

Les travailleuses et travailleurs du sexe constituent une population hétérogène, présentant des facteurs de vulnérabilité multiples face aux différents risques affectant le bien-être et l'état de santé. Cette complexité demande une connaissance approfondie du milieu afin de mettre en œuvre les politiques publiques les mieux adaptées et les plus efficaces.

Conscient de cet enjeu et du manque de données scientifiques sur le sujet en Suisse, l'Office Fédéral de la Santé Publique a mandaté en 2007 une équipe de sociologues de l'Université de Genève pour mener une vaste enquête en trois volets sur le marché du sexe en Suisse.

Cette enquête avait comme objectif principal de fournir une base de connaissances pour le monde politique, associatif et pour les chercheuses et chercheurs concernés par le marché du sexe et les questions de santé s'y attachant.

Le projet comporte trois volets. **Le premier volet** de l'étude offre un état des lieux de la littérature internationale et des projets dans le domaine de la santé des travailleuses du sexe. Les informations concernant les taux de prévalence du VIH-Sida et des autres infections sexuellement transmissibles, l'étiologie des troubles, les comportements face à la santé, ainsi que les projets et politiques de prévention y sont répertoriés. **Le deuxième volet** recense et analyse les bases légales fédérales, cantonales et dans une moindre mesure communales relatives au marché du sexe en Suisse. **Le troisième volet** de l'étude présente les résultats d'une enquête auprès de 200 acteurs (police, service des migrations, travail social, travail du sexe). Il dresse un panorama par canton du marché du sexe d'une part et des activités de prévention/promotion de la santé dans ce domaine d'autre part en vue d'identifier les succès des mesures en place et leurs principales barrières. L'ensemble des résultats (en français et allemand) a été rassemblé sur le site web interactif suivant : <http://www.sexworkinfo.net/>. **Cet ouvrage porte sur le premier volet de l'étude.**

Géraldine Bugnon est Doctorante et assistante en sociologie à l'Université de Genève

Milena Chimienti, Lecturer en sociologie à la City University London, a dirigé cette étude

Laure Chiquet est Diplômée en sociologie et collaboratrice du Bureau de l'égalité du canton du Jura

ISBN :2-940386-09-9978-2-940386-09-3

Marché du sexe en Suisse.

Etat des connaissances, best practices et recommandations

Volet 1 – Revue de la littérature

Géraldine Bugnon, Milena Chimienti
avec la coll. de Laure Chiquet

Sociograph N°5a / 2009



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Département de sociologie

Dans la même collection :

Sociograph - Sociological Research

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi, Robert Wegener

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi, Milena Chimienti

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Stefano Losa et Mélanie Battistini, avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais, Manon Wettstein

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti avec la coll. de Laure Chiquet

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti, Laure Chiquet avec la coll. de Jakob Eberhard

Working Papers

Working Paper n°1, 2007, *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health, National policies compared*, Sandro Cattacin and Milena Chimienti, in collaboration with Carin Björngren Cuadra

Working paper n°2, 2007, *L'herméneutique objective*, David Gerber

Working Paper n°3, 2009, *L'estime sociale*, Frédéric Minner

Working Paper n°4, 2009, *Le bracelet électronique*, Christelle Rey

*achevé d'imprimer en septembre 2009
par Repromail, Université de Genève*

Marché du sexe en Suisse.

**Etat des connaissances, best
practices et recommandations**

Volet 1 – Revue de la littérature

**Géraldine Bugnon, Milena Chimienti
avec la coll. de Laure Chiquet**

Sociograph n°5a / 2009

Avant-propos

Ce rapport présente l'état de la littérature et des projets clés dans le domaine de la prostitution. Il a été réalisé entre novembre 2007 et février 2008. Ce travail est issu d'un projet financé par l'Office fédéral de la santé publique (section Sida) qui est composé de trois études distinctes : un état de la littérature, une analyse juridique et une enquête auprès des acteurs clés sur les bonnes pratiques dans le domaine de la prévention et de l'information des travailleuses du sexe.

Nous tenons à remercier les personnes qui ont facilité la réalisation de ce rapport. D'abord, Roger Staub et Christine Kopp pour avoir lancé l'idée de ce projet, puis le groupe d'accompagnement Female Sex Work mis en place par l'OFSP, en particulier Karen Klaue, Marlen Rusch ainsi que Marianne Schweizer pour nous avoir si bien guidées dans ce travail. Notre reconnaissance va enfin à Giovanna Meystre pour les références qu'elles nous a fournies.

Pour finir, nous remercions nos collègues de l'Université de Genève, Sandro Cattacin, Jiri Benovsky et Luc Gauthier sans qui la publication de cette étude n'aurait pu voir le jour.

Genève, le 04 août 2008

Milena Chimienti

Mandant : Office fédéral de la santé publique, Division Maladies Transmissibles, Section Sida

Période : 2007-2008

Citation conseillée : Géraldine Bugnon, Milena Chimienti avec la coll. de Laure Chiquet (2009). *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 - Revue de la littérature*. Genève : Université de Genève.

ISBN 2-940386-09-9978-2-940386-09-3

Publication sur Internet : www.unige.ch/ses/socio/

Table des matières

Introduction	6
Méthode	10
Problèmes de santé dans le travail du sexe	13
Infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH	14
Violences physiques et psychiques	17
Troubles psychiques	22
Synthèse	26
Actions pour la santé des travailleuses du sexe	28
Les stratégies individuelles	31
Les actions collectives d'auto-support... ..	34
...et associatives	35
Les politiques publiques et législations de la prostitution	47
Quelles leçons pour la Suisse?	53
Bibliographie	55
Liste des encadrés et figures	60

Introduction

Ce projet a pour objectif principal de fournir un outil de travail pour les décideurs politiques et du monde associatif concernés par le marché du sexe et les questions de santé s'y attachant. Cet outil prendra principalement deux visages : d'une part, celui d'un recensement de recommandations et bonnes pratiques relatives à la prévention et promotion de la santé parmi les travailleuses du sexe ; d'autre part, ce projet donnera lieu à une base de données interactive sur Internet, contenant une vue d'ensemble du marché du sexe en Suisse, des acteurs qui y évoluent aux lois qui le réglementent, en passant par les différents projets associatifs qui s'y consacrent. Le projet comporte trois volets : le premier volet constitué du présent rapport représente un état de la littérature et des projets dans le domaine de la santé des travailleuses du sexe ; les informations concernant les taux de prévalence, l'étiologie des troubles, les comportements face à la santé, ainsi que les projets et politiques de prévention y sont recensés. Le deuxième volet récolte et analyse les bases légales cantonales relatives au marché du sexe. Le troisième volet vise à questionner les acteurs (du travail social, de la police ou du travail du sexe) sur les pratiques en cours en vue d'identifier les succès des mesures en place et leurs principales barrières.

Encadré 1 – Délimitation du marché du sexe

Le terme marché du sexe renvoie, dans ce rapport, à tous les lieux et contextes où s'échangent des services sexuels contre de l'argent ou des biens. Nous excluons cependant de notre analyse des formes spécifiques d'échanges lors desquelles il n'y pas de rencontre physique entre client et travailleuse du sexe¹ (par exemple le téléphone rose, ou les « streeptease » dévoilés sur webcam, etc.). Le marché du sexe est fortement caractérisé par son hétérogénéité de lieux, d'acteurs et de pratiques. Comme le mentionnent les auteurs du rapport de l'OMS sur la prévention VIH/sida dans le marché du sexe (2005), la nature, la visibilité et l'étendue de ce marché dépendent fortement d'autres acteurs tant au niveau décisionnel (acteurs politiques, législatifs, et économiques) qu'au niveau de la mise en oeuvre (police, associations), ainsi que des représentations de la population. Ces déterminations proviennent par ailleurs tant du niveau local que national voire international. Toutefois, on peut relever quelques grandes logiques structurant ce marché, à commencer par la forte composante migratoire (TAMPEP 2004) :

¹ Nous avons opté pour l'usage systématique du terme "travailleuse du sexe", afin d'adopter une terminologie plus proche de la réalité du terrain : allant de la prostitution officielle à titre d'indépendante à la prostitution clandestine, en passant par des formes salariées d'activités dans le marché du sexe telles que celles exercées par les danseuses de cabaret ou les hôtesses de bars. Bien que cette terminologie puisse recouvrir un parti pris idéologique, celui de considérer la prostitution comme un travail, notre usage en est avant tout motivé par la réalité actuelle : une partie importante des pays européens reconnaissent – du moins en partie – cette activité comme un travail, tout en lui réservant paradoxalement un traitement juridique spécifique.

- les femmes migrantes représentent un pourcentage significatif de la population des travailleuses du sexe dans la majorité des pays européens, atteignant parfois les 80% ;

- le marché du sexe est également caractérisé par la grande mobilité des travailleuses du sexe, qui changent fréquemment de pays, de ville ou de lieu de travail pour exercer leur activité ;

- enfin, le travail du sexe « outdoor » se distingue du travail du sexe « indoor », car chacune de ces formes de travail du sexe détermine fortement les conditions de travail, le type de clients, le degré d'autonomie des travailleuses du sexe, leur vulnérabilité à la violence ou à l'exploitation, ainsi que leur accès aux programmes de promotion de la santé. Notons toutefois que le travail « outdoor » renvoie à une pluralité de lieux (rue, lieux de stationnement publics, autoroutes, etc.), tout comme le travail « indoor » (salons de massages, cabarets, appartements privés, etc.), cette pluralité pouvant varier selon les contextes locaux et nationaux.

En Suisse, on peut distinguer quatre types de "settings" au sein du marché du sexe : la rue, les salons de massage, les bars à champagne et les cabarets.

D'un point de vue juridique, le travail du sexe ne peut s'exercer légalement que dans la rue et les salons de massage. Si la travailleuse du sexe exerçant dans la rue se trouve plus exposée au stigmate, elle jouit toutefois d'une plus grande autonomie en ce qui concerne ses heures de travail, le choix des clients, etc. Dans un salon de massage au contraire, les attentes et pressions du patron ou de la patronne peuvent parfois limiter la liberté d'action des travailleuses du sexe, même si, aux yeux de la législation suisse, le travail du sexe ne peut s'exercer que de manière indépendante. Le salon de massage a cependant l'avantage d'offrir une plus grande protection contre les clients violents (les femmes ne s'y trouvent jamais seules).

Les bars à champagne et cabarets n'emploient, en théorie, que des hôtesse et des danseuses-stripteaseuses. On observe toutefois que ces établissements sont également souvent des lieux de prostitution, directement (lorsque des cabines sont à disposition dans l'arrière boutique) ou indirectement (lorsque l'établissement sert de lieu de rencontre entre la prostituée et son client). L'autonomie des femmes dans ce type de contexte est généralement faible. La danseuse de cabaret, souvent au bénéfice d'un permis L très restrictif, est en effet généralement logée par son employeur, et ne peut choisir son lieu de travail, ni exercer une autre activité lucrative. Quant aux hôtesse de bars, le flou juridique régnant autour de leur activité laisse parfois la porte ouverte à certains abus de la part des employeurs.

Si une analyse systématique de la réalité locale du marché du sexe est donc nécessaire dans un tel projet, la littérature scientifique internationale ainsi que les projets mis en place dans d'autres contextes nationaux sont également indispensables pour débiter toute réflexion. En effet, bien que certains aspects du marché du sexe soient exclusivement déterminés localement (lorsqu'ils résultent par exemple d'une législation spécifique), un grand nombre de logiques propres au milieu prostitutionnel sont récurrentes dans différents pays et zones géographiques. Dans le domaine de la santé des travailleuses du sexe par exemple, on retrouve systématiquement une séroprévalence plus élevée parmi les travailleuses du sexe toxicomanes. De même, le stigmate intrinsèquement lié à l'activité prostitutionnelle provoque un stress psychologique et une certaine marginalisation, quelque soit le pays

ou le lieu d'exercice (bien qu'à des degrés différents selon le contexte spécifique). Enfin, les politiques d'action en santé publique et les projets associatifs, parfois très innovateurs, mis en place à l'étranger, peuvent servir de modèle pour les décideurs politiques et du monde associatif en Suisse, à condition d'effectuer un travail d'adaptation au contexte spécifique suisse. Cette revue de la littérature servira donc de base à notre réflexion, avant de nous pencher sur la réalité du marché du sexe propre au contexte Suisse, dans le but de s'inspirer et de prendre appui sur les expériences et connaissances acquises. Finalement, cette étude étant orientée vers l'action, nous tenterons de relever l'efficacité des différents projets analysés, afin de nous en inspirer pour la formulation des recommandations et bonnes pratiques.

Encadré 2 – Qu'est-ce qu'une bonne pratique? - Une mise en perspective

Née à l'ère du New Public Management dans le domaine des politiques publiques, la notion de « bonne pratique » recouvre deux perspectives générales : d'abord, celle d'efficacité et d'efficience des mesures, liées à la rationalisation des coûts ; ce principe a conduit ensuite à s'inspirer de la pratique d'autres contextes (par la comparaison des pratiques et des résultats), ainsi qu'à l'évaluation des mesures en place.

Dans un monde complexe, le terme « bonne pratique » n'a cependant pas sa place dans un discours de sciences sociales. Au mieux, nous pouvons identifier des "pratiques", en lieu et place de vides légaux et d'absence de politiques publiques. Les pratiques et leur jugement sont extrêmement connotés moralement et dépendent du système de référence en vigueur dans un champ politique donné. Une bonne pratique peut être, par exemple, aux yeux du gouvernement des Etats-Unis, de promouvoir l'abstinence sexuelle parmi les jeunes pour lutter contre la transmission du VIH. La notion de « bonne pratique » ne peut donc être comprise en-dehors ou séparément des fondements éthiques ou moraux qui permettent de la qualifier comme telle.

Ce rapport devant servir d'outil à la mise en place de projets et politiques de promotion de la santé, définir certaines pratiques comme étant « meilleures » que d'autres (pour des motifs éthiques, scientifiques ou pragmatiques) constitue une étape incontournable. Nous ne manquerons cependant pas d'explicitier, au début du chapitre concernant les projets de promotion de la santé pour les travailleuses du sexe, les valeurs fondamentales sous-jacentes qui se trouvent à l'origine des « bonnes pratiques » formulées par les institutions et organisations de défense et soutien aux travailleuses du sexe citées dans ce rapport.

Le premier rapport destiné à répertorier les « bonnes pratiques » en matière de projets de promotion de la santé pour les travailleuses du sexe a été conçu en 1989, sur l'initiative du « Global programme on AIDS » de l'OMS. En 1995, le programme était arrivé à sa fin, et le guide de bonnes pratiques était encore sous forme de « draft ». Le Network of Sex Work Projects (NSWP)² s'est par la suite inspiré de ce premier draft pour élaborer son propre manuel, « Making sex work safe » en 1999. Aujourd'hui, nombre de rapports et publications,

² Le Network of Sex Work Projects (NSWP) est un réseau né en Grande-Bretagne de l'alliance de plusieurs travailleurs et travailleuses du sexe en 1991. NSWP s'est constitué en organisation internationale, dont l'objectif est de promouvoir les droits humains et la santé pour les travailleurs et travailleuses du sexe (voir : <http://www.nswp.org/>).

d'organisations « spécialistes » telles Tampep ou NSWP, ou « généralistes » telles l'OMS ou ONUSIDA, se penchent sur les questions de santé et travail du sexe, et recensent les différentes bonnes pratiques en la matière.

Dans ces rapports on trouve une perspective supplémentaire à celle d'efficacité ou d'efficacité permettant de comprendre la signification d'une bonne pratique dans le domaine de la prévention/promotion de la santé auprès des travailleuses du sexe. Les bonnes pratiques sont celles qui répondent aux besoins de la population visée avec un maximum d'efficacité et un minimum de coût. Partant de l'idée que les besoins ont un caractère fortement subjectif, la définition de mesures de prévention et de promotion doit l'être aussi.

Objectifs de la revue de la littérature (volet 1)

Notre objectif sera d'établir une revue de la littérature internationale sur le marché du sexe, qui mette principalement l'accent sur des questions de santé (au sens large), de réduction des risques et d'empowerment³.

Il s'agira notamment:

- d'identifier les principaux problèmes de santé de type somatique concernant la population des travailleuses du sexe, ainsi que les barrières individuelles et structurelles à la santé, en insistant sur les logiques internes au marché du sexe (statut légal, lieu d'exercice) dans lesquels ces problèmes s'inscrivent ;
- d'élargir le débat en y ajoutant des questions de santé au sens large, (violence physique et psychique et troubles psychiques) ;
- d'identifier les principaux modèles d'action de prévention et de promotion de la santé à travers le monde (principalement ceux dans une logique d'empowerment et auto-organisation), qui serviront de source d'inspiration pour les recommandations locales. Nous veillerons également à mettre en lumière les facteurs individuels et structurels permettant l'action individuelle et collective.

La description de ces problèmes et de leurs causes ayant déjà, pour une grande partie, été effectuée dans de précédentes revues de la littérature, dont nous reprendrons les résultats, cet état de la littérature vise

³ L'empowerment est un processus visant à augmenter le pouvoir personnel, interpersonnel et politique de manière à ce que les individus puissent agir pour l'amélioration de leur situation de vie (Gutiérrez 1990)

principalement à analyser les réponses apportées aux problèmes de santé des travailleuses du sexe ainsi que leur efficacité.

La thématique de la santé sera traitée au sens large, et sera systématiquement mise en relation avec des aspects tels que violences physiques et psychiques, mépris social (stigmatisation, inégalité de genre), incertitude juridique (condition migrante), précarité économique, qui interagissent fortement avec la problématique "santé". Dans ce travail, seule la population féminine sera prise en compte, en raison de sa présence fortement majoritaire. Les travailleurs du sexe hommes et transgenres présentent des problèmes de santé spécifiques, qui devraient faire l'objet d'une autre étude.

Méthode

Cette revue de la littérature sera accessible online (style Wikipedia), et pourra donc être mise à jour régulièrement. En outre, des liens permettront l'accès direct à certains articles-clés. Cette base de données par sa visibilité permettra de mieux valoriser les études antérieures sur le sujet (dont celles effectuées en Suisse par l'IUMSP cf. Meystre-Agostoni 2004, Meystre-Agostoni et al. 2008).

Type de littérature recherchée. L'analyse des différents problèmes de santé propres au marché du sexe est basée principalement sur la littérature publiée à caractère scientifique, issue des sciences sociales et médicales.

