la fracture numérique et le manque d'informations, peut les maintenir éloignées du système de santé : *« la France est compliquée, on ne sait pas comment ça fonctionne »* se désole une participante à l'enquête.

1. L'étude de la chercheuse américaine Melissa Farley (*Screening for Traumatic Brain Injury in Prostituted Women* - Melissa Farley and al. 2018) montre que sur 66 femmes prostituées étudiées, 61% avaient subi des blessures à la tête pendant la prostitution alors qu'au sein de la population féminine générale, cette prévalence de lésions traumatiques cérébrales est de 8.6% (méta-analyse d'études faites aux États Unis, au Canada, en Australie et Nouvelle Zélande - Frost, Farrer, Primosch, & Hedges, 2013).

2. Cour nationale du droit d'asile, pour les recours juridictionnels qui peuvent être intentés après le refus de l'OFPPA (Office français de protection des réfugiés et apatrides), dans le cadre des demandes d'asile.

A noter que dans son rapport³ de 2013, la commission des affaires sociales du Sénat indiquait déjà que l'accès limité aux droits et aux soins des personnes en situation de prostitution était causé par « la précarité financière, la barrière de la langue, la complexité des dispositifs et des démarches administratives, la méconnaissance des droits et du fonctionnement du système de soins. »



Enfin, **le regard sociétal porté sur la prostitution** est fortement impactant : « *la tolérance de la société à l'égard de la prostitution qui est vue comme un métier a pour incidence dans nos missions de devoir augmenter les recours auprès de l'Etat pour faire respecter la loi de 2016, nous conduisant à faire presque plus de juridique que de social* » s'inquiète Aurélie, accompagnante à Nantes.

Le mythe du récit de la « travailleuse du sexe (TDS) heureuse » est en effet problématique selon Alison, accompagnante à Mulhouse : « *comment est-ce qu'on peut légitimer la souffrance de quelqu'un si d'autres disent faire cette activité de manière assumée ? Cela fragilise le récit de la personne, la culpabilise, la décrédibilise...* ». Or « *si les choses ne sont pas dites, si les violences ne sont pas nommées, alors elles n'existent pas* » et ne peuvent conséquemment pas être traitées, complète Lucinda, accompagnante à Toulouse.

« Comment est-ce qu'on peut légitimer la souffrance de quelqu'un si d'autres disent faire cette activité de manière assumée ? »

– Alison, accompagnante à Mulhouse

► Les violences médicales : des atteintes aux droits qui contribuent à la dégradation de la santé

Les personnes prostituées et survivantes, victimes de multiples violences et étant d'origine étrangère, sont particulièrement exposées aux problèmes structurels du système de soins français.

→ **Manque d'accessibilité et de disponibilités des médecins traitants et spécialisés** : l'absence de médecins à proximité couplée aux difficultés de déplacements que les personnes peuvent rencontrer (problèmes physiques, coûts du transport, errance résidentielle qui les contraignent à se déplacer avec toutes leurs affaires, impossibilité de garde d'enfants etc) les empêchent de bénéficier de soins ou de suivi corrects. De plus, la pénurie de spécialistes et notamment de psychologues – en particulier formés aux psychotraumatismes, dont les délais d'attente peuvent s'étendre jusqu'à 1 an ou dont le nombre de séances disponibles est insuffisant pour couvrir les besoins, constitue une défaillance de prise en charge.

→ **Saturation des services des urgences** : les longs délais d'attente représentent une difficulté supplémentaire, alors qu'il s'agit parfois pour les personnes du seul moyen d'accéder à des soins.

D'autres obstacles, spécifiques à leur situation et à la relation soignant·e/patient·e, limitent également leur accès à la santé.

1. La commission des affaires sociales du Sénat. *Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard*. 2013

Le rejet, illégal, des personnes bénéficiaires de l'AME par certains médecins libéraux, ou le mépris ressenti lorsque la carte AME est présentée, ont été régulièrement évoqués. Au-delà de les restreindre directement dans leur accès aux soins, cette attitude contraint certain·e·s accompagnant·e·s à user de stratégies, comme ne pas révéler sur les plateformes médicales que la personne bénéficie de l'AME, afin que le médecin n'annule pas le rendez-vous, voire à se déplacer pour accompagner la personne et s'assurer de sa prise en charge. De plus, le changement récurrent des règles d'admission à l'AME, dont les demandes de pièces justificatives diffèrent de département en département, et sont régulièrement modifiées, constitue un frein considérable pour les personnes accompagnées par nos structures.

