



ENQUÊTE

LE TRAVAIL SEXUEL, LA CONSOMMATION DES DROGUES ET LE V.I.H. Investigation ethnographique de la prostitution à Paris (1989-1993)

R. INGOLD et M. TOUSSIRT

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Nous présentons les résultats d'une étude ethnographique menée sur la prostitution à Paris en relation avec la toxicomanie.

Les principaux critères d'inclusion dans l'étude ont été la pratique systématique de la prostitution et la consommation actuelle, fréquente et régulière de drogues illicites et licites (236 sujets). Un sous-groupe de 58 sujets a été associé à l'étude du fait de leur appartenance à ce milieu : proxénètes et clients intégrés au paysage de la prostitution.

MÉTHODOLOGIE

Le travail ethnographique et de recueil de données s'est déroulé sur les lieux mêmes de prostitution. Nous avons bénéficié de la participation de « personnes clés » qui nous ont facilité l'accès et le maintien sur le terrain et nous ont donné des informations sur les sites, leurs « codes » et leur histoire. Ceci nous a permis de gagner petit à petit la confiance des sujets, laquelle était indispensable à l'obtention de données fiables. L'évaluation des pratiques à risques en ce qui concerne la sexualité se heurte, en effet, à des obstacles sérieux : quand un travailleur sexuel est interrogé sur l'usage qu'il fait du préservatif, il n'est pas sans savoir qu'il n'y a qu'une seule « bonne » réponse. Nous sommes confrontés là à une argumentation qui a une dimension défensive soit par rapport au milieu, soit en réponse à une accusation plus générale : diffuser le SIDA dans la population générale.

LES SITES ÉTUDIÉS

Nous avons établi une carte du travail sexuel à Paris afin de mener au mieux l'investigation de ce rapport toxicomanie/travail sexuel. Ceci nous a amené à privilégier certains sites où le lien fonctionnel entre la prostitution et la distribution de drogues est plus marqué. Les sujets ont été rencontrés rue Saint-Denis (21 %), au bois de Boulogne (25 %), à « Vincennes » (17 %), à Pigalle (25 %) et à la gare du Nord (12 %).

La rue Saint-Denis

Les travailleurs sexuels sont exclusivement des femmes. Leur nombre reste inconnu. Elles sont françaises, européennes, maghrébines ou africaines. Les clients circulent à pied, mêlés à la foule.

Le bois de Boulogne

La journée y règne une petite activité de prostitution.

La nuit, une quinzaine de sites sont « visitables », mais non tous visibles : des femmes, des travestis et des jeunes garçons travaillent de façon régulière. Il s'agit de travailleurs sexuels d'origine française, sud-américaine, maghrébine. Les camions de marchands à la sauvette constituent le lieu pour la pause.

Les revendeurs de drogues s'y retrouvent volontiers. L'usage de cannabis est très répandu et on y trouve de petits distributeurs de « barrettes ». L'usage de la cocaïne n'est pas exceptionnel chez les travailleurs sexuels, surtout les Sud-Américains. Quant à l'usage de l'héroïne, il n'est pas implanté dans le bois en tant que pratique reconnue et ceux qui l'utilisent l'achètent ailleurs et préfèrent le « sniff » à l'injection, pratique plus discrète.

Le bois de Boulogne a été « fermé » au mois de janvier 1992.

Vincennes

La majorité des travailleurs sexuels qui opèrent sont des femmes, il y a également quelques travestis. Certains travaillent de façon quasi quotidienne et d'autres de façon épisodique. Environ 200 personnes y travaillent de façon plus ou moins régulière. Elles se retrouvent dans les mêmes conditions qu'au bois de Boulogne mais sans le moindre endroit pour la pause.

Il s'agit d'un site dangereux pour les travailleurs sexuels, les prix sont les plus bas pratiqués à Paris.

Ce lieu est majoritairement occupé par des consommateurs de drogues.

À la suite de la « fermeture » du bois de Boulogne, ce site a été rejoint par des travestis.

Pigalle

Toutes les formes de prostitution y sont représentées et les travailleurs sexuels toxicomanes ne sont pas rejetés, ils travaillent à la sauvette et un peu partout dans Pigalle. La population est très diversifiée, constituée de touristes, de visiteurs et de consommateurs.