L'analyse des différentes actions de promotion de la santé provient principalement des rapports des plateformes internationales (Tampep, Network Sex Work Project et Central and Eastern European Harm Reduction Network) et des organisations internationales (OMS et UNAIDS) actives en la matière⁴.

Période. Tous les articles parus dès 1990 ont été pris en compte, avec une priorité donnée aux articles récents et portant sur les différentes actions de prévention et promotion de la santé.

Mots-clés utilisés pour la recherche.

- prostitution/prostitu*/prostitu*/sex work/sex work*/travail du sexe

⁴ La prise en compte de la littérature grise spécifique au contexte suisse (rapports d'activités d'associations, comptes rendus de colloque sur le sujet, etc.) interviendra dans une phase ultérieure de la recherche (volet 3), lors de la récolte de données empiriques sur le marché du sexe en Suisse.

- SIDA / AIDS / VIH / HIV
- IST / MST / STI / STD
- programme / program / projet / project
- prévention/prevention
- *violence*
- *empowerment*
- *agency*
- *capabilities*
- *risque / risk*
- *mental illness / mental health*
- *health promotion.*

Les mots-clés en italique n'ont pas été utilisés lors de précédentes revues de la littérature et visent à élargir la thématique de la santé.

Bases de données utilisées pour la recherche.

- Sociological abstract, International bibliography of social sciences, Sociology (Sage), social services abstracts
- Medline
- Sites internet des Conférences internationales sur le sida de Bangkok 2004 et Toronto 2006
- Sites internet de Tampep et Network Sex Work Project
- Bibliothèque et documentation sanitaire de l'OMS

La recherche systématique par mots-clés dans les trois principales bases de données (sociological abstracts, social services abstracts et medline) a abouti à un total de 322 articles⁵:

- 167 articles ont été sélectionnés dans sociological abstracts ;

⁵ Les revues de la littérature effectuées précédemment par Giovanna Meystre (Meystre-Agustoni 2004, 2008), et dont nous reprendrons les résultats, avaient sélectionné, respectivement, 165 et 100 articles et documents divers.

- 38 articles ont été sélectionnés dans social services abstracts ;
- 117 articles ont été sélectionnés dans medline.

Problèmes de santé dans le travail du sexe

Nous adoptons, dans cette étude, une définition large du concept de santé, incluant non seulement les problèmes de type somatique (VIH, maladies sexuellement transmissibles) affectant les travailleuses du sexe, mais aussi les atteintes psychiques au bien-être et à la santé, tels que le stress, les souffrances liées à la discrimination ou encore les différents types de violences dont peuvent être victimes les femmes travailleuses du sexe. Dans une optique de prévention et promotion de la santé, il est important de définir les facteurs permettant d'expliquer la prévalence des différents problèmes de santé au sein de la population des travailleuses du sexe, afin de pouvoir, ensuite, agir sur ces derniers. Ainsi, les problèmes de santé identifiés sont systématiquement mis en relation avec les logiques internes au marché du sexe (lieu d'exercice, concurrence, etc.) et les facteurs individuels et structurels (économique, juridique, ethnique, genrés) qui permettent de les expliquer. A titre d'exemple, les auteurs du rapport de l'OMS sur la prévention VIH/sida dans le marché du sexe (Evans 2005) mentionnent quatre types de facteurs de vulnérabilité au VIH: social, interpersonnel, légal et épidémiologique. A ces quatre facteurs, s'ajoutent comme pour tout problème de santé et donc de manière non spécifique au risque de contracter le VIH/sida, des facteurs économiques, comme l'ont montré Marmot et Wilkinson (2006).

Facteurs de vulnérabilité :

- Social : notamment le faible niveau d'éducation des travailleuses du sexe.
- Interpersonnel : par exemple la concurrence et le manque de solidarité dans le travail du sexe.
- Légal : en l'occurrence des lois répressives obligeant les travailleuses du sexe à exercer dans la clandestinité
- Epidémiologique : les taux de prévalence IST élevés parmi les travailleuses du sexe, favorisant les infections VIH /sida.
- Economiques : un faible niveau économique représente un des risques principaux des problèmes de santé.

L'identification et l'analyse des ces facteurs multiples agissant sur le bien-être et la santé des travailleuses du sexe prennent toute leur importance lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la

santé: celles-ci peuvent en effet alors être conçues de manière à agir directement sur les facteurs de vulnérabilités identifiés.

Infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH

Prostitution et VIH /IST : 237 articles (72 articles sélectionnés dans sociological abstracts et 165 articles utilisés par Giovanna Meystre lors des précédentes revues de la littérature 2004 et 2008).

Aperçu des taux de prévalence du VIH et étiologie

Selon les études effectuées par Meystre (2004, 2008), la **prévalence du VIH** dans la population féminine travailleuse du sexe varie considérablement. Cette variation peut notamment s'expliquer par les techniques utilisées par les chercheurs pour établir cette prévalence. En effet, comme l'ont montré Verster et al (2001), la prévalence auto-reportée est généralement sous-estimée, en raison du nombre élevé de femmes n'ayant jamais effectué le test. Ainsi, pour une même population (N=102), la prévalence effective (5,6%) était quasiment deux fois plus élevée que la prévalence auto-reportée (2,9%).

Au-delà de ces questions de méthode, on peut toutefois affirmer que la prévalence effective du VIH varie en fonction de différents facteurs. Si, selon une étude espagnole, la prévalence VIH est généralement très basse parmi les travailleuses du sexe « autochtones » et non toxicomanes, et s'apparente à celle observée dans la population générale (Barrasa et al. 2004), on trouve des taux de VIH nettement supérieurs dans les populations de femmes migrantes et consommatrices de drogues par voie intraveineuse (UDI). Ainsi, l'étude de Spina et al. (Spina 1997) effectuée dans une clinique italienne sur un échantillon de 403 travailleuses du sexe rapporte un taux de 2% parmi les travailleuses du sexe non-UDI, contre 37% chez les travailleuses du sexe UDI. D'autres études, telle celle de McKenagey et al. (1992), réalisée en Ecosse, ou de Ballesteros et al. (1999), effectuée en Espagne, observent également de telles variations entre femmes UDI et non-UDI. Deux remarques sont toutefois importantes à ce sujet : premièrement, les taux de VIH parmi les travailleuses du sexe UDI varient considérablement d'un pays à l'autre; deuxièmement, la prévalence VIH a diminué au cours des années 90' au sein des deux populations, comme le montrent Ballesteros et al (1999) : entre 1986-88 (N=1974) et 1995-97 (N=1014) elle passe de 59,5% à 45,5% parmi les travailleuses du sexe UDI, et de 2,4% à 0,8% parmi les non-UDI.

Hormis la consommation de drogues par voie intraveineuse, la condition migrante peut également constituer un facteur explicatif de taux de VIH plus élevés parmi les travailleuses du sexe en comparaison de la population générale. D'une part, certains auteurs (Spina 1997) ont observé en Italie une

augmentation de la prévalence chez les femmes non-UDI suite aux vagues migratoires des années 90', et en concluent que ces chiffres pourraient être expliqués par le nombre croissant de travailleuses du sexe africaines, issues de pays présentant un taux élevé de VIH dans la population générale. Par ailleurs, la condition migrante en tant que telle rend les femmes plus vulnérables aux infections par le VIH, en raison des barrières d'intégration et de leur difficulté à accéder aux soins de santé dans le pays d'accueil, ou du système de santé plus précaire de leur pays d'origine.

Concernant la **prévalence d'autres IST** (chlamydia, papillomavirus, gonorrhée, syphilis ou encore herpès) dans la population des travailleuses du sexe, des études réalisées dans différents pays européens observent des taux plus élevés chez ces dernières que dans la population générale (Mak et al. 2004 et Mak et al. 2005, Resl et al. 2003 et Papadogeorgaki et al. 2006). Les taux d'IST sont plus élevés même dans les populations où la prévalence VIH est nulle. Une étude quantitative (n = 783) réalisée dans une clinique spécialement destinée aux travailleurs-euses du sexe à San Francisco, USA (Cohan et al. 2006) a cherché à déceler les facteurs de vulnérabilité aux infections par des IST. Les auteurs ont ainsi pu montrer que pratiquer le travail du sexe collectivement, c'est-à-dire dans un salon de massage, un cabaret ou tout autre établissement, constituait une protection contre les IST. Les personnes exerçant le travail du sexe de manière individuelle (dans la rue, comme masseuse indépendante, etc.) étaient en effet plus sujettes aux infections par des IST.⁶ Les autres facteurs prédisposant aux infections mis en lumière dans cette étude sont l'origine ethnique afro-américaine, l'exposition à des formes de violence au travail, ainsi que le sexe, les hommes étant plus atteints que les femmes et les transgenres. Par ailleurs, il est intéressant de noter que si la grande majorité de l'échantillon avait déjà procédé à un test HIV, 70% des personnes interrogées n'avaient jamais déclaré leur activité prostitutionnelle à leur médecin avant la première consultation dans cette clinique. La prostitution étant une activité illégale dans l'ensemble des Etats-Unis (sauf dans l'Etat du Nevada, au sein duquel les établissements de prostitution sont tolérés dans certaines régions⁷), les

⁶ Ces conclusions, tirées d'une analyse quantitative, ne sont malheureusement pas accompagnées d'une hypothèse explicative, qui permettrait d'interpréter ces données. On peut supposer que les informations relatives aux comportements de protection circulent mieux dans un contexte de travail collectif. D'autres auteurs ont pourtant montré que ce type de contexte (salon, cabaret) suppose une plus grande concurrence entre les femmes, qui pousse à renoncer parfois à l'utilisation du préservatif pour satisfaire à la demande de certains clients (Földházi et Chimienti 2006).

⁷ A ce propos, voir Albert 2001 et Hough 2004

personnes concernées ressentent en effet souvent la peur de la discrimination, voire de la dénonciation, et renoncent ainsi à communiquer librement avec leur médecin, ce qui peut fausser le diagnostic de ce dernier et le dépistage d'éventuelles infections.

L'infection par des IST augmentant la probabilité de contracter le VIH, il est important d'accentuer la prévention de ces maladies auprès des travailleuses du sexe, en leur offrant des espaces de dialogues et de conseils exempts de jugements moral et de répression légale. Une étude de cohorte (Ward et al. 1999), réalisée sur une période de neuf ans dans une clinique londonienne (n=320), est parvenue à identifier les principaux facteurs de vulnérabilité aux différentes IST, parmi des travailleuses du sexe exerçant dans divers lieux de travail. Si les infections par des virus, et principalement par l'hépatite B, sont plus fréquentes parmi les travailleuses du sexe UDI et migrantes, les infections bactériennes, notamment la chlamydia et la gonorrhée, résultent, d'après l'étude, de relations non-protégées avec des partenaires non-payants. Les auteurs concluent donc que les facteurs de risques ne sont pas directement associés à l'activité prostitutionnelle en soi et à l'interaction avec le client, mais plutôt à des facteurs externes, tels que la consommation de drogue, la condition de migrante ou l'absence de protection avec des partenaires non-payants.

Comportements d'exposition au risque

De nombreuses études ont pour objet les comportements de protection et d'exposition au risque VIH parmi les travailleuses du sexe (voir annexe 2). Comprendre les raisons et les motivations à l'origine de ces comportements permet en effet de mettre en place des programmes de prévention plus efficaces. D'une manière générale, les chercheurs observent que les comportements de protection augmentent, tant dans la population UDI que dans celle non-UDI, parce qu'ils ont augmentés dans la population générale depuis le début de l'épidémie (Fennema et al. 1997, Garcia et al. 2001, Ward et al. 1999)⁸.

Les auteurs mettent cependant en lumière différents facteurs permettant d'expliquer les variations dans les comportements d'exposition au risque. Premièrement, la protection varie souvent en fonction des pratiques sexuelles. Ainsi, les relations anales sont plus systématiquement protégées que les relations vaginales, qui elles-mêmes sont mieux protégées que les relations oro-génitales (Izdebski et Boron-Kaczmaraska 2002). D'autres

⁸ Ces études ont été menées aux Pays-Bas, en Espagne et en Angleterre respectivement.

auteurs soulignent le fait de consommer des drogues (European Working Group on HIV infection in Female Prostitutes 1993) ou de se trouver en situation illégale (Agacfidan et al. 1997) comme des facteurs de vulnérabilité face aux risques VIH. En effet, la consommation de drogue et d'alcool rend les femmes travailleuses du sexe moins vigilantes quant aux mesures de protection, tandis que le statut de clandestine empêche souvent l'accès aux programmes de prévention et services de consultation. Les contraintes financières, associées à la forte concurrence dans le marché du sexe, peuvent également constituer un obstacle à un comportement de protection. Par peur de perdre un client, une travailleuse du sexe peut ainsi renoncer à l'usage du préservatif (Nigro et al. 2006). De même, certaines contraintes externes, telles que les pressions des employeurs pour réaliser certaines pratiques sans protection, peuvent rendre toute négociation de l'usage du préservatif impossible.

De manière générale, les comportements de protection augmentent avec la capacité de négociation de la travailleuse du sexe, découlant d'une certaine autonomie (professionnelle, juridique et financière) et de l'absence de dépendance aux drogues.

Les relations avec les partenaires intimes (ou "non payants") présentent un taux de protection nettement plus bas que les relations payantes avec les clients (Spina et al. 1998). Ceci a été expliqué par certains auteurs (Estebanez et al. 1993) comme découlant d'une volonté et d'un besoin de démarcation entre vie professionnelle et vie privée, démarcation dont le préservatif serait la marque concrète. Les études montrent également que l'usage du préservatif se fait plus rare avec les clients réguliers, avec lesquels s'établit un rapport de confiance, voire d'intimité partagée (Chimienti à paraître) : pour les travailleuses du sexe dont la situation de séjour est temporaire ou irrégulière, gagner la confiance d'un client au travers d'une relation sexuelle non protégée et tarifée en biens matériels plutôt qu'en argent, peut représenter la possibilité de stabiliser sa situation de séjour au travers d'un mariage ou par une garantie financière de sa part.

Violences physiques et psychiques

Prostitution et violence : 47 articles sélectionnés dans sociological abstracts et 23 articles sélectionnés dans medline.

Si la préoccupation vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles a été constante en ce qui concerne la population des travailleuses du sexe, donnant lieu à de multiples recherches sur le sujet, la thématique de la

violence, ou plutôt des violences dont sont victimes les femmes travailleuses du sexe a été nettement moins abordée.

Par ailleurs, la plupart des études sur le sujet se sont tournées vers la prostitution de rue et ont particulièrement relevé les violences physiques infligées aux femmes de ce milieu. D'autres formes de violence, telles que les violences psychologiques découlant du stigmate social et de la discrimination, ou les violences assimilables à différentes formes d'exploitation par les employeurs, ont moins souvent fait l'objet d'études approfondies. De même, la prostitution "indoor", de par sa difficulté d'accès, est moins connue des chercheurs, notamment en ce qui concerne la prévalence de la violence dans les différents lieux de ce type de prostitution (salons de massage, appartements privés, cabarets, bars à champagne, etc.).

Le manque d'étude concernant ce thème est d'autant plus étonnant que les quelques études sur le sujet montrent que la violence est l'une des deux principales causes de mortalité – en tous les cas dans les pays où la prostitution n'est pas légale - la consommation de drogues par injection constituant la deuxième (Potterat et al. 2004, Ward et al. 1999). Ainsi, une étude de cohorte (Potterat et al. 2004) réalisée sur une période de 33 ans au Colorado, USA (n=1969) à partir des registres de la police et des autorités sanitaires démontre que la première cause de décès (n=100) est l'homicide (19%), suivie de la consommation de drogues (18%), puis des accidents (12%) et des effets de la consommation d'alcool (9%). Par ailleurs, si 8% des décès sont conséquences d'une infection HIV, il s'agit dans tous les cas de femmes UDI, laissant suggérer que le lien entre injection de drogue, overdose et infection HIV constitue la cause de décès non violent la plus importante. Parmi les 21 cas d'homicides, neuf ont eu lieu dans les trois premières années passées au sein du milieu prostitutionnel ; et parmi ces neuf femmes, huit ont été tuées pendant les heures de travail. Les auteurs concluent que ces assassinats sont une conséquence directe de l'activité prostitutionnelle. Toujours selon ces auteurs, les femmes de cette cohorte ont 18 fois plus de « chance » d'être assassinée durant leur vie que des femmes du même âge et même origine ethnique. Ces taux élevés de prévalence de la violence létale font de la prostitution l'environnement de travail le plus dangereux aux USA.

Prévalence de la violence

De nombreuses recherches indiquent un taux de violence extrêmement élevé dans la prostitution de rue (Farley et Kelly 2000). Ainsi, Farley et Barkan's (1998) observent dans les rues de San Francisco 82% de femmes ayant été physiquement agressées, et 68% de femmes violées (n=130).

Une étude qualitative, menée par Williamson et Folaron (2001), s'intéresse aux violences commises par les clients, à la perception du risque

ainsi qu'aux stratégies de survie dans un groupe de 13 travailleuses du sexe exerçant dans une ville moyenne des Etats-Unis. Les auteurs notent que douze des treize personnes interrogées disent avoir été victimes de violence de la part d'un client, sans pouvoir toutefois déterminer la fréquence de ces actes violents. L'intensité, par contre, des violences vécues, ne laisse aucun doute : les travailleuses du sexe interrogées décrivent des actes mettant directement en danger leur intégrité physique et psychique, allant du viol à la menace de mort. Ainsi, huit femmes disent avoir subi un viol, ou des tentatives répétées de viol. Quatre femmes affirment avoir été « jetées » d'un véhicule en marche. Enfin, quatre femmes ont subi ce que les auteurs qualifient de « torture avec perversion », faisant référence à des actes tels que : avoir un couteau inséré dans le vagin, être frappée sur le sexe, ou être forcée à être analement pénétrée par un levier de vitesse. Non seulement les actes violents révèlent une certaine intensité, mais les auteurs soulignent également que la violence est décrite par les travailleuses du sexe comme étant courante, presque omniprésente. Les auteurs ont par ailleurs relevé ce qui, dans les discours, est apparu comme des facteurs de risque face aux violences. Premièrement, le fait d'ignorer les caractéristiques et comportement d'un client potentiellement dangereux est présenté, par les travailleuses du sexe, comme un facteur de risque. Deuxièmement, la dépendance au crack (qui concerne 11 personnes de cet échantillon) augmente fortement la vulnérabilité face aux violences, car le besoin urgent de drogue baisse la capacité à sélectionner les clients, et l'effet de la substance rend moins attentif durant la passe. Le troisième facteur de risque principal est le lieu de rencontre avec le client: accepter de rencontrer ce dernier dans un lieu inhabituel revient à augmenter la probabilité d'être victime de violence.