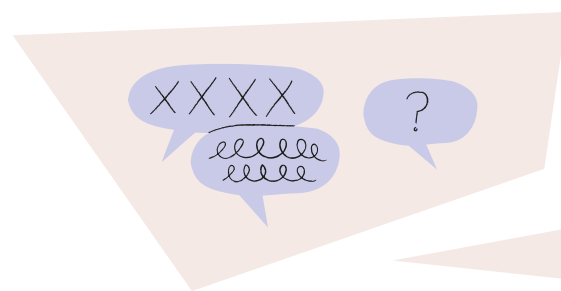
A plusieurs égards, l'attitude des soignant·e·s est cruciale : les personnes regrettent souvent **le temps parfois limité consacré aux consultations**. La sensation que les médecins sont parfois expéditifs et ne prennent pas toujours de temps pour les écouter ni pour leur expliquer leurs symptômes ou le traitement à prendre, les écartent encore de soins appropriés : Ornella rappelle qu'il est important « *de ne pas brusquer les choses, quand on a déjà vécu des violences, on peut se refermer* ». Des situations qui, poussées à l'extrême, peuvent se solder par **des refus de soins** : un dentiste à Metz s'est montré impatient et a finalement refusé de soigner une femme, agitée et angoissée, pourtant accompagnée d'une bénévole, raconte Hermine, accompagnante depuis 25 ans.

Surtout, **l'absence de questionnement systématique sur les violences vécues ou sur la situation des personnes** – souvent citée – peut les plonger dans **une errance médicale**. Mateo cite l'exemple d'une femme accompagnée à qui, même après plusieurs consultations pour des problèmes gynécologiques, le médecin n'a jamais posé de questions... Louise remarque également que malgré plusieurs passages aux urgences, aucune question n'a été posée à l'une des femmes qu'elle accompagne.

Si les choses ne sont pas dites, si les violences ne sont pas nommées, alors elles n'existent pas. >>

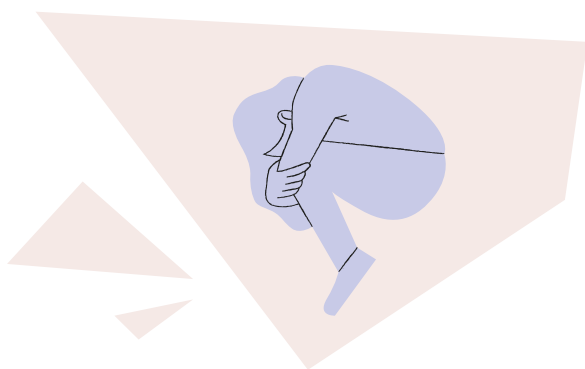
– Lucinda, accompagnante à Toulouse

Là encore, si le manque de temps, la multiplication des interlocuteurs ou une éventuelle gêne de la part des médecins peuvent en partie expliquer une posture perçue comme distancée, **l'ignorance des réalités prostitutionnelles ou une forme de jugement** peut également mener à de l'inaction, voire à une aggravation de la situation des personnes. D'après les observations des accompagnant·e·s, l'idéologie du « travail du sexe » semble prégnante (chez les jeunes médecins notamment), et le déficit d'informations sur le sujet peut engendrer confusion ou sentiment de détachement, compromettant le suivi médical. Les actes sexuels non désirés répétés n'étant pas considérés comme une violence en soi, l'orientation des personnes ne se fait qu'en cas de danger imminent (agressions de clients, ...).



► Les violences racistes et classistes : entre barrières de la langue, isolement et exclusion

Les difficultés de compréhension et d'expression que représente une consultation médicale qui ne se tiendrait ni dans leur langue, ni même en anglais, engendrent une crainte qui peut les pousser à renoncer de consulter, ou ne donnent lieu qu'à une consultation partielle – la révélation de maux ou de symptômes tout comme la précision des questions posées étant limitées. Les personnes peuvent aussi souffrir **d'illettrisme**, conduisant à adapter leurs besoins d'explications. Enfin, certaines communautés sont extrêmement **isolées** (la communauté haïtienne en Martinique est par exemple très exclue), et l'absence de solidarité voire le racisme entre communautés différentes, ainsi qu'au sein du pays d'accueil, peut les retarder voire les empêcher d'accéder à une offre de soins adéquate.



► Les freins psychologiques : un blocage invisible mais redoutable

Nombre d'entraves à recevoir un soutien pour leur santé proviennent de conséquences des violences subies, sur l'estime de soi des personnes et leurs capacités à entrer en relation avec d'autres.

De fait, **la peur et le refus de parler, la honte et la crainte d'être jugées, silencient les personnes. Toutes les personnes interrogées (entretiens qualitatifs) disent n'avoir jamais évoqué les violences vécues avec un-e soignant-e.** A noter que lorsqu'elles sont orientées par l'Amicale ou le Mouvement du Nid pour des examens médicaux, elles n'ont parfois pas la nécessité d'en parler car nos associations sont identifiées. Leur **volonté de « tout oublier »** peut aussi les bloquer dans l'expression de leurs maux et par conséquent dans l'accès à des soins mentaux adaptés et holistiques. De même, **la peur du corps médical inconnu** est présente, et nombreuses sont celles qui craignent qu'on les touche, les examens – surtout gynécologiques, pouvant se révéler envahissants pour elles. La plupart d'entre elles ne souhaitent d'ailleurs **consulter que des médecins femmes** – une auscultation par des médecins hommes pouvant être générateur d'angoisse et de malaise pour elles.