La gare du Nord

Nous avons vérifié que la prostitution avait lieu dans la plupart des gares parisiennes, la forme la plus répandue étant celle de jeunes garçons.

Cette gare offre la particularité de relier des quartiers très actifs au niveau de la distribution de drogues à la banlieue parisienne.

La prostitution a lieu essentiellement l'après-midi et jusqu'en début de soirée.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Parmi les sujets interrogés, seuls 236 sont des travailleurs sexuels à proprement parler.

Il s'agit de 172 hommes (58,5 %) dont 58 travestis (19,7%) et 23 transsexuels (7,8 %) c'est-à-dire des sujets initialement de sexe masculin et ayant été opérés. Les femmes sont au nombre de 122 (41,5 %).

Ils sont âgés de 17 à 56 ans et leur âge moyen est de 30 ans.

Ils disent être de nationalité française (72,8 %); 12,9 % viennent de pays d'Afrique du Nord; 7,8 % sont d'origine sud-américaine et 5,8 % sont européens.

Une grande part des sujets (41 %) est issue de milieux sociaux défavorisés. De plus, dans 46 % des cas, le milieu familial d'origine est profondément perturbé : absence ou décès du père, divorce, séparation.

La formation professionnelle, si elle a eu lieu (52 %), a été le plus souvent élémentaire ou écourtée.

À cela s'ajoutent de multiples autres handicaps qui maintiennent les sujets dans une situation où ils ne peuvent espérer une inscription sociale valorisante.

Les étrangers, souvent en situation irrégulière, n'échappent pas à cette situation.

La grande majorité des sujets (80 %) définissent la prostitution en tant qu'activité rémunérée principale. Les autres sujets interrogés étaient des clients (7 %), des proxénètes (5 %), des gigolos, des « dealers », des voleurs ou autres. Seuls quelques-uns disent être inscrits au chômage, bénéficier du RMI ou d'une pension.

Les sujets disent avoir un domicile personnel dans 50 % des cas. Les autres, en situation de grande précarité, vivent dans des hôtels, chez des amis, chez leurs parents ou bien n'ont aucun lieu fixe de résidence.

Les sujets disent être célibataires dans 62 % des cas. En proportions décroissantes les autres disent être en concubinage, divorcés, séparés ou mariés. Dans 39 % des cas les sujets disent avoir entre 1 et 5 enfants.

Les produits illicites les plus consommés sont le cannabis (58 %), l'héroïne (45 %), la cocaïne (36 %) et le crack (2 %). Les produits licites sont l'alcool (56 %) et les médicaments psychotropes (33 %).

La consommation de drogues se fait par voie veineuse dans 39 % des cas. L'achat et l'utilisation personnelle des seringues tendent à devenir systématiques dans plus de la moitié des cas, mais la réutilisation sans désinfection préalable du matériel d'injection reste une pratique très fréquente.

L'adoption de mesures systématiques de réduction de risques se heurte à un milieu où cette forme de consommation est mal tolérée et doit se faire discrète.

L'utilisation du préservatif tend à être systématique (67 %) dans le cadre du travail sexuel. Dans 14 % des cas, le préservatif est utilisé de façon inconstante et, dans 11 % des cas, il n'est pas utilisé. Certains sujets (8 %) n'ont pas répondu à la question. Lorsque le préservatif n'est pas utilisé la pénétration vaginale peut être simulée ou remplacée par une autre pratique.

Dans la vie dite « privée », le préservatif est relativement peu utilisé (27 %)

La moitié des sujets, lors de l'enquête, n'avait pas subi de test de dépistage V.I.H., 39 % disent être séronégatifs, 10 % séropositifs et 2 sujets malades.

Les problèmes de santé sont omniprésents : maladies infectieuses, accidents, problèmes dentaires, maladies psychiatriques, problèmes d'hygiène, états d'épuisement. Ces pathologies, liées autant au travail sexuel qu'à la consommation de drogues, ne donnent pas lieu à des recours aux soins : seuls 41 % des sujets ont consulté une institution médicale, et ces recours sont peu fréquents, à peine un peu plus d'une fois par sujet. La majorité des sujets (73 %) n'a aucune couverture sociale.

Au cours de notre étude nous avons eu connaissance de 6 décès parmi les sujets interrogés : 2 de surdose, 1 d'accident sur la voie publique, 1 de septicémie, 1 de SIDA et, probablement, 1 meurtre.