Selon Raphael et Shapiro (2004), l'idée communément partagée selon laquelle la violence est quasiment absente de la prostitution « indoor » se révèle fautive. En effet, dans une étude comparative sur la prévalence de la violence dans le marché du sexe « indoor » et « outdoor » dans la ville de Chicago auprès de 222 travailleuses du sexe, les auteurs concluent que si les taux de violence sont effectivement plus élevés dans la prostitution de rue, ils n'en sont pas moins significatifs pour les femmes travaillant "indoor". Ainsi, si 86,1% des travailleuses du sexe de rue ont déclaré avoir déjà été giflées, 57,1% des escorts et 62,8% des danseuses exotiques ont affirmé la même chose. De même, 39,3% des escorts et 48,8% des danseuses exotiques ont déjà été au moins une fois menacées de viol, contre 55,4% de travailleuse du sexe de rue. Certaines formes de violence semblent même être spécifiques à la prostitution indoor, tel que "avoir un objet lancé sur soi" (62,8% des danseuses exotiques contre 52,5% dans la rue) ou « recevoir une fessée » (39,3% des escorts, contre 24,8% dans la rue). Par ailleurs, selon ces mêmes auteurs, si les travailleuses du sexe « indoor » souffrent en moyenne moins

d'actes violents (moins de types différents d'actes violents), elles sont en revanche victimes de formes plus graves de violences que leurs collègues dans la rue, lorsqu'elles travaillent de manière isolée.

Cette étude renseigne également sur la fréquence des actes violents. A ce propos, les femmes travaillant « indoor » et « outdoor » ne se distinguent pas nécessairement: 20% des travailleuses du sexe de rue disent avoir été forcées à un acte sexuel plus de dix fois depuis le début de leur activité, le même pourcentage ayant été observé chez les escorts et les femmes travaillant dans leur propre appartement. Certains actes violents se sont révélés nettement plus fréquents dans la prostitution « indoor », tel que l'« introduction d'objets ou de doigts dans le vagin » sans l'accord préalable de la travailleuse du sexe, dont 28,6% des escorts et 24,4% des femmes travaillant dans une "drug house"⁹ ont été victime plus de dix fois (contre 17,8% dans la rue).

Une autre étude menée en Suisse, dans un cadre législatif que l'on peut qualifier de réglementariste (Földhàzi et Chimienti 2006), dans différents lieux de prostitution « indoor » et « outdoor », montre ainsi que les violences physiques restent exceptionnelles. Les travailleuses du sexe se voient par contre fréquemment exposées à des violences de type psychologique, telle que la pression du client pour avoir un rapport sexuel non protégé, ou économique, lorsque le patron opère des déductions abusives sur le salaire des danseuses de cabaret. Cette étude montre également que si les femmes s'estiment relativement bien armées face aux menaces de violences de la part des clients, grâce aux multiples stratégies de protection qu'elles mettent en œuvre, elles restent extrêmement vulnérables face à l'exploitation des employeurs et, de manière plus générale, ne savent comment lutter contre la précarité économique et juridique dans laquelle grand nombre d'entre elles se trouvent.

Causes et acteurs de la violence

L'étude de Raphael et Shapiro (2004), basée sur le témoignage de 222 travailleuses du sexe dans la ville de Chicago, classe les différents auteurs de ces violences en fonction de la fréquence du passage à l'acte. Les clients arrivent en première place, étant responsable de 62% à 100% des violences dans la rue, en fonction de l'acte concerné. Quant aux danseuses exotiques, elles attribuent 30% à 100% des violences perpétrées contre elles aux

⁹ Le terme "drug house" est utilisé, notamment aux Etats-Unis, pour désigner les maisons où se vendent et s'achètent des drogues illégales et où semble-t-il ont également lieu des pratiques prostitutionnelles.

clients, toujours selon l'acte concerné. Les partenaires intimes arrivent en deuxième place, et ont été identifiés comme responsables d'un quart des violences commises contre les travailleuses du sexe de rue. Les souteneurs sont également responsables de nombreux actes violents, notamment à l'encontre des escorts et des femmes travaillant en hôtels, qui leur attribuent 50% des violences commises à leur égard. Finalement, la police est également à l'origine de nombreux actes violents, puisqu'un quart des viols commis dans la rue ont été attribués à un policier, de même que 30% des viols à l'encontre des danseuses exotiques. Selon d'autres auteurs (Cohan et al. 2006), les partenaires affectifs seraient plus souvent à l'origine des violences subies que les clients : sur un total de 419 travailleuses du sexe interviewées, 55,1% mentionnent en effet une histoire de violence domestique, contre 36,3% ayant subi des violences dans le cadre du travail. Cette même étude précise que l'expérience de violence au travail est corrélée aux antécédents avec la police, puisque les femmes n'ayant jamais été arrêtées par les forces de l'ordre mentionnent moins de violence au travail (25,9%) que celles ayant déjà fait l'objet d'arrestations (47,1%).

Notons que l'ensemble des Etats-Unis applique une législation prohibitionniste¹⁰ (sauf le Nevada), législation qui selon certains auteurs conduirait aux taux élevés de violence observés par les auteurs de ces études. De nombreux auteurs montrent en effet que la vulnérabilité face aux violences augmente fortement lorsque la prostitution est criminalisée (TAMPEP 2004, CEEHRN 2005). Cela concerne d'une part les violences perpétrées par les clients et les souteneurs, car les travailleuses du sexe se voient dans l'impossibilité de porter plainte, et d'autre part, et plus fortement encore, les violences commises par les agents des forces de l'ordre, consistant par exemple à exiger un acte sexuel forcé sous peine de dénonciation de leur activité prostitutionnelle.

Certains auteurs (Roxburgh et al. 2006) soulignent d'ailleurs la faible proportion de travailleuses du sexe ayant porté plainte contre des violences subies dans le cadre de leur travail. Sur un total de 72 travailleuses du sexe interviewées, alors que 85% déclarent avoir été victime de telles violences, 35% d'entre elles seulement en ont fait part à la police.

Le rapport du CEEHRN (2005) indique que les violences commises par les souteneurs sont monnaie courante en Europe de l'est. Ainsi, le Centre SIDA de Nizhny Novgorod (Russie) rapporte que plus de 55% des

¹⁰ Nous analysons plus en détails dans un chapitre ultérieur les effets des législations nationales sur la santé des travailleuses du sexe

travailleuses du sexe ont subi des violences de la part de leurs souteneurs¹¹. La violence des clients est également omniprésente dans cette région. Une étude russe (Nashkoev 2002) réalisée auprès de 242 travailleuses du sexe indique que 38% des femmes ont déjà subi plus d'un viol commis par un client. En Géorgie, parmi 160 femmes interviewées, 42% disent avoir vécu des violences sexuelles ou physiques de la part des clients durant l'année écoulée (Stvilia et al. 2003). La majorité de ces victimes ont moins de 18 ans, ce qui permet d'établir que le jeune âge constitue un facteur de vulnérabilité.

Troubles psychiques

Prostitution et mental health/illness: 3 articles sélectionnés dans sociological abstracts et 108 articles sélectionnés dans medline.

Les recherches effectuées en particulier sur les troubles psychiques des travailleuses du sexe reflètent souvent la difficulté des chercheurs à se détacher d'une posture idéologique dans un domaine d'étude si fortement émotionnel et idéologisé. Ainsi, des auteurs adoptent une approche explicitement abolitionniste, dénonçant le caractère fondamentalement humiliant du travail du sexe (cf. notamment Farley et al. 1998), alors que d'autres se montreront réglementaristes, en insistant sur l'effet de facteurs externes au travail du sexe, sur lesquels il faudrait agir pour mettre fin aux violences et abus (cf. notamment Vanwesenbeeck 2005).

Encadré 3 – Réglementarisme, abolitionnisme ou prohibitionnisme ?

Ces termes se réfèrent aux trois courants politiques et idéologiques majeurs concernant la prostitution et sa régulation. Le réglementarisme se développe dès le 18^{ème} siècle, dans un contexte d'Etat libéral, "régulateur". Face au risque sanitaire et moral, l'Etat se doit de surveiller et contrôler l'exercice de la prostitution, tout en adoptant une attitude de tolérance envers ce phénomène, propre à l'économie libérale. Ainsi, la prostitution sera, au cours du 18^{ème} et 19^{ème} siècle, cantonnée au sein des maisons closes, loin du regard du public, et soumise à un traitement particulier du point de vue sanitaire et juridique (Corbin 1978).

Dès le 19^{ème} siècle, la pensée dite abolitionniste s'oppose à la régulation de type réglementariste, invoquant le statut stigmatisant dans lequel cette régulation enferme les femmes prostituées. La prostitution est alors perçue comme le symbole de l'oppression des femmes, et associée à une forme d'esclavage, qui ne peut en aucun cas être tolérée et institutionnalisée par l'Etat.

Si une partie des abolitionnistes vise uniquement l'abandon du système réglementariste, et promeut la liberté des prostituées, un courant plus radical de type évangéliste va jusqu'à souhaiter l'éradication totale de la prostitution. Cette perspective, appelée prohibitionnisme,

¹¹ Il s'agit ici de statistiques produites par un centre de santé et non pas de résultats d'une étude scientifique. La taille de l'échantillon est inconnue.

est ici associée à une forme radicale de l'abolitionnisme, mais elle peut également être définie comme une troisième forme de régulation.

Actuellement, les positions continuent de s'organiser autour de ces deux pôles idéologiques majeurs (réglementarisme versus abolitionnisme), notamment au sein de la pensée féministe. Celle-ci se divise en effet entre un courant radical, œuvrant pour l'éradication de la prostitution, et un courant libertaire, qui reconnaît dans la prostitution une forme de travail comme un autre, qui offrirait une autonomie potentielle aux femmes qui l'exercent.

Dans le premier cas, certains auteurs vont jusqu'à expliquer l'entrée dans la prostitution par des facteurs pathologiques prédisposants tels qu'un milieu familial carencé, la frustration affective infantile, la frustration sexuelle, un milieu socio-économique peu favorisé ou encore des abus notamment sexuels subis durant l'enfance ou adolescence (Ouvrard 2000, Poulin 2005, Trinquart 2002¹²). Cette vision pathologisante et psychologisante peut également servir à expliquer les effets négatifs de la prostitution. Ainsi, pour certains auteurs tels que Farley et al. (1998) la nature même du travail du sexe possède une composante traumatisante et humiliante pour les femmes qui l'exercent, expliquant les taux de prévalence élevés de syndrome de stress post-traumatique (deux tiers de l'échantillon) parmi les femmes travailleuses du sexe, indépendamment du pays étudié (Afrique du Sud, Thaïlande, Turquie, USA et Zambie). Dans le deuxième cas, les études insistent sur des facteurs contextuels externes à la nature de l'activité prostitutionnelle mais qui lui sont fréquemment associés, tels que la consommation de drogue ou l'expérience de la violence physique, psychique et sexuelle (Vanwesenbeeck 2005).

Ayant mentionné ce dilemme dans l'évaluation de nos sources et ne pouvant dans le cadre de ce rapport évaluer la validité scientifique des sources présentées, nous nous remettons à ce sujet aux bases de données que nous avons utilisées, censées sélectionner des articles soumis à un comité de lecture.

¹² Notons que ces textes ne font pas partie des ouvrages recensés dans notre sélection, mais nous les mentionnons à titre illustratif pour notre propos, car il s'agit de textes connus illustrant la perspective pathologisante liée à la prostitution (soit pour expliquer l'entrée d'une personne dans la prostitution, soit pour expliquer les troubles causés par cette activité).

Prévalence des troubles psychiques

Dans une étude sur le syndrome de stress post-traumatique¹³ (Roxburgh et al. 2006), basée sur des entretiens face-à-face avec 72 travailleuses du sexe « indoor » en Australie, les auteurs relèvent un tiers d'interviewées présentant des symptômes actuels de PTSD, soit un taux dix fois plus élevé que dans la population générale. L'analyse descriptive des données a révélé que 87% des femmes présentaient des symptômes de dépression, et 42% d'entre elles avaient déjà entrepris une tentative de suicide. La presque totalité de l'échantillon (99%) a mentionné au moins un événement traumatisant dans le passé.

Une étude réalisée en Israël auprès de 55 travailleuses du sexe « indoor », pour la majorité migrantes et en situation illégale (Cwikel et al. 2003), s'est intéressée aux facteurs se situant à l'origine du risque professionnel (« occupational risk »), mesuré sur une échelle de sept points. La description des caractéristiques de l'échantillon a démontré que 41% des femmes avaient déjà eu des idées suicidaires, tandis que 18,5% d'entre elles avaient fait au moins une tentative de suicide.

Une étude récente de Vanwesenbeeck (2005) a été consacrée à la prévalence du « burnout » chez les travailleuses du sexe « indoor ». Le « burnout » se retrouve en effet plus fréquemment dans les professions exigeant un contact étroit avec d'autres personnes, et pour l'exercice desquelles la principale ressource est la personnalité du/de la travailleur/se, conditions qui caractérisent toutes deux l'activité prostitutionnelle. Cette étude considère les trois principales dimensions de ce trouble psychologique : l'épuisement émotionnel, l'indifférence/le cynisme, et le doute quant à ses compétences personnelles. L'objectif de cette étude, portant sur un échantillon de 96 travailleuses du sexe, était, dans un premier temps, de comparer le taux de burnout parmi les travailleuses du sexe avec celui de deux populations témoins, l'une composée de travailleurs dans le domaine de la santé et l'autre de patients suivis psychologiquement pour des problèmes professionnels issus d'autres secteurs économiques. Dans un deuxième temps, les auteurs ont exploré les facteurs contextuels pouvant être à l'origine du « burnout » des travailleuses du sexe. Les résultats de cette étude indiquent que les travailleuses du sexe présentent un épuisement émotionnel

¹³ Le syndrome de stress post-traumatique ou PTSD se développe en réponse à l'exposition à un « stress traumatique extrême, lors de l'expérience directe et personnelle d'un événement [...] ou lors de l'expérience d'un événement en tant que témoin ». Les symptômes peuvent prendre des formes diverses : difficulté à évoquer l'expérience traumatique, anxiété persistante et hyperexcitation, etc. Un diagnostic de PTSD est établi si ces symptômes persistent durant plus d'un mois et que qu'ils causent un trouble clinique significatif ou une détérioration du fonctionnement. (American Psychiatric Association 2000).

et un sentiment de compétence personnel semblables aux personnes travaillant dans le secteur de la santé, et clairement inférieurs au groupe des patients. Le taux d'indifférence et cynisme des travailleuses du sexe s'apparente par contre à celui des patients traités pour problèmes professionnels, et est supérieur au taux rencontré dans le groupe des travailleurs de la santé. On peut donc en conclure que les travailleuses du sexe ne présentent pas de taux anormaux en ce qui concerne les deux premières dimensions du « burnout » (épuisement émotionnel et sentiment de compétences personnelles), mais se distinguent par contre par un degré élevé d'indifférence et de cynisme dans leur activité professionnelle.

Principales causes des troubles psychiques

L'étude de Roxburgh et al. (2006) portant sur 72 travailleuses du sexe « indoor » en Australie indique que le PTSD peut se développer lorsque d'autres facteurs favorisant se conjuguent à la pratique prostitutionnelle. Ces facteurs sont le vécu traumatique durant l'enfance, les troubles mentaux, l'instabilité familiale et l'abus de substances. Or, il s'agit, selon ces auteurs, de troubles et problèmes souvent représentés dans la population des travailleuses du sexe, suggérant d'après ces mêmes auteurs une prédisposition de ces dernières au PTSD. Leur analyse révèle que 82% de l'échantillon était dépendant à l'héroïne, et un tiers à la cocaïne, confirmant un taux de prévalence élevé de consommation de drogue parmi les travailleuses du sexe. Pourtant, en comparant le groupe de femmes présentant des symptômes actuels de PTSD avec celui des femmes n'ayant pas développé ce trouble, les auteurs constatent que les caractéristiques sociodémographiques, la consommation de drogues ainsi que l'âge d'entrée dans la prostitution sont similaires dans les deux groupes. Ceux-ci se différencient uniquement par le nombre et la nature des traumatismes vécus dans le passé, ce qui permet de conclure que l'expérience répétée de traumatismes est un facteur prédéterminant dans le développement du PTSD.

L'étude de Cwikel et al. (2003) en observant les corrélations entre les différentes variables (n=55), établit un lien entre les symptômes de PTSD et les traumatismes présents et passés, la dépression et une mauvaise santé auto-évaluée. Par ailleurs, la consommation de drogue, les violences physiques et sexuelles avant 18 ans et les tentatives de suicides passées sont corrélées à un risque professionnel plus élevé. Si le statut illégal n'est pas corrélé à une plus mauvaise santé psychique (dépression, PTSD, etc.), il entraîne toutefois une plus mauvaise santé somatique, en raison du manque d'accès aux soins à travers le système d'assurances de santé.

Le stigmatisme social et ses répercussions sur l'expérience quotidienne des travailleuses du sexe constituent, pour d'autres auteurs, la cause principale des troubles de santé mentale dont souffre cette population (El-Bassel et al. 1997). Ainsi, dans une étude comparant un échantillon de femmes travailleuses du sexe (n= 176) avec un échantillon de femmes n'exerçant pas cette activité (n= 130), et après avoir annulé l'effet de toutes les autres variables (âge, origine ethnique, grossesse, risque de VIH perçu, viol, consommation de crack et d'alcool), ces auteurs trouvent un taux plus élevé de souffrance psychologique (selon les critères actuels de la psychiatrie) dans le groupe des travailleuses du sexe. Chimienti (à paraître), dans une étude sur les travailleuses du sexe dans trois milieux (cabarets, bars et salons de massage ; n=55) en Suisse attribue à la stigmatisation du travail du sexe ainsi qu'à la précarité économique et légale l'atteinte du bien-être psychique des travailleuses du sexe, en soulignant la solitude importante ressentie par les travailleuses du sexe, leur difficulté à maintenir une vie de couple, ainsi qu'un risque de « burnout ». A ce propos, Sanders (2004) rappelle que si les travailleuses du sexe peuvent développer des stratégies pour faire face aux risques physiques, représentés par les maladies et la violence, les risques émotionnels, eux, sont beaucoup plus difficile à éviter.