Elles ont aussi parfois du **mal à accepter de l'aide**, et la majorité ne consulte que lorsqu'elles ressentent une douleur manifeste, s'il s'est passé quelque chose qu'elles estiment grave. **L'internalisation de la discrimination sexiste et raciste** peut à cet égard avoir tendance à les priver de leur accès aux soins, certaines s'auto-dénigrent et ayant la sensation qu'elles ne **« méritent que ça, ou moins que les autres »**¹, d'après Clara, accompagnante à Fort-de-France.

Enfin, leur **manque de confiance** en elles, en autrui, dans le monde, est un frein très commun. Elles n'ont souvent plus aucune estime d'elles-mêmes (en particulier quand l'exploitation sexuelle a commencé lorsqu'elles étaient très jeunes, augmentant la difficulté pour ensuite se reconstruire), et pensent **« n'avoir de valeur qu'à travers ça [la prostitution] »** selon Victoire. Les rapports marchands auxquels elles ont été contraintes ont profondément perturbé leurs relations aux autres : **« j'ai beaucoup de difficultés à faire confiance »** prévient une participante.

Il existe d'autre part **un tabou sur la santé mentale**, ainsi qu'une forte distance culturelle vis-à-vis de la prise en charge psychologique. Elles vont parfois expliquer leur état dissociatif par des considérations magico-religieuses et de la sorcellerie : **« on m'a jeté un sort »**. Leurs troubles sont pourtant significatifs : **elles ont souvent de grandes difficultés à travailler et à rester concentrées** plusieurs heures par jour, comme le rapporte Mateo **« les femmes ont subi trop de violences, elles ont été recrutées par les proxénètes justement parce qu'elles sont pauvres et n'ont pas été à l'école longtemps, les violences les ont détruites et elles développent des troubles cognitifs... »**. Victoire abonde : **« beaucoup de femmes sont trop traumatisées pour travailler normalement, et malheureusement certains psychiatres [pour les dossiers MDPH²] ne l'entendent pas »**.

Par ailleurs, **l'infiltration psychique des agresseurs** mène à ce que leur culpabilisation soit omniprésente (**« j'ai pris les mauvaises décisions »**...), tout comme la normalisation des violences masculines : **« il m'hébergeait et la nuit il couchait avec moi »** déclarait une participante, ou bien **« pourquoi les hommes quand ils font l'amour, ils nous frappent ? »** confiait une femme accompagnée à Clara. Nora, accompagnante à Lyon, relève enfin **la dimension paradoxale que revêt l'actuelle prise en charge** : **« le caractère non obligatoire du soutien psychologique est problématique car elles ne guérissent pas sans, or il est impossible de les y obliger, et cela peut alors prendre des années... »**.

1. Bassma Chaoki, responsable de l'Association multiculturelle des femmes en Finlande, précisait aussi que le phénomène de dissociation à l'œuvre chez les victimes de traite humaine, plus encore que chez les femmes victimes de violences conjugales, détruisait leur estime d'elles-mêmes : **« elles ont l'impression qu'elles ne sont rien »** - Rapport Santé mentale et bien-être des femmes migrantes, Réseau européen des femmes migrantes, 2021, p.11

2. Maison départementale des personnes handicapées, guichet unique d'accès simplifié aux droits et prestations.

Des besoins évolutifs en fonction de leur temporalité

Nombreuses sont les femmes en situation de prostitution répondantes à notre étude à avoir clairement exprimé qu'en sortir était pour elles la solution :

« quitter définitivement la prostitution m'aiderait à aller mieux »

« à m'épanouir »

« à améliorer ma santé »

Les accompagnant·e·s social·e·s observent une différence de besoins en fonction de la temporalité des personnes. Celles en situation de prostitution peuvent exprimer des besoins précis et souvent immédiats, car comme rappelé par Elena : « **dans la prostitution on est dans l'immédiateté, quand on a besoin d'un rendez-vous, il faut que ce soit de suite** » ; sans nécessairement se projeter au-delà. Alison constate ainsi que « **les femmes qui ont arrêté adhèrent aux activités qu'on leur propose, veulent participer aux ateliers** ». De fait « **chaque besoin correspond à un palier, et en accédant à l'un, elles peuvent passer à l'autre : logement, papiers, formation, travail** » explique Edith. Il ressort en effet de plusieurs commentaires du questionnaire ASPIRE qu'une fois que ces étapes sont remplies, les personnes affirment « aller bien ». Ensuite, « **leurs besoins évoluent en fonction de leur cheminement sur l'impact que la prostitution a eu sur leur vie** » résume Sara.