RÉSULTATS QUALITATIFS

La consommation de drogues, le travail sexuel

Il existe un conflit quasi permanent entre les 2 modes de vie car les exigences de l'un et de l'autre entraînent le sujet dans un perpétuel dépassement de lui-même.

Il faut ajouter que la dynamique de la dépendance s'applique aussi à un mode de vie : un attachement à la recherche du produit pour les toxicomanes, une emprise du milieu sur les travailleurs sexuels. Ceci est à l'origine de comportements contradictoires, voire d'un conflit d'identité, qui se révèle de façon plus pathétique chez les travestis et les transsexuels.

Le travail sexuel pour la drogue, la drogue pour le travail sexuel

Certains sujets ne travaillent que pour la drogue. D'autres, bien qu'ils ne travaillent pas pour le produit, consomment des produits tels que l'alcool, l'héroïne, les médicaments, le haschisch ou la cocaïne pour supporter leur travail ou pour se reposer. La drogue peut ainsi devenir un outil de travail. Ces 2 cas de figure évoluent sans cesse et contribuent à maintenir l'instabilité et la vulnérabilité dans lesquelles les sujets s'épuisent. C'est alors le début d'une logique de dégradation.

Dynamique de précarité, transmission du V.I.H.

La dégradation du mode de vie des sujets peut intervenir de façon très brutale et rapide. Dans ce contexte peut se produire la contamination par le V.I.H. Cette contamination, agissant comme un élément défavorable supplémentaire, majore également la précarité des sujets.

D'autres événements, tels les agressions, sont aussi susceptibles d'entraîner de telles évolutions.

Le préservatif

Avant l'événement SIDA, le préservatif représentait, pour les travailleurs sexuels, un outil de travail non indispensable. Aujourd'hui, après 5 ans d'évolution, son usage s'installe comme une pratique routinière.

Il reste cependant que l'on ne peut toujours pas parler d'un usage généralisé. De nombreuses situations subsistent où le préservatif n'est pas utilisé.

Pour les toxicomanes la question du préservatif ne se pose qu'à partir du moment où ils vont devoir « chercher de l'argent ». C'est ainsi qu'ils peuvent aller travailler en ayant, ou en n'ayant pas, de préservatifs sur eux.

Pour les clients, une évolution s'est produite par rapport au préservatif. Ceci est lié aux campagnes d'information sur le SIDA. Cependant, le recours à la prostitution s'apparente, pour beaucoup, à une « drague » qu'ils ne peuvent pas réaliser autrement : elle devrait se concrétiser par un rapport sans préservatif. Ainsi, les moyens de réduire les risques de contamination restent arbitraires et dérisoires : juger sur l'aspect extérieur du travailleur sexuel, demande de fellations.

CONCLUSION

Nous avons vu que le travail sexuel est une conséquence de la précarité de vie de certains toxicomanes et que, inversement, le caractère destructeur du travail sexuel rend nécessaire le recours aux drogues. Cette situation de vie des « toxicomanes prostitués » se traduit par un isolement social extrême. Ils n'appartiennent ni au groupe de toxicomanes ni au groupe de prostitués.

Cet isolement intervient sur les comportements à risques à au moins 3 niveaux :

1. Les conditions concrètes du travail sexuel et de la prise de drogues;
2. L'absence d'un soutien des pairs pour définir les pratiques à risque et une attitude de réduction de ces risques;
3. La représentation de ces risques eux-mêmes.

Ce cas de figure est à l'origine de besoins sociaux et sanitaires majeurs, se renforçant les uns les autres et évoluant de façon brutale et rapide. Besoins qui ne trouvent pas de réponse dans le dispositif sanitaire et social tel qu'il existe actuellement. Il est donc illusoire d'isoler les pratiques à risque dans une situation environnementale devenue déterminante.

C'est dire l'intérêt des structures de prévention de rue, dont le travail doit viser à la réduction des risques. Un nouveau type d'accueil est devenu indispensable pour les toxicomanes qui se prostituent.

Les besoins sociaux et médicaux de ce groupe, de même que les impératifs de santé publique, rendent nécessaires et urgentes des actions nouvelles afin de limiter l'exclusion sociale des sujets, leur donner accès à un soutien thérapeutique et, enfin, réduire les risques de contamination par le V.I.H. dans le groupe et à l'extérieur de ce groupe.