Enfin, parmi les facteurs explicatifs du « burnout », Vanwesenbeeck (2005) souligne l'influence des facteurs contextuels, tels que le manque d'autonomie au travail, le manque de soutien au travail, et les expériences de réactions sociales négatives découlant du stigmatisme de la prostitution. Les caractéristiques concrètes du travail du sexe, telles que le nombre d'heures travaillées ou le lieu de travail ont par contre une très faible influence sur les problèmes de « burnout ». Les auteurs en concluent d'une part que les travailleuses du sexe ne constituent par une population particulièrement victime du « burnout », et d'autre part, que l'explication des troubles psychologiques ne réside pas dans la nature du travail du sexe, mais bien dans des facteurs contextuels sur lesquels il est possible d'agir. Ainsi, les auteurs recommandent un cadre réglementariste pour le travail du sexe, avec des politiques publiques luttant contre la violence et l'exploitation, ainsi que favorisant le soutien institutionnel aux travailleuses du sexe.

Synthèse

Cette analyse détaillée des différents problèmes de santé pouvant affecter les travailleuses du sexe a permis de mettre en évidence les principaux facteurs de vulnérabilité à l'origine de ces problèmes, qu'ils soient de nature sociale, épidémiologique, juridique ou économique.

Ainsi, les nombreuses études sur le VIH, et plus généralement les Infections Sexuellement Transmissibles nous révèlent que la consommation

de drogues par intraveineuse, la condition migrante, les difficultés financières et des infections préalables aux IST sont des facteurs favorisant l'infection au VIH. Ces facteurs à risque le sont toutefois pour des raisons bien différentes: une travailleuse du sexe UDI sera vulnérable en raison de la haute probabilité de transmission du VIH lors des échanges de seringues, alors que la vulnérabilité de la prostituée migrante vient de sa situation souvent illégale, rendant coûteux, voire impossible l'accès à l'information et aux soins de santé. De manière générale, les auteurs relèvent, à l'unanimité, la capacité de négociation ainsi que l'autonomie dans le cadre du travail comme facteurs bénéfiques face au risque du VIH et des IST.

Les violences subies par les travailleuses du sexe ont moins souvent fait l'objet d'études scientifiques que le VIH et les IST. Par ailleurs, la plupart de ces études s'est intéressé aux violences physiques infligées aux femmes travaillant dans la rue, négligeant ainsi les autres formes de violence (psychologique, exploitation) et les lieux "indoor" du marché du sexe. Plusieurs facteurs de risque ont pu être relevés par les auteurs de ces études, tels que ne pas savoir (par manque d'expérience) ou ne pas pouvoir (par besoin urgent d'argent) sélectionner les clients. La dépendance aux drogues constitue à ce titre également un facteur de risque, puisque la travailleuse du sexe se voit dans l'urgence d'obtenir sa dose et ne peut donc pas refuser de client "douteux". Le lieu de rencontre, s'il est inhabituel pour la prostituée, constitue également un facteur de risque face aux violences. Enfin, les études démontrent l'influence néfaste d'un cadre juridique abolitionniste en ce qui concerne les violences contre des travailleuses du sexe : celles-ci se retrouvent en effet dans l'impossibilité de porter plainte en cas d'agression, et subissent également fréquemment des abus de la part des forces de l'ordre.

Les études relatives aux problèmes de santé psychique rencontrés par les travailleuses du sexe semblent souvent imprégnées d'éléments de type idéologique, soit réglemmentariste, soit abolitionniste. Ainsi, certains auteurs invoquent la nature "intrinsèquement humiliante" de l'activité prostitutionnelle comme facteur déterminant dans le développement d'un syndrome de stress post-traumatique. D'autres auteurs, au contraire, soulignent l'importance de facteurs contextuels pour expliquer les troubles psychiques, tels que la consommation de drogue, l'expérience du stigmatisme ou le manque d'autonomie au travail. Si l'état des recherches actuel ne permet pas de quantifier les troubles psychiques dont souffrent les travailleuses du sexe, ni de trancher véritablement entre les différentes causes invoquées par les chercheurs, on peut toutefois affirmer que les travailleuses du sexe, de par le contexte dans lequel elles exercent leur activité et le stigmatisme social qui pèse sur elles, représentent une population particulièrement vulnérable aux

troubles psychiques, et par conséquent une population-cible pour les projets de prévention et soutien psychologique.

Actions pour la santé des travailleuses du sexe

Prostitution et prévention : 43 articles sélectionnés (sociological abstracts et social services abstracts).

Rapports¹⁴ :

- *Skills, Training and good practice tools*, Tampep, 2007.
- *Tampep: Final report n°6*, 2004.
- *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*, World Health Organisation (WHO), 2005.
- *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for policy and law reform*, The World Bank, 2007.
- *Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*, Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN)¹⁵, 2005.
- *Making Sex Work Safe*, Network of Sex Work Project (NSWP), 1999.

La prévention et la promotion de la santé s'effectuent à différents niveaux :

- *Stratégies individuelles* : les travailleuses du sexe, à partir de leur expérience propre et des savoirs transmis par des collègues plus

¹⁴ Les rapports de Tampep, NSWP et CEEHRN ont été consultés, car il s'agit des principales organisations internationales actives dans la promotion de la santé et la défense des droits des travailleuses du sexe en Europe. Nous avons également pris en compte les publications de l'OMS et de la Banque Mondiale dans ce domaine, en tant que ces organisations représentent particulièrement bien le discours « légitime » en matière de santé et développement social aux yeux des gouvernements.

¹⁵ Le « Central an Eastern European Harm Reduction Network » est un réseau régional, qui se donne pour mission de soutenir, développer et défendre les approches de réduction des risques dans le domaine de la drogue, du VIH/SIDA, de la santé publique et de l'exclusion sociale, en suivant des principes d'humanisme, de tolérance, de partenariat et de respect pour les droits humains et les libertés. Fondé en 1997, ce réseau comprend aujourd'hui plus de 250 individus et organisations issus de 25 pays de l'Europe centrale et de l'est et de l'Asie centrale.

expérimentées, créent et mettent en œuvre des stratégies et mesures de protection contre les risques de santé.

- *Actions collectives* : la prévention et promotion de la santé peuvent s'opérer également par le biais d'actions collectives menées au travers d'associations de soutien et de défense d'intérêt des travailleuses du sexe, nées de l'initiative des principales concernées ou de travailleurs sociaux (ou des deux). Ces actions présentes dans de nombreux pays, agissent au niveau local, parfois avec le soutien des autorités publiques, pour promouvoir la santé des travailleuses du sexe et, plus généralement, de meilleures conditions de travail et un plus grand respect des droits humains des travailleuses du sexe. Ces projets associatifs s'inscrivent de plus en plus dans une logique participative, d'auto-organisation et d'empowerment, les projets « bottom up » ayant démontré leur plus grande efficacité.
- Enfin, les *politiques publiques et les cadres législatifs* propres à la prostitution ont un rôle important à jouer pour la promotion de la santé. Elles peuvent être à l'origine d'actions procédant dans ce cas selon une logique « top down » ou assurer la durabilité d'actions lancées par des associations par le biais de leur financement (et procéder ainsi selon une logique « bottom up ») ou encore garantir la dissémination des bonnes pratiques à d'autres contextes, ainsi que la mise en réseau des différents acteurs concernés en vue de la résolution de problèmes.

Encadré 4– Bottom up ou top down? Bottom up et top down!

L'instauration de projets « bottom up » s'inscrit directement dans la ligne de pensée promouvant l'auto-organisation et l'empowerment. Les défenseurs de cette approche relèvent la plus grande efficacité de ce type de projet, de par la prise en compte de la réalité concrète et particulière à chaque contexte et des priorités des personnes directement concernées.

Dans les pays prohibitionnistes, seuls de tels projets peuvent voir le jour, les politiques publiques officielles n'étant pas envisageables. Par ailleurs, ces petits projets mis en place « par le bas » sont souvent moins coûteux que des projets de grande envergure. Des critiques ont cependant également été émises à propos de ce type d'approche, tournant principalement autour du risque de désinvestissement de l'Etat et de la délégitimation des tâches publiques au secteur associatif. L'Etat se garderait ainsi d'intervenir en faveur de populations « marginales », réservant son intervention uniquement en cas de risque pour la population générale. Par ailleurs, derrière un discours préconisant la participation et la responsabilisation individuelle en matière de santé, discours notamment présent dans la Charte d'Ottawa de 1986, certains voient une tendance de l'Etat à se déresponsabiliser, avec pour conséquence le risque de délaisser son rôle régulateur des inégalités (Nettleton 1995, Kühn 1999). En miroir, les politiques instaurées « top down » souffrent d'un déficit de légitimité, de par la non consultation des personnes concernées, ainsi que d'un décalage avec les contextes particuliers de mise en œuvre, de par leur volonté souvent universaliste.

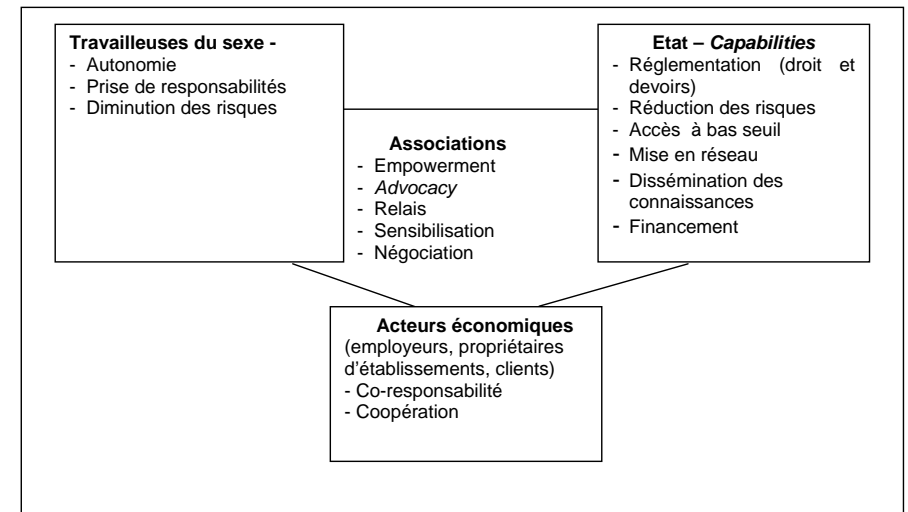
Toutefois, elles permettent de mettre en œuvre le principe d'égalité de traitement qui fonde l'Etat social.

Dans une société du risque (Beck 2004 [1994]), complexe mais soucieuse de mesures efficaces pour le plus grand nombre, cette opposition tend à disparaître, les approches devant se corrélées : l'Etat modérateur ou réflexif, ne pouvant agir seul, recherche des solutions par la mise en réseau. Ainsi, les sphères d'action se multiplient faisant perdre à l'Etat sa centralité.

Ce chapitre concerne en premier lieu les projets associatifs en se concentrant sur les mesures clés et les barrières principales à la mise en œuvre des mesures. Mais, nous donnerons également un aperçu des stratégies individuelles relevées dans la littérature, ainsi que des politiques publiques qui nous informent des facteurs qui facilitent le maintien en santé.

Il sera structuré autour des différentes bonnes pratiques en la matière relevées par les auteurs. On trouve dans la littérature un consensus quant aux éléments clés que doivent recouvrir une action promotrice de santé que l'on peut schématiquement représenter de la manière suivante (cf. figure 1).

Figure 1 - Les acteurs/éléments clés de la prévention/promotion de la santé selon le triangle du bien-être de Evers (Evers 1990)



Retenons pour l'instant de cette figure qu'une bonne pratique doit favoriser la mise en réseau des acteurs concernés (étatiques, associatifs,

économiques et travailleuses du sexe) dont l'implication dépend la mise en œuvre optimale d'une action. Cette mise en réseau doit être encouragée par l'Etat (par un système de droits et devoirs) et relayée par les associations auprès des autres acteurs.

- L'Etat pour favoriser l'empowerment d'une population « vulnérable » adopte une politique peu moralisante visant d'une part à rendre capable les travailleuses du sexe et d'autre part à diminuer les risques (accès à bas seuil).
- Les associations ont un rôle de relais entre les différents acteurs. D'une part, leur rôle d'advocacy consiste à argumenter en faveur de des droits et besoins des travailleuses du sexe, par conséquent à faire entendre la voix d'acteurs faibles auprès des pouvoirs publics. D'autre part, elles ont un rôle de négociation et de sensibilisation des acteurs économiques. Enfin, elles ont un rôle d'information et d'empowerment auprès des travailleuses du sexe, en augmentant le pouvoir personnel, interpersonnel et politique de manière à ce que les individus puissent agir pour l'amélioration de leur situation de vie.
- Les acteurs économiques, ainsi que les travailleuses du sexe doivent collaborer aux mesures selon le principe de droits et devoirs.

Le troisième volet de ce projet devrait nous éclairer sur les bonnes pratiques développées en Suisse à ces égards, ainsi que les principales difficultés. Observons pour l'heure à la lumière de la littérature et de l'exemple de différents projets à l'étranger de quelle manière ces éléments clés sont mis en œuvre, quelles sont les barrières et les succès rencontrés.

Les stratégies individuelles

Les notions de risque en général, et de risque de santé en particulier sont culturellement et socialement définies (Good 1994). Afin de comprendre les stratégies individuelles mises en œuvre par les travailleuses du sexe pour faire face aux risques de santé dans le quotidien de leur activité, il importe donc de comprendre comment et pourquoi la perception et la hiérarchisation des risques varie en fonction des groupes étudiés. Par ailleurs, les projets se doivent d'agir en fonction des priorités ressenties par les travailleuses du sexe, d'où l'importance de donner la parole à ces dernières pour exprimer ces priorités. A titre d'exemple, renforcer les normes de protection de la santé au travail peut avoir du sens pour des travailleuses du sexe exerçant dans le marché du sexe formel et légal, mais semblerait un but totalement irréaliste aux yeux de travailleuses du sexe toxicomanes et en situation illégale, qui vendraient leurs services sexuels dans un but de survie (NSWP 2003).

Sanders (2004), dans une étude ethnographique auprès de la population de travailleuses du sexe indoor d'une grande ville britannique (n=55), observe que les risques pour la santé physique (IST, VIH) ne sont pas considérés comme un danger important par les travailleuses du sexe, car celles-ci ont un fort sentiment de maîtrise sur le déroulement de la passe et se sentent aptes à imposer l'usage du préservatifs aux éventuels clients réticents. Selon les propres dires des travailleuses du sexe interrogées, l'environnement "indoor" attirerait en général des clients plus coopérants. Le risque de violence physique par contre, s'il n'est pas le plus redouté par les travailleuses du sexe, constitue cependant un danger plus imminent que les infections sexuellement transmissibles. Seize des cinquante-cinq femmes interrogées par Sanders relatent en effet un événement violent avec un client (agression, viol, intimidation, etc.). Par ailleurs, les nombreuses stratégies et mesures de protection décrites par les travailleuses du sexe laissent entendre que toutes ont conscience de la présence de ce type de danger dans leur quotidien. Les principales mesures de protection consistent :

- à sélectionner les clients sur des critères définis lors d'expériences négatives antérieures ;
- à solliciter la protection d'un garde du corps ;
- à exiger le paiement à l'avance ;
- ou à affirmer au client qu'une tierce personne (souvent fictive) se trouve dans un endroit proche, prête à intervenir en cas de besoin.

Une étude récente sur les violences au sein du marché du sexe à Genève (Földhâzi et Chimienti 2006) a également recensé les différentes ressources et tactiques de protection des travailleuses du sexe face aux risques de violence, en fonction de leur lieu de travail (rue, salon de massage, bar à champagne ou cabaret). Parmi ces stratégies, les auteurs, rapportent :

- Rue et salons de massage : sélectionner le lieu et les clients (habits propres, pas sous effet de substances, etc.), et travailler la journée. Privilégier des postures de face durant les rapports sexuels. Négocier clairement les termes de l'échange avant la passe. Parler fort et avec assurance si le client se montre agressif. Faire appel aux collègues en cas de besoin.
- Bars à champagne et cabarets : sélectionner le lieu de travail. Eviter d'ingérer de l'alcool en trop grande quantité (renverser son verre discrètement pour ne pas alerter le client ni le patron de l'établissement).

Dans la recherche menée par Sanders (2004), si le risque de violence de la part des clients représente un risque certain aux yeux des travailleuses du sexe, il n'est de loin pas le plus redouté. Celles-ci craignent en effet

particulièrement les risques émotionnels liés à l'exercice de la prostitution, tels que le risque d'être « découverte » par des proches ignorant leur activité, ou le risque de ne pouvoir séparer sa vie privée et le sexe pour le plaisir de sa vie professionnelle, où le sexe est un outil de travail. Ces risques émotionnels, comme le rappelle Sanders, peuvent avoir de graves conséquences sur la santé mentale des travailleuses du sexe, et représentent aux yeux de ces dernières un danger d'autant plus grand qu'elles possèdent peu de moyens de protection à leur rencontre. Contre la confusion possible entre vie privée et vie professionnelle, les travailleuses du sexe établissent des démarcations physiques et symboliques, telles que le refus de certaines pratiques avec les clients (par exemple le baiser sur la bouche), et le fait de ne pas s'impliquer émotionnellement avec ces derniers. Certaines travailleuses du sexe cependant, ne parviennent pas à créer ces frontières, et finissent par renoncer à toute relation affective/amoureuse tant qu'elles exercent un métier du sexe. La peur d'être « découverte » représente également une préoccupation constante pour les femmes travailleuses du sexe (parmi les 55 femmes de l'échantillon, trois seulement ont dévoilé leur activité à leurs proches). Sanders observe qu'en raison de la faible maîtrise de ce risque, des rares mesures de protection existantes et des graves conséquences en découlant si le risque venait à se concrétiser, la peur d'être découverte représente une dépense d'énergie beaucoup plus importante que les autres risques dans le quotidien des travailleuses du sexe. Une telle étude montre l'importance de définir, pour chaque population particulière, la perception et hiérarchisation des risques par celle-ci, afin de mettre en place des actions et mesures adaptées. S'agissant de travailleuses du sexe « indoor » possédant une grande marge de manœuvre dans la protection contre les IST et un contact régulier avec des programmes de prévention, la gestion du stigmata de prostituée apparaît comme prioritaire.

Dans un tout autre contexte, Williamson et Folaron (2001) mettent en évidence les stratégies de survie face à la violence des clients dans un groupe de travailleuses du sexe dépendantes au crack et exerçant la prostitution dans la rue aux États-Unis. Ce groupe cumule les facteurs de vulnérabilité, de par leur lieu d'exercice (la rue), le contexte législatif prohibitionniste en vigueur aux États-Unis (empêchant de porter plainte en cas de violence), ainsi que la toxicodépendance au crack. On ressent donc, dans les discours recueillis, un sentiment de contrôle sur son activité beaucoup plus faible que chez les travailleuses du sexe « indoor » interrogées par Sanders (2004) en Angleterre, dans un pays où, nous le rappelons, la prostitution est légale.

