

PROSTITUTION ET ADDICTIONS



Guide à destination des professionnel·les

PARTICIPATION AU PROJET

Porteuse du projet

Amicale du Nid

Partenaires en addictologie

Association Addictions France, partenaire national, CSAPA, Corbillon de l'Hôpital de St-Denis, partenaires en Seine-St-Denis.

Comité de pilotage

Jenny EKSL, Responsable de la formation externe à l'Association Addictions France.

Natacha GIAFFERI-DOMBRE, Chargée de mission à l'Amicale du Nid.

Delphine JARRAUD, Déléguée générale de l'Amicale du Nid.

Corinne MÉLIS, Responsable prévention formation à l'Amicale du Nid.

Maxence RIBET, Quentin DE PELLEGARS, Chargés de mission à l'Association Addictions France.

Rédaction

Natacha GIAFFERI-DOMBRE, Chargée de mission à l'Amicale du Nid.

Maxence RIBET, Chargé de mission à l'Association Addictions France.

Remerciements

Nos remerciements aux établissements de l'Amicale du Nid pour leur contribution au contenu de ce document et tout particulièrement les référents du projet « Prostitution et Addictions » :

Romain GUIGNY (Bretagne), Muriel BODENAN (Paris), Kouka GARCIA (Paris), Caroline CORCELLA (Hauts de Seine), Adida AMER (Seine St Denis), Cosette FERNANDES LOPES (Seine St Denis), Marwa MCHAREK (Seine St Denis), Adriane BOUTAN (Rhône), Nadine BRUN (Hérault), Charlotte ANGOT-VERRIER (Haute-Garonne), Céline DIMEGLIO (Haute-Garonne), Myriam TOLLET (Bouches-du-Rhône), Vincent CASTELAS (Bouches-du-Rhône)

Nos remerciements aux professionnel·les hors Amicale du Nid :

Katia BAUDRY, Cheffe de service à l'Association Aurore et fondatrice de l'association Astheriia, Cécile BETTENDORF ; Chargée de projet Femmes et addictions à la Fédération Addiction et rédactrice du Guide Femmes et addictions, Accompagnement en CSAPA et CAARUD, Fédération Addiction, Hélène BLANC ; Directrice de l'Association Santé ! Alcool, Chargée du projet de déploiement RdR Alcool, Marseille, Jonathan RAYNEAU, Chargé de projets soins résidentiels – sexualité/chemsex – santé femmes, Fédération Addiction.

Relecteur-ices

Vincent CASTELAS, Référent projet à l'Amicale du Nid Marseille.

Marie-Hélène FRANJOU, Présidente de l'Amicale du Nid en exercice de 2017 à 2023.

Delphine JARRAUD, Déléguée générale de l'Amicale du Nid.

Valérie LE BEC, Chargée de mission documentation à l'Association Addictions France.

Fatiha MLATI, Déléguée générale adjointe.

Anne-Marie SIRMAIN, Administratrice, membre du bureau de l'Amicale du Nid.

Financement du projet

La production de ce guide repères s'inscrit dans le cadre du projet « Prostitution et Addictions : comprendre pour agir » financé par le **Fonds de Lutte Contre les Addictions** (FLCA) de la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** (CPAM) dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt 2021 « Addictions et établissements et services des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné ».

Mise en page et illustration

Floriane Le Roux, Graphic Toolkit

www.graphic-toolkit.com

Ce guide est également disponible en ligne :

<https://amicaledunid.org/ressources/collection-guides-reperes>

AVANT-PROPOS

Qui sommes-nous ?

L'Amicale du Nid est une association engagée depuis 1946 auprès des personnes en situation de prostitution, victimes du système prostitutionnel, du proxénétisme et de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle pour un accompagnement vers la sortie.

L'association est laïque et indépendante de toute organisation ou parti. Ses principes sont abolitionnistes et républicains : l'égalité entre les femmes et les hommes, la non-patrimonialité du corps humain qui ne peut être considéré comme un bien ou une marchandise, la dignité de la personne humaine visant à garantir son intégrité physique et psychologique contre toute atteinte extérieure.

L'Amicale du Nid considère la prostitution comme une violence qui s'inscrit dans un double rapport de domination : celui des hommes sur les femmes, les enfants, ou certains hommes ; celui d'un acheteur d'actes sexuels qui a de l'argent sur des personnes qui en ont besoin.

L'association est présente sur 16 départements et compte près de 300 professionnel·les qualifié·es et régulièrement formé·es et inscrit son action dans un continuum au service de la prévention et de la lutte contre le système prostitutionnel :

- La prévention, la sensibilisation, la formation¹, des diagnostics territoriaux
- L'aller-vers dans l'espace public et l'espace numérique
- Le co-accompagnement des personnes mineur·es (missions mineur·es)
- L'accompagnement social global personnalisé, qui intègre toutes les dimensions du processus d'émancipation du système prostitutionnel
- L'hébergement et le logement accompagné avec plus de 500 places
- L'adaptation à la vie active avec deux ateliers (AAVA) comptant 38 places,
- Le plaidoyer

La collection de guides repères

L'Amicale du Nid va vers les personnes, les accueille, les accompagne, les héberge, selon le projet personnel de chacune dans la singularité de ses compétences psychosociales et de son savoir expérientiel, mais aussi de ses vulnérabilités, au moment où elle se situe dans son parcours de vie.