Le besoin de stabilité matérielle est le plus urgent. Puis, « **une fois posées, en sécurité, on voit un changement clair, une reconsidération du corps** » constate Louise, une conscientisation confirmée par Elena : « **j'avais oublié que j'avais un corps** ». Une analyse que viennent étayer des années d'expériences dans l'accompagnement : « **aussi longtemps que la personne est en prostitution, elle est beaucoup moins disponible (psychiquement, matériellement) pour prendre sa**

santé en compte et prendre soin d'elle. Alors que quand elle a quitté la prostitution avec un accompagnement, elle va plus facilement consulter. Quand elles en sortent, tout ce qu'elles n'ont pas voulu entendre concernant leur corps, ça vient, avec beaucoup de maux de tête, de dos : ce sont les conséquences du psychotraumatisme... car rien ne ressort aux examens ni au scanner » explique Naomie, accompagnante pendant 25 ans à Mulhouse.

C'est pourtant l'une de leur demande récurrente : **passer un « scanner de la tête »**, faire des radios, car elles ont « **la sensation qu'il y a forcément quelque chose qui ne va pas chez elles** » et qui ne s'expliquerait qu'ainsi, raconte Simon, accompagnant à Paris. Notons à cet égard que le stress post-traumatique a des répercussions pouvant être visibles sur le cerveau (IRM)¹. Ainsi, est rappelée **l'importance du « besoin de prise en charge du psychotraumatisme – et des angoisses qu'elles peuvent décharger, car toute situation stressante les bloque et les empêche de réfléchir »** (Nesrine, accompagnante en Martinique).

La plupart réclament par ailleurs de faire des **bilans médicaux complets et des contrôles réguliers**. Alexis, accompagnant à Toulon, précise que les femmes sont souvent coupées de tout du fait de l'exploitation dont elles ont été victimes, et qu'elles sont par conséquent en rupture de soins depuis des années, voire depuis toujours. En effet, pour beaucoup d'entre

1. Muriel Salmona, psychiatre. *Que se passe-t-il dans le cerveau lors d'un trauma ? Explications schématiques*. Mai 2024 - <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/articles-de-la-dre-muriel-salmona.html>

elles, d'origine d'Afrique subsaharienne notamment, c'est la première fois qu'elles bénéficient d'un examen médical : *« je n'ai jamais consulté avant d'arriver en France, je ne savais pas ce dont j'avais besoin, c'est ici que j'ai appris, je n'y avais jamais pensé avant »* témoigne Hadidja. C'est très souvent grâce à **la rencontre avec nos associations qu'elles entament un parcours de soins. Nos équipes les accompagnent** d'ailleurs régulièrement **lors de leurs (premiers) rendez-médicaux**, afin de les rassurer et d'assurer la traduction le cas échéant, leur permettant d'acquérir ensuite davantage d'autonomie – une démarche très appréciée par les personnes.

A l'instar de leur relation avec leur référent·e social·e, elles ont avant tout **besoin de se sentir en confiance et considérées par le personnel médical** : elles appellent (entretiens qualitatifs) quasi unanimement les médecins à **prendre le temps lors de la consultation. La sensibilisation et la formation des professionnel·le·s de santé** à l'accueil et au repérage de l'ensemble des violences vécues, dont les réalités prostitutionnelles, est ici déterminante, un écueil relevé par Elena *« nous sommes des femmes mystères, il n'y a aucune formation sur nous »*.

En outre, **le besoin d'informations** est régulièrement soulevé, tel qu'apprendre et **connaître le fonctionnement de la vie en France ainsi que leurs droits**. Également, les accompagnant·e·s interrogé·e·s insistent sur la nécessité pour les personnes de bénéficier **d'informations sur la santé sexuelle** (car *« beaucoup n'ont jamais eu de rapports en dehors de la prostitution ou du mariage forcé »* dont elles ont été victimes, rappelle Estelle, accompagnante à Marseille), mais aussi **sur la contraception, la précarité menstruelle, l'endométriose, et de façon générale sur leur corps et leur anatomie. La santé alimentaire** est aussi un axe à développer : manger sainement est un véritable enjeu ; à ce sujet *« perdre du poids »* et *« bien manger »* sont des besoins souvent cités par les personnes.

Pour l'organisation de ces types d'ateliers informatifs mais pas seulement, nombre d'accompagnant·e·s ainsi que de femmes accompagnées indiquent que des **espaces d'accueil dédiés, « intimes », des lieux rassurants** – au-delà des permanences locales proposées quand les moyens de nos délégations et services le permettent, seraient plus que