- La première stratégie invoquée dans l'étude de Williamson et Folaron (2001) est la confiance en son intuition. Si la travailleuse du sexe se sent mal-à-l'aise face à son client, elle doit absolument fuir.

- La deuxième stratégie consiste à explorer l'environnement (voiture, lieu de la passe) afin de détecter tout danger potentiel (arme, présence de tiers, etc.). Les travailleuses du sexe font également circuler entre elles l'information sur les clients violents, afin de prévenir de nouvelles agressions. Recevoir des clients réguliers, et dans des lieux familiers représentent également une protection contre les violences.
- Enfin, la foi en Dieu et la prière ont aussi été mentionnées parmi les stratégies de survie de ce groupe de travailleuses du sexe.
- Si la violence survient malgré tout, il ne reste que la fuite.

Ces deux dernières réactions illustrent bien combien les moyens de se prémunir des risques sont faibles. De manière générale, les travailleuses du sexe interrogées évoquent un risque omniprésent, le contrôle et le sentiment de sécurité n'étant jamais atteints. Cependant, les diverses stratégies décrites précédemment permettent de diminuer la probabilité de la violence, du moins selon le discours et l'expérience des principales concernées.

En bref, nous retenons que les stratégies individuelles de maintien en santé sont aux dires des travailleuses du sexe plus importantes à l'égard des IST, alors qu'elles décroissent par rapport à la prévention des violences et s'avèrent minimales quant aux troubles psychiques.

Les actions collectives d'auto-support...

Nous avons divisé plus haut les actions collectives en mobilisation des acteurs concernés d'une part et en association de travailleurs sociaux d'autre part. Il semble que dans le domaine du marché du sexe, seules des situations extrêmes poussent les personnes concernées à s'auto-organiser comme le montrent en autres Mathieu (2001) et Amaouche (2006) pour le cas français. L'hétérogénéité des profils qui prévaut dans la population des travailleuses du sexe, la concurrence, le manque de temps et la situation précaire représentent autant de barrières à l'identité de groupe, à la solidarité, ainsi qu'à la mobilisation collective. Ainsi, les quelques mobilisations connues ont été dès le départ relayées et soutenues par des professionnels du social ou d'autres secteurs extérieur à celui du marché du sexe.

Cette carence de mobilisation pose deux questions majeures : premièrement, elle interroge sur la capacité des associations à mobiliser une certaine solidarité de groupe auprès de cette population ; deuxièmement, elle

interroge sur la nécessité même d'investir dans la mobilisation de groupe¹⁶. En l'absence de contre-pouvoir organisé par les personnes directement concernées, les associations jouent un rôle d'autant plus crucial.

...et associatives

Il existe comme nous l'avons relevé plus haut un certain consensus¹⁷ autour des « bonnes pratiques » garantissant l'efficacité et la viabilité des projets de prévention et promotion de la santé dans le marché du sexe, dans une perspective éthique de respect des droits humains:

- Adopter une démarche holiste, prenant en compte *tous les aspects sociaux, économiques, juridiques* du problème (et non uniquement le VIH), ainsi que *tous les acteurs/groupes* concernés (et non uniquement les travailleuses du sexe).
- Adopter une attitude de *non-jugement* et de respect total de la *confidentialité* et de l'anonymat vis-à-vis des travailleuses du sexe
- Appliquer une démarche *participative*, incluant les travailleuses du sexe et les autres groupes concernés (clients, employeurs, etc.) dans les différentes étapes du projet. Respecter et prendre en compte les opinions, expériences, connaissances et priorités des groupes cibles. Reconnaître les compétences des travailleuses du sexe et leur professionnalisme.
- Promouvoir le développement de *compétences individuelles* (empowerment, connaissances juridiques, etc.) et *interpersonnelles* (leadership, advocacy, négociation) parmi les travailleuses du sexe.
- *Adapter les projets au contexte local*, en réalisant à priori un diagnostic de la situation (législation, contexte socio-culturel, acteurs-clés, priorités, etc.). Mettre en place des projets

¹⁶ On peut cependant se demander si cette carence n'est pas aussi due à un effet d'optique résultant d'une absence d'études sur la question.

¹⁷ Les différences de points de vue étant minimes, voire inexistantes, entre les différents rapports analysés, nous avons choisi de recenser les bonnes pratiques sans distinguer la source ou l'auteur.

flexibles, pouvant s'adapter aux changements rapides dans l'environnement du marché du sexe.

- Donner la priorité aux *éducatrices-pairs et médiatrices culturelles* dans le travail de prévention sur le terrain. De manière générale, garantir la capacité des groupes cibles à accéder au programme.
- Ne pas limiter les actions au niveau individuel, mais *agir sur les structures et les institutions* (police, établissements du marché du sexe, cliniques médicales), afin de ne pas faire reposer la responsabilité de la promotion de la santé sur les seules travailleuses du sexe.

Ces pratiques sont suffisamment générales pour ne pas engendrer d'oppositions, mais dès lors aussi trop vagues pour être réellement utiles concrètement. Voyons maintenant de quelle manière elles ont été mises en œuvre à la lumière des projets pris en considération.

Nous considérons quatre éléments identifiés comme constitutifs de bonnes pratiques en ce qui concerne les associations, à savoir l'empowerment, l'accès à bas seuil, le travail en réseau et le soutien à l'advocacy.¹⁸

L'empowerment au-delà du VIH

Les projets de promotion de la santé peuvent être classés en deux catégories principales : d'une part, les projets « éducatifs », d'autre part, les projets « habilitants »¹⁹ (NSWP 2003). Les premiers visent à informer sur les conditions et les méthodes de promotion de la santé (brochures, conseils, etc.). Les deuxièmes, en permettant aux groupes vulnérables d'acquérir plus de contrôle sur leur propre vie (accès facilité aux soins, préservatifs gratuits, collaboration avec la police, etc.), rendent possible la mise en pratique de conseils et informations transmis lors des projets éducatifs. L'empowerment constitue bien entendu le principe-clé de ce deuxième type de projet.

¹⁸ Le terme advocacy se réfère aux actions entreprises dans le but de faire entendre son opinion et de défendre ses propres droits. Ce type de démarche est particulièrement difficile à entreprendre par des personnes en situation marginale, d'où la nécessité, parfois, de recevoir un soutien externe.

¹⁹ L'« habilitation », ou empowerment, ne se fait pas uniquement au niveau des projets. Ce processus doit également être favorisé par les autorités publiques, notamment grâce à la décriminalisation de la prostitution et la garantie des droits civils des travailleuses du sexe. A ce sujet, voir le chapitre suivant.

Education et habilitation ne sont évidemment pas mutuellement exclusives, et se confondent bien souvent dans un même projet. Cependant, les auteurs du rapport NSWP (NSWP 2003) soulignent que l'information et l'éducation restent sans effet sans un processus d'habilitation. Malheureusement, les projets visant à l'empowerment trouvent plus difficilement des financements, en raison de leur nature souvent jugée immorale, car « encourageant » ou « facilitant » la prostitution.

L'Asie du sud-est et l'Inde ont vu, au cours des dernières années, une progression rapide du VIH parmi la population. Selon les experts, l'épidémie en Inde peut être expliquée en grande partie par la fréquentation de travailleuses du sexe par des hommes célibataires et mariés dans les zones urbaines, qui deviennent ensuite des vecteurs de l'infection dans la population générale (United Nations Development Programme 2001). Le taux de prévalence VIH parmi les travailleuses du sexe est estimé à plus de 50%. La préoccupation croissante des instances internationales a mené à la mise en place de programmes de longue haleine, tel le "Sonagachi project", un projet financé par la banque mondiale et conduit dans un quartier chaud de Calcutta. Ce projet, qui a débuté en 1992, est aujourd'hui principalement soutenu par les travailleuses du sexe locales. Dans un article retraçant les principales étapes du projet et ses résultats, Pardasani (2005) érige le « Sonagachi project » en modèle d'empowerment et d'auto-organisation, applicable dans d'autres régions du monde, y compris dans les pays développés.

Le processus d'empowerment doit nécessairement se situer à la fois au niveau micro (estime de soi, sentiment de contrôle sur sa propre vie) et au niveau macro (développement d'actions collectives et augmentation du pouvoir politique). La population des travailleuses du sexe, de par la stigmatisation, la précarité et l'exclusion sociale dont elle est victime, est à la fois particulièrement atteinte par le VIH, et peu en mesure, par manque de ressources, de passer à l'action pour lutter contre ce fléau. A cette forte vulnérabilité s'ajoute un manque de confiance important dans les institutions et les dispositifs d'aide sociale, caractéristique commune aux groupes marginalisés et stigmatisés. Rappelons toutefois que le degré de précarité, de stigmatisation ou de manque de confiance varie fortement selon les contextes sociaux, culturels et législatifs. La promotion de la santé parmi les travailleuses du sexe doit donc nécessairement passer, selon Pardasani (2005), par la prise en compte et la lutte contre des aspects plus larges du travail du sexe, tels que la précarité, le stigmate et les inégalités de genre. *Le focus principal d'un programme d'action ne doit par conséquent pas être la prévention VIH et le safer sexe, mais bien l'empowerment individuel et collectif.* Comment en effet encourager à l'usage du préservatif, si les travailleuses du sexe ne peuvent négocier cet usage face au client ou à

l'employeur ? Par ailleurs, un projet ne peut porter ses fruits que si les travailleuses du sexe se sentent effectivement concernées, parce qu'elles ont participé dès le début à son élaboration et mise en place.

Le modèle d'empowerment appliqué dans le « Sonagachi project » suit les cinq étapes préconisées par Gutierrez (1990). En premier lieu, il importe de *définir le problème à partir du point de vue de la population cible*, de donner la parole aux travailleuses du sexe afin de leur permettre d'objectiver et de légitimer leurs problèmes et expériences, et d'identifier leurs besoins. Il est important que les responsables du projet prennent au sérieux les besoins exprimés, afin de (ré)instaurer la confiance avec les travailleuses du sexe. La deuxième étape consiste à identifier et renforcer les liens existants dans la communauté des travailleuses du sexe, en *promouvant la participation de chacune*, et en instaurant un *programme d'éducatrices-paires*, permettant d'instaurer une communication basée sur la confiance. Dans un troisième temps, il s'agit *d'aider la population cible à comprendre les structures de pouvoir* dans lesquelles elle évolue, afin qu'elle puisse identifier la cause de sa vulnérabilité. Cette étape doit aussi *faire prendre conscience de la nécessité d'agir collectivement* pour changer les structures en place. La quatrième étape est dédiée au *développement de compétences personnelles* (lecture/écriture, connaissance des lois) et interpersonnelles (négociation, revendication). Pour ce faire, le « Sonagachi project » a ouvert un centre socio-culturel, devenu lieu de rencontre et de formation des travailleuses du sexe. Enfin, la cinquième étape consiste à offrir des ressources concrètes à la population cible (paiement des éducatrices-paires, centre de santé, centre socio-culturel, etc.), afin de leur permettre de véritablement passer à l'action.

Les résultats d'un tel processus d'empowerment se ressentent à différents niveaux. Au niveau interpersonnel, les travailleuses du sexe acquièrent un sentiment d'appartenance au groupe et de contrôle sur leur propre vie. Le groupe quant à lui prend conscience des structures sociales, politiques et économiques dans lesquelles il se trouve inséré. Enfin, ce renforcement de la conscience collective permet au groupe d'agir à un niveau institutionnel, politique et juridique grâce à des actions de lobbying par exemple. En terme concrets de prévention VIH, le « Sonagachi project » a également eu des résultats : les taux de nouvelles infections VIH parmi les travailleuses du sexe ont diminué de 12% à 4% ; par ailleurs, le pourcentage de travailleuses du sexe utilisant des préservatifs est passé de 5% à 90% au terme du projet (Mazumdar 1999 In Pardasani 2005)²⁰.

²⁰ L'auteur ne fournit pas d'informations sur la taille de l'échantillon ni sur les méthodes de récolte des données.

Un tel modèle d'empowerment doit être envisagé en fonction des différents contextes. Le travail du sexe se définit en effet en Inde par son illégalité, ainsi que par la grande pauvreté et le faible niveau d'éducation de la population des travailleuses du sexe. Dès lors, une simple mesure d'information comporte un effet plus important que dans un pays où le niveau général de prévention est plus élevé. Ainsi les besoins en terme d'empowerment ne sont certainement pas les mêmes dans un pays avec une législation régalimentariste, et des travailleuses du sexe ayant toutes au moins accompli une scolarisation de base. On peut toutefois supposer que certaines populations de travailleuses du sexe migrantes en Europe sont tout aussi démunies en terme de pouvoir et de maîtrise sur leurs conditions de travail, de par leur statut illégal, leur niveau de scolarité souvent faible, et leur mauvaise intégration dans le pays d'accueil.

D'autres auteurs (Chan et Reidpath 2003) soulignent également l'inefficacité des programmes de prévention centrés sur l'individu, et ne prenant pas en compte les structures de pouvoir dans lesquelles ce dernier est inséré. Selon ces auteurs, la capacité d'agir n'est pas une ressource distribuée équitablement parmi la population, et une attitude responsable en matière de prévention VIH suppose une certaine capacité d'action que toutes les travailleuses du sexe ne possèdent pas. Plus une travailleuse du sexe dépend en effet de son travail pour survivre, moins elle se trouve capable de négocier l'usage du préservatif. La transmission d'information sur les "bonnes pratiques" de prévention ne suffit donc pas, il est nécessaire d'agir, pour les groupes plus vulnérables, sur les origines de cette vulnérabilité (pauvreté, violence, manque de connaissances) afin de les rendre capables d'imposer l'usage du préservatif en toute situation.

Les conditions d'un accès à bas seuil

La plate-forme TAMPEP, dans son rapport intitulé « Skills, training and good practice tools » (2007), recense les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé parmi les travailleuses du sexe. Les auteurs rappellent l'importance d'adopter une approche participative et d'empowerment, et d'agir sur les facteurs structurels qui agissent sur la vulnérabilité des travailleuses du sexe. Le soutien organisationnel, la présence d'éducateurs pairs, la promotion de l'empowerment et de la dignité sont autant de qualités essentielles d'un « bon » projet, qui ne saurait se limiter à la seule prévention du VIH. La promotion de la santé pose la question à la fois des connaissances des travailleuses du sexe à ce sujet, et de leur capacité à mettre ces connaissances en pratique (comme le soulignent également Chan et Reidpath 2003). Le niveau des connaissances est principalement déterminé par l'accès aux programmes et services de santé, et les auteurs identifient trois obstacles majeurs à cet accès : 1) certains sous-groupes dans

la prostitution ne constituent pas une cible particulière des services de santé²¹ 2) les travailleuses du sexe peuvent rejeter l'offre de services par manque de confiance 3) les travailleuses du sexe peuvent se voir refuser l'accès aux services par leur employeur. Les auteurs du rapport CEERHN (2005) ajoutent, à ce sujet, l'impossibilité, pour les travailleuses du sexe en situation illégale, d'entrer dans le système de santé publique grâce aux assurances maladies, se voyant ainsi contraintes à faire appel aux soins privés, dont le coût est totalement inaccessible pour cette population. Par ailleurs, un bon niveau de connaissances sur la prévention en matière de santé ne présuppose pas une bonne capacité d'action. Les contraintes financières peuvent limiter l'utilisation systématique du préservatif, de même que le contrôle par des tiers (employeurs) ou la dépendance à des substances.

L'un des principaux défis en matière de promotion de la santé des travailleuses du sexe réside dans la difficulté d'accès à cette population, ou tout du moins à certains sous-groupes au sein de cette population. Le marché du sexe est en effet en constante mutation, conséquence des changements législatifs, des pratiques des autorités locales, ainsi que des vagues migratoires. Le rapport Tampep 2005-2006 a ainsi montré une importance croissante de la prostitution « indoor », rendant l'accès aux travailleuses du sexe encore plus complexe. Si l'accès à la prostitution « outdoor » peut être freiné par des difficultés d'ordre pratique (lieux éloignés, parfois dangereux), la prostitution « indoor », elle, est difficilement localisable, se pratique dans les lieux les plus divers (appartements, agences d'escorts, clubs de nuit, hôtels, etc.), et l'accès est très souvent freiné par la méfiance des employeurs et des travailleuses du sexe elles-mêmes, surtout dans des contextes de répression active de la part des autorités publiques. Les moyens déployés pour accéder aux travailleuses du sexe « indoor » sont divers : des visites (spontanées ou organisées) des établissements du marché du sexe par une équipe du projet de prévention, des locaux d'accueil situés à proximité des lieux de prostitution (voire des véhicules mobiles), des forums sur internet (principalement destinés aux escorts), ou des cliniques de santé spécialement conçues pour accueillir ce type de population.

De manière générale, les auteurs des rapports Tampep (2004) et NSW (2003) évoquent les conditions suivantes comme garanties d'un accès à bas seuil :

- Le respect de l'anonymat le plus complet.

²¹ Les escorts travaillant dans des appartements privés font par exemple rarement partie du public cible des programmes de prévention, probablement en raison de la difficulté à localiser cette forme de travail du sexe.

- L'absence totale d'autorités locales (police, etc.) à l'intérieur du projet de prévention.
- Il est également recommandé d'effectuer les visites à des horaires réguliers, afin que les travailleuses du sexe puissent s'attendre à la venue des travailleurs sociaux. Ces derniers doivent veiller à ne pas gêner les travailleuses du sexe dans leur travail (en éloignant les clients par exemple);
- La formation et l'utilisation d'éducatrices-paires et de médiatrices culturelles au sein des projets se révèle aussi être un critère d'efficacité certain.
- Face aux travailleuses du sexe migrantes, les interprètes/médiatrices culturelles parlant les langues les plus représentées de la population sont en effet les seules en mesure de transmettre le contenu de l'intervention dans des termes compréhensibles.
- Quant aux éducatrices-paires, elles parviennent, de par leur expérience du travail du sexe, à faire tomber les barrières de communication liées à l'expérience du stigmatisé et de l'exclusion et à instaurer une *relation de confiance*. Le rapport NSWP (2003) souligne cependant les précautions à prendre lors de l'engagement d'éducatrices-paires : premièrement, ces dernières ne doivent pas remplacer des professionnels de la santé, dont elles n'ont pas les mêmes qualifications. Deuxièmement, les éducatrices-paires doivent jouir des mêmes conditions de travail que les autres employés du projet (salaires convenables, formation adéquate, chances de carrière, etc.). Enfin, la participation des éducatrices-paires au projet ne remplace aucunement la prise en compte de l'opinion des travailleuses du sexe en général.
- La rapidité d'accès aux services proposés.
- La facilité d'accès en terme administratifs, ainsi que le faible coût des services, voire leur gratuité.
- Les horaires d'ouverture des centres d'accueil et de soins peuvent également constituer un facteur déterminant, devant être adapté aux spécificités du travail du sexe.
- Des coûts réduits, voire la gratuité des soins.

Le travail en réseau

De manière générale, les auteurs des différents rapports préconisent le travail en réseau, à la fois entre les différents projets associatifs (prévention destinée aux travailleuses du sexe, réduction des risques liés à la drogue, etc.) et entre le réseau associatif et les autorités locales et nationales. Un projet de prévention VIH/SIDA destiné aux travailleuses du sexe devrait ainsi systématiquement travailler en collaboration avec les services de santé publique. De même, une action en faveur de la prévention de la violence devrait s'assurer le partenariat de la police. La criminalisation de la prostitution, qui caractérise la législation de nombreux pays, constitue évidemment un frein conséquent à ces formes de partenariat avec les autorités publiques.

La réussite d'un projet dépend également du spectre d'acteurs engagés et concernés par ce projet. Non seulement les travailleuses du sexe, mais également les clients, les entrepreneurs du marché du sexe, la police, ou encore les services de santé devraient être inclus dans le scénario, car tous agissent à leur manière sur le marché du sexe, et peuvent donc potentiellement influencer la santé des travailleuses du sexe. Par ailleurs, les projets recevant des financements et un soutien soit public, soit privé (soit les deux), il est important de cultiver la transparence et rendre compte de ses activités, à la fois auprès des donateurs et des travailleuses du sexe.

Enfin, si les travailleuses du sexe elles-mêmes constituent une cible privilégiée de ces programmes de prévention, les clients font plus rarement l'objet de campagnes spécifiques. Cela s'explique en partie en raison de leur relative invisibilité, mais également parce que les représentations traditionnelles de la sexualité donnent l'entière responsabilité des conséquences des rapports sexuels aux femmes (NSWP 2003). Les programmes de prévention destinés aux clients ciblent souvent des groupes particuliers, tels que les chauffeurs de camions, les soldats, les hommes participant à des congrès financiers, etc. (NSWP 2003). A Amsterdam, un projet a élaboré à des buts de sensibilisation une pièce de théâtre, jouée dans un quartier chaud. Le même projet a organisé des discussions autour d'un quizz sur le « safe sex » dans les cafés marocains et turcs.

Advocacy

Parallèlement aux différentes actions ciblées pour la promotion de la santé et la défense des droits des travailleuses du sexe, il est fondamental de convaincre les autorités publiques et la société en général de l'importance et du bien-fondé de ces projets, afin d'obtenir ou de conserver le soutien de ces dernières. Le travail d'advocacy prend toute son importance dans les régions où les travailleuses du sexe sont victimes de harcèlement de la part de la police et où la police ne prend pas au sérieux les plaintes des travailleuses du sexe (NSWP 2003). L'advocacy permet également de lutter en faveur du

respect des droits civils des travailleuses du sexe (traitement équitable par les services publics, la justice, et les institutions privés telles les banques et les assurances par exemple), droits encore bien souvent bafoués, même dans les pays réglementaristes. La revendication de ces droits peut prendre des formes diverses, de la négociation informelle à la création d'unions et d'associations professionnelles. Selon le rapport CEEHRN (2005), la plupart des projets en Europe de l'est entretiennent des relations décrites comme « neutres » avec les autorités publiques et la police en particulier. Certaines organisations se distinguent toutefois par des relations exemplaires avec les forces de l'ordre, tel le projet de réduction des risques de Potlava, Ukraine. Celui-ci a obtenu la permission de contrôler les actions et descentes de police afin de témoigner ensuite d'éventuelles violations des droits humains. La police informe ainsi à l'avance du lieu et de l'heure de leurs actions. En retour, le projet offre de former et sensibiliser les policiers sur des questions de tolérance, sur les caractéristiques du travail social avec des populations vulnérables et sur les questions psychosociales spécifiques aux travailleuses du sexe et aux personnes UDI. Les actions de lobbying de la plateforme Tampep auprès des instances politiques nationales et internationales constituent également, à un tout autre niveau, une promotion de l'advocacy. Des membres de Tampep étaient ainsi présents lors de la « Conférence européenne sur la prévention et la lutte contre le trafic d'êtres humains – Défis globaux pour le 21^{ème} siècle » à Bruxelles en 2002, et y ont présenté, face à 500 représentants de gouvernements, les recommandations de la plateforme Tampep concernant la lutte contre le trafic. Ces recommandations ont ensuite été partiellement ou complètement intégrées dans le document final officiel, confirmant l'importance de ce type de lobbying auprès des autorités publiques. En 2004 également, le coordinateur de Tampep Allemagne a été invité au parlement européen à s'exprimer au sujet de la situation des travailleuses et travailleurs du sexe en Europe. Quatre recommandations principales²², soulignant entre autres l'importance de la démarche participative ainsi que de la prise en compte des structures plus larges du marché du travail international ont ainsi été formulées.

²² Ces quatre recommandations sont : 1) Les travailleuses du sexe doivent avoir un rôle actif dans le débat et la prise de décision concernant les législations de la prostitution 2) Le débat sur le trafic doit en fait devenir un débat sur les migrations économiques et sur les droits humains fondamentaux. Les victimes du trafic ne doivent pas être considérées comme de simples sources de témoignages et d'informations 3) Les travailleuses du sexe migrantes doivent pouvoir agir de la manière la plus autonome possible tout au long de leur processus migratoire. Plus ces dernières auront de droits, moins elles seront potentiellement exploitables. 4) Les politiques publiques en matière de migration et trafic doivent viser à éviter l'exclusion sociale, la discrimination, la criminalisation ainsi que la stigmatisation.

Projets portant sur des thématiques spécifiques : prévention du VIH/IST, prévention de la violence, développement de compétences et soutien juridique

Prévention VIH/IST. L'UNICEF a établi en 2001 une liste de recommandations spécifiques concernant la prévention du VIH et des IST parmi les travailleuses du sexe (CEEHRN 2005). Au-delà des questions d'accessibilité et d'empowerment, déjà traitées plus haut, les services de prévention et de traitement des IST et du VIH doivent être gratuits, ou tout du moins à un coût accessible. Il est important de développer des services de test et de conseil à propos du VIH/IST, mais toujours sur une base volontaire. L'accès aux préservatifs, seringues et informations diverses doit être promu et garanti. Le tour d'horizon des projets en Europe de l'Est (CEEHRN 2005) a permis d'établir que la distribution de préservatifs et les services d'information et de conseil sont des constantes dans les projets de prévention. Un autre type d'action récurrente est la distribution d'aiguilles et de seringues. La population UDI est en effet beaucoup plus vulnérable en termes de santé et doit constituer une cible prioritaire. Les services offrant des conseils et test HIV/IST sont également nombreux, mais ne se font pas toujours sur une base volontaire, gratuite et anonyme, trois caractéristiques essentielles pour garantir les droits humains des travailleuses du sexe. Enfin, l'accès à un traitement pour le VIH/IST gratuit et confidentiel est fondamental, et cet accès est rarement garanti aux travailleuses du sexe. Les rapporteurs de projets en Macédoine, Roumanie, Slovaquie et Ukraine ont indiqué un manque de services personnalisés pour les travailleuses du sexe, qui collaboreraient avec les services publics de soins existants. Pour remédier à ce genre de problème, un réseau de « friendly clinics », garantissant un traitement respectueux par du personnel médical sensibilisé aux questions du travail du sexe, a été mis en place à St-Petersbourg (Russie). L'ONG « Marija », en Russie également, distribue aux travailleuses du sexe une liste des « médecins de confiance », auxquels elles peuvent recourir sans crainte des discriminations. En résumé, si les méthodes de prévention et traitement du VIH/IST doivent s'adapter au contexte spécifique du travail du sexe, ils ne peuvent s'effectuer sans une étroite collaboration avec les services de santé publique existant, qui mettront à disposition, à titre d'exemple, leur infrastructure et personnel compétent. Par ailleurs, deux populations vulnérables devraient faire l'objet d'une attention particulière : les femmes UDI et les femmes migrantes. La santé sexuelle ne se résume pas aux IST et au HIV. Pour maintenir une bonne santé sexuelle, les travailleuses du sexe doivent également être informées sur les différents types de rapports sexuels, l'avortement et la contraception, la manière de négocier avec les clients, d'obtenir des préservatifs, du lubrifiant ou des soins médicaux. L'information en matière de santé sexuelle est particulièrement importante dans les pays où ce genre d'information n'est pas largement diffusée, ainsi que dans les pays occidentaux auprès des populations migrantes.

Prévention violence. Réduire la violence est l'un des objectifs centraux pour faire de l'industrie du sexe un environnement de travail sûr et sain pour les travailleuses du sexe (NSWP 2003). De nombreux projets offrent des cours de self-défense ; certains distribuent du matériel, tels des alarmes ou des sprays au poivre. Le projet Ugly Mugs, mis en place en Grande-Bretagne, dresse une liste décrivant les clients violents (aspect physique, comportement, langue parlée, nom annoncé, etc.), à partir des expériences de violences vécues par les travailleuses du sexe. Un tel projet se révèle « habilitant » à plusieurs niveaux, comme les soulignent les auteurs du rapport NSWP (2003) : d'une part, il promeut le bien-être des travailleuses du sexe en les aidant à éviter les clients violents ; d'autre part, il renforce la communauté en incitant les travailleuses du sexe à partager leurs mauvaises expériences, à la recherche d'un intérêt commun ; enfin, ce projet fournit une base pour des activités ultérieures d'« advocacy » auprès des forces de l'ordre, dans le but d'améliorer les réponses aux violences commises contre les travailleuses du sexe. La prévention de la violence passe aussi par la mise en place et le maintien de bonnes relations avec la police. La collaboration avec la police permet à la fois de diminuer les violences commises par la police elle-même (en sensibilisant les policiers aux questions du travail du sexe par exemple), et de répondre de manière plus efficace aux crimes commis par des tiers contre les travailleuses du sexe.

Développement de compétences annexes. La grande majorité des travailleuses du sexe exercent cette activité principalement pour des raisons financières, en réponse à une situation de pauvreté (CEEHRN 2005). Le travail du sexe devient souvent la principale source de revenu de ces femmes, revenu qui permet souvent de soutenir financièrement le reste de la famille. Certains projets se sont donc donné comme objectif d'aider les travailleuses du sexe à développer d'autres compétences, afin de dépendre en moindre mesure de l'activité prostitutionnelle. Ceci est d'autant plus important que les travailleuses du sexe qui peuvent compter sur des sources de revenu annexes sont moins vulnérables aux infections HIV (Longo et Overs 1997). Ainsi, l'organisation Empower en Thaïlande possède trois centres d'accueil, dans lesquels sont offerts des cours permettant de compléter la scolarité obligatoire et d'obtenir ainsi un diplôme d'école primaire ou secondaire. Les travailleuses du sexe y ont aussi l'opportunité de réaliser des activités artistiques, telles le batik, et d'apprendre la couture et la dactylographie (NSWP 2003). D'autres activités et cours offerts dans différents projets ont été relevés dans le rapport de NSWP : Résolution de conflits, langues étrangères, gestion financière, premiers secours, massages et soins de beauté, nutrition. Ce type de projet permet, au-delà de l'acquisition de compétences annexes, de renforcer l'estime propre au niveau de l'individu et le sentiment d'appartenance à la communauté. Par ailleurs, aider les travailleuses du sexe à développer d'autres activités lucratives devient

particulièrement important dans les pays présentant un Etat social faible, voire inexistant. Certaines femmes utiliseront ces compétences pour quitter le travail du sexe, d'autres mettront à profit leurs savoirs nouveaux pour augmenter leur efficacité et leur salaire en tant que travailleuse du sexe (en apprenant, par exemple, la langue majoritairement parlée par les touristes) (NSWP 2003).

Soutien juridique. Selon l'étude de Church et al (2001) sur la violence des clients envers les travailleuses du sexe travaillant en Grande-Bretagne dans différents lieux d'exercice, il existe un décalage certain entre les violences subies par les travailleuses du sexe et les violences faisant l'objet d'une plainte auprès des autorités locales. Alors que 82% des travailleuses du sexe « outdoor » et 41% des travailleuses du sexe « indoor » affirment avoir été victimes de la violence des clients, moins de 50% des femmes travaillant « outdoor » et moins de 25% de celles travaillant « indoor » ont au moins une fois porté plainte à la police (Church et al. 2001). Du côté des projets de prévention, on trouve de nombreux projets dont le but est de prodiguer des conseils aux travailleuses du sexe pour prévenir les actes violents, mais peu de projets visant à soutenir et faciliter les démarches de plainte auprès de la police. Un de ces (rares) projets, intitulé « Remote reporting », a été mis en place par la police écossaise et offre la possibilité de porter plainte en tout anonymat, hors des postes de police, dans un lieu défini par la communauté. Un autre projet, dénommé "Victim project", met à disposition des membres de la police ou d'ONG's afin d'accompagner et de soutenir les victimes de violence tout au long de la procédure judiciaire. Ce type de projet promeut chez les travailleuses du sexe des compétences d'advocacy, en offrant à ces dernières les ressources et conditions de mener des revendications quant à leurs droits dans la sphère publique. De tels projets impliquent cependant le soutien des autorités locales et nationales, et une participation active de la police dans le projet, qui doit être sensibilisée aux questions spécifiques du travail du sexe. Dans certaines régions (notamment les pays prohibitionnistes) ou pour certaines populations (notamment les femmes migrantes et/ou UDI), la violence quotidienne exercée par les clients, la police et les souteneurs peut apparaître comme largement prioritaire au vu des questions de VIH/IST. Ce type de projet n'est pas suffisamment représenté en Europe de l'est, comme le soulignent les auteurs du rapport CEEHRN (2005). Seul un projet sur trois environ (n=39) mentionne ce type d'activité. Un exemple est l'ONG « Tais plus » à Bishkek, Kirghizistan, qui offre une assistance juridique immédiate, effectue des campagnes de sensibilisation dans les médias, et distribue du matériel informatif aux travailleuses du sexe. Cette ONG travaille par ailleurs en collaboration avec le gouvernement municipal, le département de police et les avocats et juges locaux. D'autres ONG du même type offrent également des « hotline » prodiguant des conseils juridiques, ou de l'accompagnement et de la médiation vis-à-vis des institutions officielles (CEEHRN 2005). D'autres projets organisent des

workshops et invitent des avocats locaux à y participer, ou développent une liste des « avocats de confiance », auxquels les travailleuses du sexe peuvent se référer (NSWP 2003).

Les politiques publiques et législations de la prostitution

Est-ce que la légalité de la prostitution favorise le maintien en bonne santé ? Cette question, d'apparence simple, suscite de nombreux débats. Pour d'aucuns, plus l'Etat légifère et plus il accentue les inégalités socio-économiques et enferme ainsi les personnes prostituées dans des lieux clos et un statut dégradant. Cette réglementation de la prostitution conduirait à une augmentation non seulement du nombre de migrations mais également de la traite des êtres humains.

La perspective d'un Etat modérateur, peu moralisant, proche du terrain et visant la réduction des risques s'oppose à cette compréhension du cadre légal visant la pénalisation de la prostitution. Elle présuppose au contraire que donner des moyens de se défendre aux acteurs les plus « faibles » passe notamment par la dépenalisation et le renforcement de leurs droits. Ainsi, une vision pragmatique – considérant la prostitution comme légale même si cela implique d'avaliser les inégalités socio-économique – représente encore le meilleur moyen de rendre les personnes capables d'agir. C'est selon cette perspective que nous évoquons ci-après les différentes lois sur la prostitution quant à leur effet sur le processus d'empowerment des travailleuses du sexe.

Les lois sur la prostitution individuelle.

On retrouve principalement trois cas de figure en ce qui concerne les lois nationales ou régionales sur la prostitution individuelle. Le premier est un cadre légal prohibitionniste, le deuxième un cadre légal réglementariste, et le troisième une absence de lois concernant la prostitution, créant ainsi un « vide légal » sur le sujet. Chacun de ces cas de figure influence de manière différente l'activité quotidienne des travailleuses du sexe, ainsi que leur bien-être et état de santé.

La législation **prohibitionniste**, présente aux Etats-Unis, au Moyen-Orient et dans de nombreux pays en développement, considère la prostitution comme un crime, et les travailleuses du sexe comme des criminelles. Cette criminalisation constitue un obstacle majeur à la mise en place de politiques publiques de promotion de la santé auprès de cette population. En effet, les

travailleuses du sexe tendent à exercer dans les lieux les plus cachés et éloignés, de sorte à ne pas être surprises en flagrant délit, ce qui rend le travail de prévention quasiment impossible. De plus, les politiques prohibitionnistes provoquent chez les travailleuses du sexe une attitude de méfiance généralisée envers l'Etat et les institutions, rendant difficile l'approche par les travailleurs sociaux. Dans certains cas, la prostitution en tant que telle n'est pas illégale, mais on observe une **criminalisation de certaines activités directement liées à l'exercice de la prostitution**, telles que le racolage, la publicité à fin de prostitution, le recrutement de travailleuses du sexe, etc. Ce cas de figure se retrouve entre autres en Europe de l'ouest, en Inde et dans la majorité des pays sud américains.