bienvenus. De tels espaces leur permettraient de parler, de **mettre en place des groupes de parole** (régulièrement réclamés par les femmes interrogées), et de se retrouver pour des moments conviviaux et joyeux, afin de rompre l'isolement et de (re)créer du lien social avec des personnes qui ont partagé leur vécu ainsi que du personnel (in)formé·e·s de leur situation actuelle ou passée. Une participante souligne cette nécessité d'avoir des personnes à qui parler, de se confier : *« être écoutée me permet de sortir de mon quotidien où je fais tout pour mon proxénète et rien pour moi »*. Alison insiste en rappelant qu' *« il faut ramener du concret, de la stabilité, dans une vie où les choses sont instables, savoir qu'il existe un accueil récurrent dans nos locaux à une fréquence définie – tous les 15 jours avec les bénévoles par exemple, c'est positif pour elles »*. Enfin, ces espaces ne peuvent se penser sans considération de la maternité : pour rappel, 67% des personnes répondantes à notre questionnaire sont parents – si seules les femmes participantes sont prises en compte, elles sont 72% à être mères ; un constat corrélé par les résultats des entretiens qualitatifs où 85% des femmes interrogées sont mères de famille. **Un soutien effectif à la parentalité** (modes de gardes d'enfants, accompagnements – également dans la parentalité à distance puisque beaucoup de mères ont des enfants qu'elles ont dû laisser dans leur pays d'origine, etc) doit ainsi faire partie intégrante des aides proposées.

« Nous sommes des femmes mystères, il n'y a aucune formation sur nous.

– Elena, femme européenne prostituée pendant 22 ans

Est par ailleurs invoqué **le changement nécessaire du regard de la société** sur la violence du système prostitutionnel et les personnes qui en sont victimes : mettre fin au stigmatisme ciblant les personnes prostituées est décisif pour favoriser une approche respectueuse et bienveillante, afin de les sortir de la honte sociale dans laquelle les prostituées et les préjugés d'une société désinformée les a plongées.

Enfin, et cela va de pair, **l'augmentation des moyens** financiers, matériels et humains s'avère bien entendu capitale pour répondre à ces besoins d'envergure. Leur accès aux soins en dépend, en particulier s'agissant des suivis **psychiatriques et psychologiques** (dont la prise en charge, dans les cas où nos associations les couvrent, dépend des subventions accordées)... Mais aussi des **séances de médecine alternative** (ostéopathie, acupuncture, sophrologie...) qui peuvent efficacement traiter leur douleur mais auxquelles elles n'ont pas accès du fait des frais importants non remboursés ; sans oublier la mise en place d'**activités physiques et de thérapies psychocorporelles**...

Edith regrette ainsi qu'un manque de budget ait contraint l'annulation de séances d'art thérapie qui étaient proposées aux femmes accompagnées dans son service - dont les effets, tangibles, avaient été bénéfiques sur leur santé mentale.

Des charges financières qui, à l'évidence, ne sauraient être supportées par celles qui tentent de s'intégrer et de prendre leur juste place dans la société après y avoir été violentées, comme l'a confié une survivante à son accompagnante Victoire : « *c'est injuste de devoir payer nous-mêmes pour se réparer du mal que nous ont fait les hommes - j'ai dû mettre des milliers d'euros dans mes réparations* ». Et une participante à notre enquête (questionnaire ASPIRE) de conclure : « *Il faut faire beaucoup plus contre les proxénètes et les clients : ce sont eux les responsables* ».

C'est injuste de devoir payer nous-mêmes pour se réparer du mal que nous ont fait les hommes – j'ai dû mettre des milliers d'euros dans mes réparations.

- Une survivante à son accompagnante Victoire

Il faut faire beaucoup plus contre les proxénètes et les clients : ce sont eux les responsables.

- une participante au questionnaire

Les limites rencontrées

Il importe de préciser que cette étude ne visait pas à constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes en situation prostitutionnelle. Elle s'est **volontairement centrée sur les personnes majeures¹ accompagnées par nos structures**, afin de recueillir leur parole dans un contexte sécurisant. **Le questionnaire et les entretiens ont été proposés dans le cadre de la relation d'accompagnement individualisé** – seule garante de la mise à disposition d'un soutien adapté; et n'ont par conséquent pas été diffusés largement (sur internet par exemple), ce qui exclut de fait des personnes non connues de nos associations. De plus, les participantes à l'étude sont majoritairement engagées dans une démarche de réflexion sur leur situation et/ou dans une volonté de sortir de la prostitution, raisons pour lesquelles elles ont souvent cherché de l'aide auprès de nos structures, ce qui constitue un autre biais à prendre en compte.

L'espace réservé pour les commentaires en fin de questionnaire a d'autre part permis de relever deux points qui gagneraient à être optimisés lors de futures recherches sur ces thèmes. Si la dimension globale et complète de l'enquête quantitative a été amplement approuvée, la longueur du questionnaire ainsi que quelques difficultés de compréhension dues à la formulation de certaines questions, ont parfois, chez certaines personnes, pu alourdir le moment de la passation.

Par ailleurs, si la participation s'est faite sur la base du volontariat, l'étude n'a pas pu être proposée à l'ensemble des personnes accompagnées par nos réseaux associatifs. En effet, la réalisation de notre recherche dépendait de la **capacité de mobilisation de nos équipes sur le terrain** (présentes dans une trentaine de départements), la passation des questionnaires s'ajoutant à leurs missions et tâches habituelles. Elles étaient également soumises aux aléas de configuration interne

de leurs délégations ou services. Ainsi, certaines n'ont pas pu participer, leur constitution étant trop récente ou leurs effectifs trop faibles. D'autres encore, accusant la perte soudaine de leur local, n'ont pu finalement proposer le questionnaire qu'à peu de femmes du fait des contraintes logistiques auxquelles elles et ils se retrouvaient confrontés. Enfin, certaines équipes ont rejoint notre recherche tardivement et n'ont pu présenter l'étude qu'à un nombre limité de personnes.