Les législations **réglementaristes**, en vigueur par exemple au Brésil, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande ou en Suisse, permettent au contraire la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé. Les politiques réglementaristes peuvent ainsi imposer la distribution de préservatifs aux patrons d'établissements, ainsi que diverses lois relatives au travail et à la santé, destinées à protéger les travailleuses du sexe de l'exploitation. Les régimes réglementaristes se caractérisent cependant par un contrôle accru sur tous les acteurs évoluant dans le marché du sexe, obligeant par exemple les travailleuses du sexe à s'identifier comme telles auprès des autorités. Ainsi, la Lettonie, un des seuls exemples de régime réglementariste en Europe de l'est (avec la Hongrie), impose aux travailleuses du sexe le port d'une « carte de santé », renouvelée chaque mois au cours d'un examen médical obligatoire. Sur ces cartes de santé peuvent figurer des informations relatives à la consommation de drogue par exemple, pouvant motiver des persécutions supplémentaires de la part de la police. De plus, les examens de santé obligatoires instaurent une relation de méfiance entre les travailleuses du sexe et les services de santé. La prostitution ne peut en outre être pratiquée que dans certains lieux spécifiques, et les travailleuses du sexe séropositives sont interdites d'exercer. En Hongrie, les autorités locales, normalement chargées de déterminer les frontières de ces zones destinées au travail du sexe, se refusent fréquemment à le faire. Comme résultat, les travailleuses du sexe continuent à recevoir des amendes qui peuvent mener à l'emprisonnement, pour exercer la prostitution hors des zones légales (qui n'existent pas !). En résumé, si les régimes réglementaristes tendent à améliorer l'état de santé des travailleuses du sexe, ils se caractérisent par leur pouvoir contraignant et stigmatisant, poussant certaines travailleuses du sexe à rester dans la clandestinité, et augmentant ainsi leur degré de vulnérabilité.

Enfin, le cas de figure baptisé plus haut de "**vide légal**", et que l'on retrouve entre autres en Bulgarie, Pologne ou Slovénie, s'il ne criminalise pas directement l'activité prostitutionnelle, laisse la porte grande ouverte aux abus en tout genre, notamment aux abus de pouvoir de la part de la police. A défaut d'une loi spécifique concernant la prostitution, les travailleuses du sexe

peuvent en effet devenir la cible de la police pour diverses raisons: vagabondage, trouble de l'ordre public, infraction à la loi sur le séjour, etc. La police peut également user de son pouvoir pour extorquer, en échange de sa "protection", des faveurs sexuelles. Ainsi les auteurs sur le sujet (Gable et al. 2007) observent que des lois trop vagues et laissant une place trop importante à l'arbitraire sont défavorables au bien-être et à la santé des travailleuses du sexe²³. Ces mêmes auteurs recommandent donc une législation réglementariste, qui permet d'agir en faveur de la santé des travailleuses du sexe, et de faire de la police une alliée dans la protection des droits et de l'intégrité physique et psychique de ces dernières.

Le cadre légal n'est pas le seul facteur de grande influence sur la mise en œuvre des projets. L'origine des financements constitue également un facteur important, comme le relèvent les auteurs du rapport CEEHRN (2005). Dans les pays où les financements publics sont rares ou peu conséquents, les donateurs externes prennent une importance démesurée, pouvant parfois déterminer jusqu'à la nature des projets mis en place. Ainsi, l'USAID, (agence états-unienne de développement international), l'un des principaux donateurs en Europe de l'Est, refuse d'accorder un financement à un projet « promouvant ou défendant la légalisation ou pratique de la prostitution et du trafic sexuel » (CEEHRN 2005: 56). Cette approche résolument abolitionniste voit souvent, dans les mesures de réductions de risques ou dans la défense des droits civils des travailleuses du sexe, des risques de « promotion ou défense de la prostitution », et refuse ainsi de financer de tels projets.

Ainsi, les conditions idéales de mise en œuvre d'un projet se caractérisent par un financement adéquat, une industrie du sexe structurée, des travailleuses du sexe organisées et visibles, et un cadre légal réglementariste (NSWP 2003).

Lois sur la prostitution organisée.

La prostitution organisée (établissements de prostitution, proxénétisme, etc.) est encore plus souvent réprimée et criminalisée que la prostitution individuelle. Or, dans les régions où la répression policière est plus dure, les travailleuses du sexe tendent à rechercher la protection de tiers, tels des proxénètes, pour les prévenir de l'arrivée des forces de l'ordre, et pour négocier leur relâchement en cas d'arrestation. Ainsi, des recherches en

²³ Un exemple typique est la loi sur l'interdiction du racolage, actuellement en vigueur en France : de par son caractère vague, elle peut légitimer l'arrestation de toute personne attendant le bus ou se promenant dans un lieu public.

Bulgarie montrent que moins de 5% des travailleuses du sexe n'ont pas de souteneur (Arsova 2000). De plus, bien que la loi soit plus répressive concernant le proxénétisme, la police tend à sanctionner les travailleuses du sexe plutôt que les souteneurs. Ainsi, en Biélorussie, où la prostitution individuelle constitue un délit administratif et le proxénétisme un délit pénal, 4000 femmes ont été inculpées pour prostitution en 2003, contre seulement 347 souteneurs pour proxénétisme (CEEHRN 2005). Enfin, l'interdiction de travailler en établissement représente également parfois un risque de santé supplémentaire pour les travailleuses du sexe, qui se voient obligées de travailler dans la rue, se rendant ainsi plus vulnérables aux violences des clients et de la police.

L'application des lois : marge de manœuvre et abus de la police

Une loi n'est pas nécessairement mise en œuvre telle qu'elle a été conçue. Dans certaines régions, des textes de lois très répressifs sont faiblement appliqués par les forces de l'ordre ; dans d'autres des lois plus souples donnent lieu à une activité répressive intense de la part de la police (CEEHRN 2005). Il est donc important de distinguer ces deux niveaux lors de l'analyse du cadre légal propre à la prostitution. L'attitude de la police envers les travailleuses du sexe peut être déterminée par le rapport qu'entretient une culture donnée avec l'activité prostitutionnelle (indépendamment des lois écrites parfois), ou par une tradition policière très répressive par exemple. Plus la répression policière se fait intense, plus la santé des travailleuses du sexe est menacée. La peur de la police encourage en effet ces dernières à exercer dans la plus grande clandestinité, devenant ainsi invisibles pour les services de santé, qui ne parviennent plus à leur offrir des informations et services adéquats. Le harcèlement et la persécution de la police envers les travailleuses du sexe peuvent prendre des formes diverses : l'absence de documents (permis de séjour, permis de travail) est le prétexte le plus souvent invoqué dans les arrestations de travailleuses du sexe. Les consommatrices de drogue constituent un groupe particulièrement vulnérable face à la police. Même dans les pays réglementaristes, il n'est pas rare que des travailleuses du sexe doivent « acheter » la police avec de l'argent ou des services sexuels. Les violences verbales, les détentions illégales, la torture ou le viol font également partie du spectre des violences commises par la police envers les travailleuses du sexe (CEEHRN 2005). Ainsi, 66% des femmes interrogées par un centre de désintoxication en Lituanie ont affirmé avoir subi des violences physiques de la part de la police. En Russie, une étude portant sur 242 travailleuses du sexe a conclu que 18% d'entre elles avaient été victime de viol de la part d'un policier (Nashkhoev 2002). Enfin, la police représente, aux yeux des travailleuses du sexe, une autorité essentiellement répressive, puisqu'elle n'assume généralement pas son rôle de protection envers les travailleuses du sexe. Comme le commente le « Centre SIDA » de Vilnius (Lituanie), « la police n'enregistre quasiment

aucune plainte de viol ou de vol déposée par une travailleuse du sexe, parce que selon leur définition, une travailleuse du sexe ne peut pas être violée » (CEEHRN 2005: 45). Une étude menée au Kirghizistan en 2004 a d'ailleurs démontré que même lorsque qu'un service de conseil juridique est offert gratuitement aux travailleuses du sexe, celles-ci renoncent à y faire appel, principalement par peur des représailles (CEEHRN 2005). D'autres obstacles empêchent également les travailleuses du sexe de porter plainte, tels que l'absence de documents d'identification officiels, ou la conviction que cette procédure n'aboutirait de toute manière à rien, conviction partagée par nombre de travailleuses du sexe (CEEHRN 2005).

Les lois anti-traffic.

Les lois destinées à prévenir et lutter contre le trafic d'êtres humains ont une incidence sur la santé des travailleuses du sexe, particulièrement bien sûr sur celles victimes de ce type de trafic. En effet, certaines lois anti-traffic, en criminalisant non seulement les auteurs du trafic mais aussi les victimes²⁴, empêche la prévention et promotion de la santé auprès de ces dernières. Les auteurs du rapport de la banque mondiale (Gable et al. 2007) recommandent donc d'accentuer la protection des victimes de trafic et d'éviter toute forme de contrainte, répression ou criminalisation à leur égard. L'instrumentalisation des victimes dans la lutte contre le trafic, au moyen par exemple de témoignage forcés, devrait, selon ces auteurs, être interdite. La protection des témoins et l'aide sociale, juridique et psychologique en leur faveur devraient également être améliorées. Enfin, un permis de séjour devrait systématiquement être octroyé aux victimes de trafic, empêchant un rapatriement forcé qui mettrait ces dernières en danger. Le sixième rapport Tampep (2004) insiste également sur l'importance de la protection des victimes de trafic, soulignant la double exploitation qui se cache derrière les politiques de témoignages forcés: d'abord travailleurs exploités, ces personnes deviennent ensuite des « témoins à disposition » au service de la lutte contre le crime organisé. Le soutien social et juridique aux victimes fait également partie des recommandations du rapport Tampep. L'accès pour les victimes aux soins et services de santé sont encouragés, mais le dépistage du VIH ne devrait en aucun cas devenir obligatoire. Enfin, les lois anti-traffic ne devraient pas servir à la lutte contre les migrations illégales en général, car cela vulnérabilise fortement les travailleuses du sexe et les expose à toutes sortes d'abus de la part des employeurs ou de la police.

²⁴ Les victimes de trafic peuvent ainsi être arrêtées et expulsées pour faux documents, statut illégal, etc.

Les programmes de prévention nationaux.

Le programme intitulé « 100% condom use » se situe à la frontière entre les projets de prévention et les politiques publiques, puisqu'il a été implémenté au niveau national dans de nombreux pays déjà (Thaïlande, Cambodge, République Dominicaine, Vietnam, Chine, Myanmar et Philippines, entre autres). Le principe à la base de ce programme est d'opérer un transfert de responsabilité de la travailleuse du sexe vers les patrons d'établissement en ce qui concerne l'usage du préservatif. Ainsi, des préservatifs sont distribués gratuitement aux établissements du marché du sexe, laissant aux responsables le soin d'en assurer l'utilisation. Des contrôles réguliers permettent ensuite d'identifier les établissements non-coopérants, donnant lieu à des sanctions envers ces derniers. Les résultats de ce programme national en Thaïlande sont, selon certains auteurs, extrêmement positifs : en 2000 (neuf ans après la mise en route du programme), 96% des travailleuses du sexe utilisaient des préservatifs, et la prévalence des IST parmi les hommes fréquentant les cliniques publiques avait diminué de 90% (Gable et al. 2007)²⁵. Quelques points fondamentaux permettant la bonne marche du programme « 100% condom use » ont été soulignés par certains auteurs (Gable et al. 2007) : tout d'abord, le gouvernement doit être hautement impliqué dans la mise en œuvre du programme. Deuxièmement, une équipe institutionnalisée constituée de représentants des travailleuses du sexe et des ONG doit assurer la bonne conduite du projet. Les préservatifs doivent être accessibles à tous, et leur utilisation contrôlée. Enfin, il est nécessaire d'effectuer, à terme, une évaluation des résultats du programme. Ce type de programme a également fait l'objet de critiques, notamment à-propos du caractère contraignant de la réglementation, qui pousseraient certaines travailleuses du sexe à quitter les établissements officiels (parfois suite à la fermeture de l'établissement sanctionné par le programme) pour exercer dans la clandestinité. On constate ici un « effet pervers » typique des politiques publiques de type réglementariste : lorsque les règles deviennent trop contraignantes, les acteurs du marché du sexe quittent la zone légale et continuent leur activité dans la clandestinité. Par ailleurs, mettre en place ce type de politique dans des régions où l'on observe une forte corruption au sein des forces de l'ordre laisse une large place aux traitements inégaux entre les établissements. Enfin, les critiques de ce programme font remarquer qu'une telle politique, qui négocie avec les patrons plutôt qu'avec les travailleuses du sexe, va totalement à l'encontre du principe d'empowerment.

²⁵ Ces chiffres sont fournis tels quels par les auteurs du rapport de la Banque Mondiale, sans précision sur la taille de l'échantillon ni les méthodes de récolte des données.

Quelles leçons pour la Suisse?

Au terme de ce survol, d'une part, des différents problèmes de santé auxquels les travailleuses du sexe peuvent être confrontées, et d'autre part, des différentes réponses apportées à ces problèmes, au niveau individuel, des organisations et associations, et des politiques publiques et législations, il est possible d'établir quelques lignes directrices concernant la promotion de la santé auprès des travailleuses du sexe en Suisse.

Premièrement, la prostitution individuelle est une activité légale et réglementée en Suisse, ce qui permet de penser la promotion de la santé en collaboration avec les autorités publiques. Ce régime réglementariste permet un meilleur accès aux services de santé, ainsi qu'une meilleure diffusion de l'information auprès des travailleuses du sexe. Il serait cependant nécessaire d'analyser plus en détails l'application de ce régime réglementariste au niveau local, afin de déceler d'éventuelles pratiques discriminatoires envers les travailleuses du sexe, telles par exemple la violation de la confidentialité des données fournies lors de l'enregistrement des travailleuses du sexe auprès des autorités.

Si le groupe des travailleuses du sexe possédant un permis de séjour et exerçant la prostitution en toute légalité en Suisse semble à priori bien informé des différents risques attendant au travail du sexe, et notamment les risques d'infection par le VIH ou les IST, et peut accéder aux services de soins publics, la population migrante et souvent en situation d'illégalité est certainement beaucoup plus vulnérable, et nécessiterait une attention particulière de la part des programmes de promotion de la santé, en matière d'information et surtout, d'accès aux soins. De même, les travailleuses du sexe toxicomanes devraient faire l'objet de prestations spécifiques.

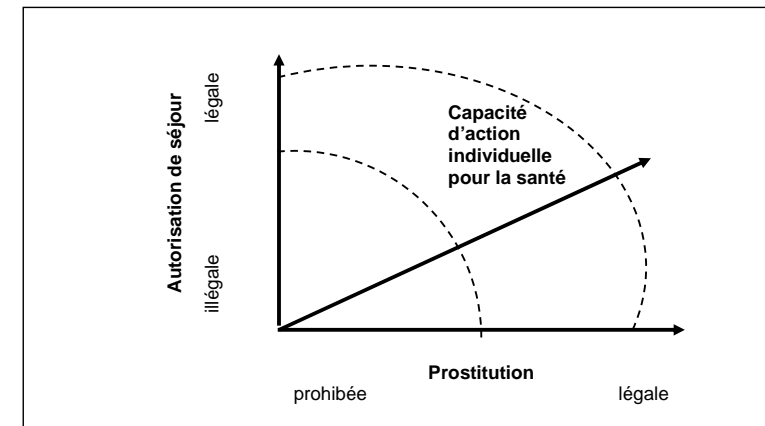
La santé et le bien-être compris au sens large ne s'arrêtent pas à des questions de VIH. Alors que l'accès aux préservatifs gratuits est largement garanti dans le contexte suisse, la vulnérabilité face aux violences et la difficulté à défendre ses droits reste de mise pour la plupart des travailleuses du sexe, même légales. Il serait ainsi important de développer des projets de soutien et accompagnement juridique, et de travailler plus étroitement avec les services de police, afin de prévenir les abus.

Enfin, bien que tolérée et réglementée, la prostitution reste extrêmement stigmatisée en Suisse, entraînant des répercussions directes sur le bien être des travailleuses du sexe. Seule une politique d'advocacy et de sensibilisation auprès des autorités publiques, des services de santé, des médias et de la population en général pourra faire diminuer les stigmates

attaché au travail du sexe, et permettra ainsi aux travailleuses du sexe de jouir pleinement de leurs droits civils et humains.

Pour conclure, les défis de l'intervention se pose en Suisse en particulier dans la sphère de la prostitution clandestine de migrantes sans autorisation de séjour ou de personnes atteintes dans leur santé pour lesquelles les structures d'opportunité sont réduites et dont les stratégies individuelles sont faibles (comme l'illustre la figure 2).

Figure 2 – Les axes de l'empowerment individuel



Bibliographie

- Agacfidan, A. et al. (1997). "Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis." *Sex Transm Dis* 24(10): 573-5.
- Albert, A. (éd.) (2001). *Brothel : The mustang ranch and its women*. New York, NY.
- Amaouche, M. (2006). *En quête de visibilité, enjeu de la prise de parole. La mobilisation des prostituées traditionnelles à Paris, de juin 2002 à octobre 2005*. Paris: HESS.
- American Psychiatric Association (éd.) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.
- Arsova, T. (2000). *Prostitution and sex workers in Bulgaria: Analysis of the situation and the risk with regards to HIV/AIDS/STDs*: Health and Social Development Foundation, UNDP.
- Ballesteros, J. et al. (1999). "Low seroincidence and decrease of seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid." *AIDS* 13(9): 1143-4.
- Barrasa, A. et al. (2004). "Prevalence of the HIV infection in patients seen at specialized diagnosis centers in 9 cities in Spain from 1992 to 2001." *Aten Primaria* 33(9): 483-8.
- Beck, Ulrich (2004 [1994]). "The reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization", dans Press, Polity (éd.). *Reflexive modernization : politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge, p. 1-55.
- CEEHRN (2005). *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*.
- Central and Eastern European Harm Reduction Network (2005). *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*.

- Chan, K. Y. et D. D. Reidpath (2003). "Typhoid Mary" and "HIV Jane": Responsibility, Agency and Disease Prevention." *Reproductive Health Matters* 11(22): 40-50.
- Chimienti, M. (à paraître). *Migration et prostitution : les ressources de l'agir faible*. Faculté de sciences sociales et économique, département de sociologie. Genève. Thèse de doctorat.
- Church, S., M. Henderson, M. Barnard et G. Hart (2001). "Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey.[see comment]." *BMJ* 322(7285): 524-5.
- Cohan, D. et al. (2006). "Sex worker health: San Francisco style." *Sexually Transmitted Infections* 82(5): 418-22.
- Corbin, Alain (éd.) (1978). *Les filles de noces. Misère sexuelle et prostitution aux 19e et 20e siècles*. Paris: Aubier.
- Cwikel, J., K. Ilan et B. Chudakov (2003). "Women brothel workers and occupational health risks." *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(10): 809-15.
- El-Bassel, N. et al. (1997). "Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem." *American Journal of Public Health* 87: 66-70.
- Estebanez, P., K. Fitch et R. Najera (1993). "HIV and female sex workers." *Bull World Health Organ* 71(34): 397-412.
- European Working Group on HIV infection in Female Prostitutes (1993). "HIV infection in European female sex workers : epidemiological link with use of petroleum-based lubricants." *AIDS* 7(3): 401-8.
- Evans, C. (2005). *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*: World Health Organization.
- Evers, A. (1990). "Shifts in the Welfare Mix. Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy", dans Campus/Westview (éd.). *Shifts in the Welfare Mix*. Colorado, p. 7-29.
- Farley, M., I. Baral, M. Kiremire et U. Sezgin (1998). "Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder." *Feminism & Psychology* 8(4): 405-426.