Il convient en outre de noter que **le public auquel s'adressait notre enquête est en situation d'extrême vulnérabilité**. Etant majoritairement d'origine étrangère et pauvre, leur situation administrative et sociale est très généralement précaire (absence de logement stable, stress généré par l'attente et les procédures de demandes de titres de séjour, barrière de la langue, fort isolement social). Si l'accompagnement des personnes prostituées et survivantes fluctue en fonction de leur **temporalité propre** (arrivée et départ de l'association, disponibilité ou non à recevoir de l'aide, etc), ces difficultés administratives quotidiennes les affectent de telle sorte qu'il peut leur être impossible de se projeter dans d'autres démarches, comme la participation à notre recherche.

Un impact que **le contexte politique** peut aggraver, en général et **en particulier lors de cette année (2024-2025) de passation de l'enquête, réalisée dans un environnement de durcissement des politiques publiques à l'égard des personnes étrangères et de baisse de moyens financiers pour soutenir les droits des femmes**. Certaines des femmes accompagnées se sont en effet vu subitement retirer leurs titres de séjour (et donc leur droit d'accès au logement et à un travail) ou ont été visées par des Obligations de quitter le territoire français (OQTF) à l'issue de leurs Parcours de sortie de prostitution. L'urgence de trouver une nouvelle solution pour éviter l'expulsion

1. Seules les personnes majeures pouvaient être interrogées. Toutefois, sur le nombre estimatif de victimes d'exploitation sexuelle enregistrées en France, nous rappelons que plus de 11 000 seraient des mineures (dont 94% de filles), selon la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre les êtres humains (Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n°24 – avril 2025, p.9).

ou la rue a par conséquent supplanté toute perspective de participer ou de s'impliquer à nouveau (dans son second volet) dans notre étude portant sur leur état de santé, souvent relégué au second plan. **Ces contraintes soudaines et brutales ont plongé les femmes dans une profonde détresse, liée à la peur panique de devoir retourner dans une situation prostitutionnelle**, mettant en lumière la nécessité de bénéficier d'une sécurité matérielle et d'une stabilité émotionnelle, préalables dont elles se retrouvaient privées, pour répondre sereinement à l'enquête. A ce titre, une participante au questionnaire a rappelé le **rôle essentiel du soutien psychologique**, qui lui a permis d'aborder plus sereinement ce type de projet, en expliquant que « *avant on m'avait aussi proposé de participer à une enquête, je ne pouvais pas répondre alors j'ai dit non. Aujourd'hui ma tête va mieux, j'ai été aidée, donc je peux participer* ».

Pour d'autres, leur disponibilité psychique variait au gré de leur situation personnelle (deuil familial, attente d'une décision administrative, de faire venir leur(s) enfant(s) en France, violences ou menaces reçues par la famille dans le pays d'origine, perte d'emploi...), qui a pu altérer de fait leur participation ou le contenu des entretiens quantitatifs ou qualitatifs.

A ceci s'ajoute les violences qu'elles ont subies, qui sont loin d'être systématiquement prises en charge et qui les fragilisent. En ce sens, pour certaines d'entre elles, **leur contribution les exposait à des reviviscences traumatiques** et à la pénibilité de devoir à nouveau raconter leurs histoires douloureuses. Ainsi si la relation préexistante avec leur accompagnante sociale a été déterminante à leur participation : « *elle ne voulait plus raconter son histoire à une nouvelle personne* » précisait une accompagnatrice à Avignon ; pour d'autres il n'a été possible de prendre part qu'au premier volet (quantitatif) de notre étude car **elles souhaitaient éviter de (re)penser à leur passé traumatisant**, beaucoup confiant qu'elles avaient déjà « *tout en tête tout le temps* » (une conduite d'évitement souvent utilisée comme stratégie de gestion de la mémoire traumatique).

De surcroît, il est à souligner qu'en raison des **limites de possibilité de garde d'enfants** qu'elles rencontrent, certaines femmes interrogées (5) ont dû passer le questionnaire en présence de leurs jeunes enfants (ou qui étaient présents dans une pièce à côté).

Enfin, si **notre étude ASPIRE, historique et inédite** tant par la modalité utilisée (recherche participative entre des associations de terrain et l'Institut public de référence en recherche médicale), le nombre de personnes enquêtées, que par la diversité et globalité des thématiques qu'elle recouvre, est **la première en France d'une telle envergure** ; elle entend avant tout **ouvrir la voie à davantage de recherches sur ces sujets** cruciaux et encore trop peu documentés.

« Avant on m'avait aussi proposé de participer à une enquête, je ne pouvais pas répondre alors j'ai dit non. Aujourd'hui ma tête va mieux, j'ai été aidée, donc je peux participer. »

- Une participante au questionnaire

Conclusion

La situation de précarité et les violences multiples et systémiques subies par les personnes prostituées et survivantes, **cumulées aux freins structurels et spécifiques** auxquels elles se trouvent confrontées ; **concourent aux obstacles qui entravent leur accès aux soins et se faisant, aggravent durablement leur état de santé.** Notre recherche ASPIRE précise, entre autres, les contours de ces limites, en offrant de nouvelles perspectives d'analyses de l'état de santé global des personnes.

Les nombreux témoignages croisés recueillis ont permis d'estimer **l'ampleur de leurs maux** (physiques, mentaux, sociaux), et d'évaluer **leur exposition aux violences et par conséquent aux troubles de stress post-traumatique - la majorité**, d'après les résultats de notre questionnaire, **souffrant de symptômes dépressifs. Ces constats rendent urgent le besoin de prise en charge harmonisée de leur santé mentale, sur l'ensemble du territoire.** Depuis 2017, le Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées propose des mesures pour prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux¹ : notre rapport approfondit les pistes d'actions au regard du vécu documenté des personnes.

L'orientation en conséquence des politiques publiques et de mesures ciblées contribuera à limiter les impacts du système prostitutionnel, notamment en renforçant la sensibilisation de la société et de tous les acteurs clés, institutionnels et de santé. **L'examen des données suggère que la sortie des violences - et donc d'une situation prostitutionnelle - peut être associée à une amélioration du bien-être.** Est ainsi soulignée la nécessité, pour l'action

publique, non seulement de renforcer la prévention, mais aussi de **soutenir activement l'accompagnement vers la sortie de la prostitution.**

Bien qu'en proie à une culpabilisation extrême et en déficit de liens sociaux, les personnes prostituées et survivantes, à travers leurs puissantes déclarations, rappellent **l'importance du temps dédié à l'écoute et à la libération de leur parole**, ainsi que **le besoin de mettre en place des temps de partages et d'informations, afin de développer leur pouvoir d'agir.**

L'accompagnement fourni par des associations expertes apparaît ici comme un levier essentiel d'intégration et de rétablissement, là où l'isolement entraîne des conséquences néfastes : des chercheurs ont mis en évidence dès 1985 les liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du lien social², ainsi qu'un taux de mortalité et de morbidité 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement³. L'Organisation mondiale de la santé elle-même révèle que **le soutien social⁴ est maintenant largement reconnu comme étant un important déterminant de la santé.**

La promotion de la santé des personnes prostituées et survivantes dépasse de fait le seul cadre médical, elle exige un engagement et un processus collectif, soutenu politiquement et financé : il en va du respect de leur dignité, de leurs droits et de leur place pleine et entière dans la société.

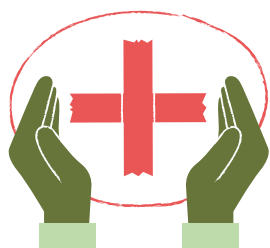
1. Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique

2. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357

3. Berkman, L.F. & Syme, L.S. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. *Social Support and Health Journal*, (17), 241-262

4. OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, 1999, p.22

Recommandations



Garantir un accès effectif aux soins et au système de santé en renforçant les services publics

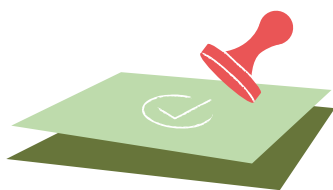
- ▶ **Assurer à toute personne éligible à l'Aide médicale d'Etat (AME)** un accès effectif aux soins, et élargir sa capacité de prise en charge à tous les médicaments et traitements
- ▶ Rendre accessibles et gratuits les bilans de santé et les examens de prévention en santé proposés par la sécurité sociale (CPAM) aux personnes qui sont ou ont été en situation de prostitution (régularisées ou non)
- ▶ Renforcer au sein des centres de santé sexuelle présents dans les départements, ou créer, des services et dispositifs spécialisés dédiés aux personnes prostituées et survivantes, sur le même format que les centres existants pour les personnes migrantes ou LGBT
- ▶ Augmenter le nombre de Centres régionaux du psychotraumatisme (CRP) tel que recommandé par le Haut Conseil à l'Egalité et y former tous les personnels aux psychotraumatismes lourds et complexes
- ▶ **Augmenter le nombre de médecins, en particulier de psychologues et de psychiatres formé·e·s aux psychotraumatismes, afin de réduire les délais d'attente, particulièrement au sein des déserts médicaux.**



Développer et valoriser une relation soignant·e/patient·e efficiente

- ▶ **Former tou·te·s les professionnel·le·s de santé et du personnel médical et médico-social** à toutes les formes de violences sexuelles contre les femmes, dont la prostitution, et à leurs conséquences psychotraumatiques, et **l'intégrer à la formation initiale des cursus médico-sociaux**
- ▶ Privilégier une posture d'écoute active, de bienveillance et **prendre le temps avec les personnes**
- ▶ Pratiquer le **questionnement systématique** sur les violences et les situations de vie, tel que préconisé par la Haute Autorité de Santé¹
- ▶ Encourager les soignant·e·s à développer leur pratique en anglais et d'autres langues, et garantir **l'accès à des services de traduction**
- ▶ Veiller à ce que les personnes puissent, a minima lors des premières consultations médicales, bénéficier d'un accès prioritaire à des médecins femmes.