-
- Farley, M. et H. Barkan (1998). "Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder." *Women and Health* 27(3): 37-49.
- Farley, M. et V. Kelly (2000). "Prostitution: A Critical Review of the Medical and Social Sciences Literature." *Women and Criminal Justice* 11(4): 29-64.
- Fennema, J. S., E. J. Van Ameijden, R. A. Coutinho et H. A. Van Den (1997). "Clinical sexually transmitted diseases among human immunodeficiency virus-infected and noninfected drug-using prostitutes. Associated factors and interpretation of trends, 1986 to 1994." *Sex Transm Dis* 24(6): 363-71.
- Földhàzi, A. et M. Chimienti (2006). *Marché du sexe et violences à Genève*. Sociograph n°2: Département de sociologie, Université de Genève.
- Gable, L. et al. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: A Guide for policy and law reform*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Garcia, D. L. H., G. E. Fernandez, I. Hernandez-Aguado et J. Vioque (2001). "Changes in condom use among a cohort of prostitutes." *Gac sanit* 15(3): 209-16.
- Good, B. (éd.) (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge.
- Gutiérrez, LM (1990). "Working with Women of Color: An Empowerment Perspective." *Social Work* 35(2): 149-153.
- Hough, Nicole A. (2004). "Sodomy and prostitution : Laws Protecting the "Fabric of Society"." *Pierce law review* 3(1): 101-124.
- Izdebski, Z. et A. Boron-Kaczmarek (2002). *New prostitution phenomena in Poland*. 12th World AIDS Conference. Geneva.
- Kühn, Hagen (1999). "Eine neue Gesundheitsmoral? : Anmerkungen zur lebensstilbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung", dans Dickhuth, Wolfgang Schlicht ; Hans Hermann (éd.). *Gesundheit für alle : Fiktion oder Realität*. Stuttgart, p. 205-224.
- Longo, P. et C. Overs (1997). *Making sex work safe: AHRTAG et Network of sex work projects*.

-
- Mak, R. P., R. L. Van et A. Traen (2005). "Chlamydia trachomatis in female sex workers in Belgium: 1998-2003." *Sex Transm Infect* 81(1): 89-90.
- Mak, R., R. L. Van et C. Cuvelier (2004). "Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers." *Sex Transm Infect* 80(2): 118-20.
- Marmot, M. et R. Wilkinson (éd.) (2006). *Social Determinants of Health, 2nd Edition*. Oxford.
- Mathieu, L. (éd.) (2001). *Mobilisations de prostituées*. Paris: Belin.
- Mazumdar, S. (1999). *The women of Calcutta's Sex Trade Close Ranks to Fight for their Rights, their Pride and their Lives: Red-Light Revolution*. Newsweek. 40.
- McKenagey, N. et al. (1992). "Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow." *Br Med J* 305(6857): 801-4.
- Meystre-Agustoni, G. (2004). *Populations particulières et prévention VIH/sida, les travailleurs du sexe: revue de la littérature*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Meystre-Agustoni, G., R. Voellinger, H. Balthasar et F. Dubois-Arber (2008). *Comportements par rapport au VIH/sida dans l'univers de la prostitution féminine*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Nashkoev, MR (2002). *Social-psychological and behavioral characteristics of sex workers and the prevention of sexually transmitted infection in this group*. Central Academic Research Institute of Dermatovenerology. Ministry of Health, Russian Federation Moscow: Russian University of Friendship of the People.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health & illness*. Cambridge: Poly Press.
- Network of Sex Work Projects (2003). *Making sex work safe*.
- Nigro, L. et al. (2006). "Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily." *Journal of Immigrant and Minority Health* 8(4): 319-23.
- NSWP (2003). *Making sex work safe*.

-
- Ouvrard, L. (éd.) (2000). *La prostitution. Analyse juridique et choix de politique criminelle*. Paris.
- Papadogeorgaki, H. et al. (2006). "Prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers in Athens, Greece - 2005." *Eur J Dermatol* 16(6): 662-5.
- Pardasani, M. P. (2005). "HIV Prevention and Sex Workers: An International Lesson in Empowerment." *International Journal of Social Welfare* 14(2): 116-126.
- Potterat, J. J. et al. (2004). "Mortality in a long-term open cohort of prostitute women." *American Journal of Epidemiology* 159(8): 778-85.
- Poulin, Richard (2005). "Editorial. 15 thèses sur le capitalisme et le système prostitutionnel mondial", dans Points de vue du Sud, Collection Alternatives Sud (Cetri/Syllepse) (éd.). *Prostitution, la mondialisation incarnée*. XII, p. 1-14.
- Raphael, J., & Shapiro, D. L. (2004). "Violence in indoor and outdoor prostitution venues." *Violence Against Women* 10(2): 126-139.
- Resl, V et al. (2003). "Prevalence of STDs among prostitutes in Czech border areas with Germany in 1997-2001 assessed in project "Jana"." *Sex Transm Infect* 79(6).
- Roxburgh, A., L. Degenhardt et J. Copeland (2006). "Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia." *BMC Psychiatry* 6: 24.
- Sanders, T. (2004). "A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers." *Sociology of Health & Illness* 26(5): 557-74.
- Spina, M. et al. (1998). "Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy.[see comment]." *Sexually Transmitted Diseases* 25(9): 451-4.
- Spina, M., Mancuso S., Sinicco A., Vaccher E., Traina C., Di Fabrizio N., de Lalla F., Tirelli U. (1997). "Increase of HIV seroprevalence among professional prostitutes in Italy." *AIDS* 11(4): 545-6.

-
- Stvilia, K et al. (2003). *Characteristics, high-risk behaviors and knowledge of STI/HIV/AIDS and STI/HIV prevalence of street-based female sex workers in Tbilisi, Georgia – 2002*". Report on the Behavioral and Biomarker Surveillance Survey.
- TAMPEP (2004). *Final report 6*. Amsterdam.
- TAMPEP (2007). *Skills, training and good practice tools*. Amsterdam.
- Trinquart, Judith (2002). *La Décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle: un obstacle majeur à l'accès aux soins*. Médecine générale. Bobigny. Thèse de doctorat.
- United Nations Development Programme (2001). *Strengthening Community-based Responses to HIV/AIDS in India: A Pilot Initiative*. New Delhi: India: UNDP.
- Vanwesenbeeck, I. (2005). "Burnout among female indoor sex workers." *Archives of Sexual Behavior* 34(6): 627-39.
- Verster, A. et al. (2001). "Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviour among Street Prostitutes in Rome, 1997-1998." *AIDS Care* 13(3): 367-372.
- Ward, H., S. Day et J. Weber (1999). "Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period." *Sexually Transmitted Infections* 75(5): 340-3.
- Williamson, C. et G. Folaron (2001). "Violence, risk, and survival strategies of street prostitution." *Western Journal of Nursing Research* 23(5): 463-75.

Liste des encadrés et figures

Encadré 1 – Délimitation du marché du sexe.....	6
Encadré 2 – Qu'est-ce qu'une bonne pratique? - Une mise en perspective....	8
Encadré 3 – Réglementarisme, abolitionnisme ou prohibitionnisme ?	22
Encadré 4– Bottom up ou top down? Bottom up et top down!.....	29
Figure 1 - Les acteurs/éléments clés de la prévention/promotion de la santé selon le triangle du bien-être de Evers (Evers 1990).....	30
Figure 2 – Les axes de l'empowerment individuel	54



Annexes

Annexe 1 – Tableau récapitulatif des violences 2

Annexe 2 – Tableau récapitulatif des troubles psychiques 4

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des pratiques de prévention et promotion de la santé 5

Annexes

Annexe 1 – Tableau récapitulatif des violences

Forme de violence	Études	Pays	Type de violence (prévalence)	Auteurs	Facteurs de risques	Lieu de prostitution
Physique	Farley et Barkan's (1988)	USA, San Francisco	82% de femmes physiquement agressées (n=130)			Rue
	Williamson et Folaron (2001)	USA, ville moyenne	4 femmes jetées d'une voiture en marche (n=13)	Clients	- Méconnaissance du client violent « type » - Dépendance au crack - Lieu de rencontre éloigné/inhabituel	Rue
	Williamson et Folaron (2001)	USA, ville moyenne	4 femmes : torture avec perversion (n=13)	Clients	Idem	Rue
	Raphael et Shapiro (2004)	USA, Chicago	86,1% de femmes giflées (n=222)	Clients (60 à 100% des cas) Partenaires intimes (25% des cas)		Outdoor
Physique	Raphael et Shapiro (2004)	USA, Chicago	57,1% des escorts et 62,8% des danseuses exotiques giflées (n = 222, outdoor et indoor contonous)	Souteneurs, dans 50% des cas (escorts) Clients dans 30 à 100% des cas (danseuses exotiques)		Indoor
	Cohan et al. 2006	USA, San Francisco	55,1% de violences domestique (n=419)	Partenaires affectifs		
	Cohan et al. 2006	USA, San Francisco	36,3% de violences dans le cadre du travail (n=419)	Dans le cadre du travail	Violence corrélée à la présence d'antécédents avec la police (arrestations antérieures)	
	CEEHRN 2005	Russie	55% de violences des souteneurs (n=?)	Souteneurs		

	Farley et al. 1998	Afrique du Sud, Thaïlande, Turquie, USA et Zambie	81% de femmes physiquement menacées, 73% physiquement agressées et 68% menacées avec une arme (n=475) 10 femmes rapportent un événement violent (n=55) (n=130)				Indoor et outdoor
Physique et/ou sexuelle Sexuelle	Sanders 2004 Farley et Barkan's (1998)	Grande-Bretagne USA (San Francisco)		Clients			Indoor Rue
	Raphael et Shapiro (2004)	USA, Chicago	39,3% des escorts et 48,8% des danseuses exotiques menacées de viol (n = 222, outdoor et indoor confondus) 55,4% de femmes dans la rue menacées de viol (n = 222, outdoor et indoor confondus)	Souteneurs, dans 50% des cas (pour les escorts) Clients dans 30 à 100% des cas (pour les danseuses exotiques)	Travailler de manière isolée.		Indoor
	Raphael et Shapiro (2004)	USA, Chicago		Clients (60 à 100% des cas) Partenaires intimes (25% des cas)			Outdoor
Sexuelle	Raphael et Shapiro (2004)	USA, Chicago	21% des escorts, des femmes travaillant dans la rue et de celle travaillant dans leur propre appartement ont été forcées à un acte sexuel. (n = 222, outdoor et indoor confondus)	Police dans 25% des cas pour les femmes travaillant dans la rue			Outdoor et Indoor
	Nashkoev (2002)	Russie	38% de viol (n=242)	Clients et policiers			
	Stuvia et al. (2003)	Géorgie	42% de violences sexuelles ou physiques (n=160)	Clients	Jeune âge (moins de 18 ans)		
	Williamson et Folaron (2001)	USA, ville moyenne	8 femmes; viol ou tentatives répétées de viol (n=13)	Clients			

Annexe 2 – Tableau récapitulatif des troubles psychiques

Type de trouble psychique	Etudes	Pays	Prévalence	Causes /Corrélations observées	Type population	Lieux/type prostitution
PTSD	Farley et al. 1998	Afrique du Sud, Thaïlande, Turquie, USA et Zambie	67% des femmes (n=475)	Caractère humiliant de l'activité prostitutionnelle		Indoor et outdoor
PTSD	Roxburgh et al. 2006	Australie	1/3 des femmes (n=72)	Expérience répétée de traumatismes		Indoor
Dépression	Roxburgh et al. 2006	Australie	82% des femmes (n=72)		Indoor	
Tentative de suicide	Roxburgh et al. 2006	Australie	42% des femmes (n=72)			Indoor
Idees suicidaires	Cwikel et al. 2003	Israël	41% des femmes (n=55)		Majoritairement des femmes migrantes en situation illégale	Indoor
Tentative de suicide	Cwikel et al. 2003	Israël	18,5% des femmes (n=55)		Idem	Indoor
Syndromes de PTSD	Cwikel et al. 2003	Israël	17% des femmes (n=55)	Traumatismes présents et passés Dépression Mauvaise santé auto-évaluée	Idem	Indoor
Haut risque professionnel (échelle sur 7 points)	Cwikel et al. 2003	Israël	1/3 des femmes ont un score entre 3 et 6 (n=55)	Jeune âge au moment de l'entrée dans la prostitution Nombre important d'heures de travail quotidiennes Tentatives de suicide dans le passé Syndromes de PTSD	Idem	Indoor
Burnout	Vanwesenbeeck (2005)	Hollande	Même prévalence de facteurs de burnout chez les travailleuses du sexe que dans une population de travailleurs de la santé, «dépersonnalisation /cynisme», plus élevée chez les travailleuses du sexe (n= 96)	Manque d'autonomie au travail Manque de soutien au travail Expériences de réaction sociales négatives découlant du stigmata de la prostitution		Indoor

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des pratiques de prévention et promotion de la santé

Type d'action	Contexte de mise en pratique	Avantages	Limites
Actions associatives « bottom up » (en général)	Recommandé partout (mais c'est la seule solution dans les pays prohibitionnistes)	Moins coûteux. Plus efficace car plus proche du terrain et prise en compte des acteurs concernés. Plus respectueux des priorités et du savoir-faire des travailleuses du sexe.	Risque de désinvestissement de l'Etat en faveur des populations marginalisées.
Diffusion d'information sur les risques d'infection VIH/IST et sur les techniques de prévention	Dans les pays où ce type d'information est difficilement accessible ; pour les populations migrantes n'ayant pas accès à l'information (pour des raisons de langue, de statut illégal, etc.)	Prise de conscience des risques, apprentissage des méthodes de protection.	Différents facteurs (difficultés financières, pression des employeurs, consommation de drogue) peuvent empêcher la mise en pratique de ces connaissances.
Unité mobile de prévention (bus, caravane)	Prostitution outdoor dans des lieux dispersés et/ou éloignés	Atteindre des travailleuses du sexe mobiles et travaillant dans des lieux éloignés (autoroutes, parkings, zones rurales, etc.)	
Centre d'accueil – distribution de condoms	Contexte urbain, lieu connu des travailleuses du sexe.	Accessibilité des condoms garantie. Favorise la stabilité entre travailleuses du sexe.	
Médiatrices culturelles	Contextes institutionnels multi-culturels	Transmettre l'information dans la langue maternelle des travailleuses du sexe migrantes.	
Educatrices-pairs	Recommandé dans tous les contextes	Faire tomber les barrières de communication liées à l'expérience du stigmate et de l'exclusion et à instaurer une relation de confiance.	
Forums de discussion/conseils sur Internet	Utile pour atteindre des populations difficilement localisables (escorts par exemple)	Diffusion des informations sans barrière géographique.	Limitée aux travailleuses du sexe ayant accès à Internet
Distribution de seringues	Contexte de forte consommation de drogue parmi les travailleuses du sexe	Réduction des risques liés à la drogue.	Action peu soutenue par les gouvernements (donateurs opposés moralement aux logiques de réduction des risques)
Centre de rencontre socio-culturel	Milieu prostitutionnel très atomisé.	Renforce la conscience collective et la solidarité. Favorise l'action collective.	
Clinique médicale spécialisée, d'accès bas seuil	Pays prohibitionnistes ou pays réglementaristes, mais où les populations migrantes n'ont pas accès aux soins publics.	Accès gratuit, confidentiel, adapté aux besoins des travailleuses du sexe, même en situation illégale. Diagnostic et traitement plus efficace des IST.	Risque de stigmatisation supplémentaire, par un effet de ségrégation.
Liste de médecins (ou avocats) de confiance	partout	Permet aux travailleuses du sexe de consulter un médecin/avocat sans peur des discriminations, sans pour autant sortir du réseau de soins/juridique public.	

6

Collaboration avec la police	Recommandé partout	Sensibiliser la police aux questions spécifiques du travail du sexe. Diminuer la violence de la part de la police. Favoriser la prise au sérieux des plaintes des travailleuses du sexe.	Associer à d'autres actions (collaboration avec police), sinon risque de laisser la responsabilité uniquement sur les épaules de travailleuses du sexe
Cours de self-défense et distribution de sprays irritants et alarmes	Contexte de haute prévalence de violence envers les travailleuses du sexe (dans la rue notamment)	Diminuer les violences envers les travailleuses du sexe.	
Réculte et diffusion d'informations sur les clients violents	Contexte de haute prévalence de violence envers les travailleuses du sexe	Permettre aux travailleuses du sexe d'éviter les clients violents. Favoriser la solidarité, en encourageant le partage d'informations. Sensibiliser les autorités grâce aux récits de violences récoltés.	Peu efficace si pas soutenu par les autorités locales, et notamment la police
Conseil et accompagnement juridique	Méconnaissance des travailleuses du sexe à propos de leurs droits. Difficulté à porter plainte.	Favoriser l'advocacy parmi les travailleuses du sexe, Favoriser la prise au sérieux des plaintes des travailleuses du sexe.	
Développement de compétences annexes (connaissances scolaires, gestion financière, artisanat, langues étrangères, etc.)	Recommandé partout, mais particulièrement dans les pays avec un Etat social peu développé.	Rendre les travailleuses du sexe moins dépendantes des revenus, issus de la prostitution, et donc moins vulnérables aux risques de santé qu'il y a sort liés. Permettre aux travailleuses du sexe désirant sortir de la prostitution de trouver d'autres sources de revenus. Renforcer l'estime propre des travailleuses du sexe.	
Lobbying auprès des instances gouvernementales	Lorsque les politiques publiques sont discriminatoires envers les travailleuses du sexe	Changer l'attitude de l'Etat envers les travailleuses du sexe, en l'incitant à créer un cadre favorable à l'empowerment des travailleuses du sexe.	Nécessité d'associations bien organisées, dotées de porte-parole ayant la capacité de se faire entendre par les médias.
Lobbying auprès des médias	Lorsque l'opinion publique stigmatise fortement le travail du sexe	Sensibiliser le grand public aux questions du travail du sexe, l'incitant à adopter ainsi une posture moins stigmatisante.	Nécessité d'associations bien organisées, dotées de porte-parole ayant la capacité de se faire entendre par les médias.