1. Recommandations (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple#toc_1_1_5), et outil (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf) de la Haute Autorité de Santé pour les médecins



Protéger, accompagner et insérer les victimes

► **Garantir les mises à l'abri et l'accès aux hébergements** du 115 et en CHRS, stabiliser les personnes dans un logement individuel, respecter la priorisation de l'hébergement pour les femmes victimes de prostitution et de traite des êtres humains

► Faciliter l'accès aux titres de séjours (réduction des délais, des coûts, des retards...)

► **Appliquer et renforcer la loi de 2016**, afin d'assurer la reconnaissance des personnes en tant que victimes de violences, notamment en :

→ Garantissant l'accès au Parcours de sortie de prostitution (PSP) et en respectant, au niveau préfectoral, les seuls critères fixés par la loi

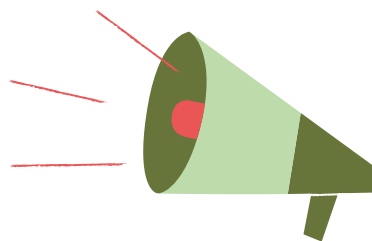
→ Améliorant le dispositif pour garantir la prise en compte de la santé et du suivi psychologique et psychiatrique des personnes

→ Prolongeant la durée du dispositif (actuellement de deux ans, comprenant le renouvellement du dossier tous les 6 mois), pour garantir leur stabilité matérielle et par conséquent émotionnelle

→ Augmentant l'Allocation financière d'insertion sociale (AFIS)

► Prioriser les places en crèches pour les enfants des femmes victimes de prostitution et de traite des êtres humains afin de favoriser leur insertion professionnelle

► **Augmenter les moyens financiers** et les dotations aux associations pour permettre aux équipes d'accompagner les personnes dans les meilleures conditions possibles, comprenant le **développement et la prise en charge d'offres d'ateliers collectifs et l'accès aux thérapies psychocorporelles.**



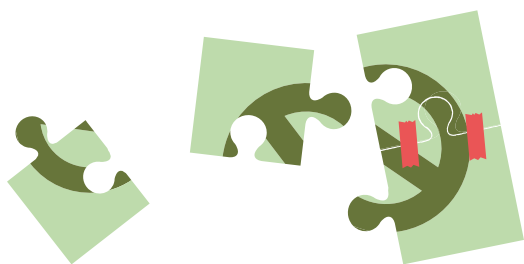
Sensibiliser et informer les personnes prostituées et survivantes

► Sensibiliser les personnes à leurs droits et au fonctionnement administratif et culturel français

► **Promouvoir la création d'ateliers collectifs d'informations** sur la santé sexuelle et mentale (contraception, gynécologie, anatomie, conséquences psychotraumatiques des violences), sur la santé alimentaire, sur le sport, promouvoir des séances sur la psychomotricité et des ateliers sur l'estime de soi, de partages conviviaux

► **Promouvoir la création de groupes de parole et d'ateliers** favorisant l'émancipation entre personnes concernées, autour de questions communes, afin de confronter les expériences et de développer l'entraide

► Diffuser des informations sur les risques encourus par les personnes, l'impact sur le corps, la santé mentale et leur quotidien grâce à des **repères affichés dans toutes les structures de santé** (telles que celles existantes pour le dépistage).



Sensibiliser l'ensemble de la société

- ▶ Mettre un terme à la glamourisation de la prostitution, notamment sur internet et les réseaux sociaux, grâce à des campagnes de communication nationales rappelant **l'interdiction d'achat d'actes sexuels et en appliquant dans tous les départements** la pénalisation des clients proxistueurs
- ▶ Poursuivre la lutte contre la prostitution filmée (pornographie), qui alimente la violence des rapports prostitutionnels
- ▶ **Poursuivre et renforcer la prévention**, par l'intervention des associations de terrain expertes des questions d'égalité et de lutte contre les violences, afin de faire intégrer le respect des droits et l'interdit fixé par la loi de 2016 aux plus jeunes, et changer les mentalités.

<< C'est quand que je
vais aller bien ?

- une participante au questionnaire,



Abolir le système prostitueur

Mouvement du Nid - France
8 bis rue Dagobert
92110 Clichy
01 42 70 92 40

www.mouvementdunid.org