Toutes nos propositions visent la réduction des risques et des dommages liés aux violences du système prostitutionnel : de l'écoute à l'information, en passant par l'accès aux droits, l'accès à la santé, la mise en sécurité, à l'accompagnement à la sortie de la prostitution qui peut passer par les « parcours de sortie de prostitution » instaurés par la loi de 2016.

La collection des « Guides repères » vise à accompagner la professionnalisation des acteurs en proposant des repères d'action sur les thématiques relatives aux personnes en situation de prostitution par le travail de capitalisation des pratiques professionnelles, d'analyses des retours d'expériences et d'évaluation des expérimentations.

1. L'Amicale du Nid est organisme de formation certifié Qualiopi

PRÉFACE

Par Delphine Jarraud, Déléguée générale de l'Amicale du Nid

Bienvenue dans ce guide, un outil essentiel visant à établir un cadre de référence et de compréhension autour des réalités complexes liées à la prostitution et aux addictions. Cette publication s'adresse aux professionnels du travail social, aux intervenants en santé publique, ainsi qu'aux acteurs associatifs engagés dans la lutte contre les vulnérabilités exacerbées par ces phénomènes.

La prostitution et les comportements addictifs ont de multiples facettes et sont influencés par une variété de facteurs personnels, sociaux et économiques. Les liens entre ces deux phénomènes sont souvent intimement liés, engendrant un cercle vicieux de vulnérabilité et d'exposition à des risques accrus sociaux et sanitaires. Ainsi, il est impératif d'adopter une approche holistique et multidisciplinaire pour les comprendre et les aborder efficacement.

Le rapport « Etat de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire » publié en 2016 par la Haute Autorité de Santé (HAS) précise, en matière de pratiques addictives, l'importance de poursuivre les politiques de prévention et de dépistage, notamment les actions de réduction des risques par le biais d'acteurs de proximité tels que les associations et les professionnel·les de santé. L'état des lieux réalisé met en lumière, en matière de conduites addictives :

- Une consommation de tabac et de cannabis au-dessus de la moyenne de la population : si la consommation d'alcool des personnes en situation de prostitution n'est pas plus élevée que celle de la population générale, ce n'est pas le cas pour celle de tabac et de cannabis. En effet, 46% des femmes, 65% d'hommes et 51% des transgenres en situation de prostitution sont fumeurs de tabac.
- Il convient de distinguer l'usage de drogues dans un but sexuel et dans d'autres cadres. La consommation de drogues dans le cadre des rapports sexuels (notamment drogues de synthèse) pourrait être à l'origine de prises de risques importantes.
- Les facteurs de vulnérabilité sanitaires : la précarité économique et sociale a un impact sur la capacité des personnes en situation de prostitution à refuser des rapports sexuels non protégés, sur leur accès à une couverture d'assurance maladie (par manque d'information ou en raison de la complexité des démarches administratives à entreprendre), à l'information médicale et aux soins, ainsi que sur leur accès au logement.
- Par ailleurs, les personnes en situation de prostitution craignant d'être discriminées par les professionnel·les de santé, les représentant·es de l'administration ou de la police, en viennent à dissimuler leur situation de prostitution, voire à renoncer à recourir aux structures de soins. Enfin, la prostitution occasionnelle expose à des situations de vulnérabilité accrue en raison d'un isolement plus grand (manque d'interlocuteurs associatifs, d'informations diffusées dans un groupe de pairs...) et de la jeunesse de ses victimes, voire leur minorité.

En matière de prostitution et addictions, les constats sont les suivants :

- **Des points communs dans les parcours de vie entre personnes en situation de prostitution et personnes en difficulté avec leurs addictions** : parcours émaillés de violences (intra familiales, sexuelles...), de psychotraumas, de ruptures (famille, emploi, parcours migratoire...) engendrant des vulnérabilités psycho-sociales et économiques, facteurs de risques d'emprise du système prostitutionnel, et de conduites addictives dans l'objectif d' « anesthésier »

la souffrance liée aux violences passées comme intrinsèques à la situation prostitutionnelle.

- **Une hypothèse de sous-évaluation des problématiques addictives du public** rencontré, accueilli, accompagné, hébergé à l'Amicale du Nid, parfois des difficultés à en parler pour les professionnel·les comme les bénéficiaires. Cependant, des ateliers santé autour des problématiques addictives (comme en Seine-Saint-Denis ou à Marseille) sont ponctuellement mis en œuvre, et le repérage des problématiques addictives s'intègre dans le volet santé du « processus d'émancipation de la prostitution » élaboré par l'Amicale du Nid.
- **Des difficultés de priorisation par les personnes en situation de prostitution des problématiques addictives parmi d'autres problématiques de santé** (psychotraumas, violences, problématiques gynécologiques, VIH/VHC...), auxquelles s'ajoutent des problématiques de santé et d'accès aux soins spécifiques liés aux violences des parcours migratoires, à l'absence titre de séjour, et santé générale des personnes trans.
- **Une stigmatisation des personnes en situation de prostitution** par les professionnel·les de santé et médico-sociaux et une sous-évaluation de l'emprise du système prostitutionnel sur leur santé.
- **Un public qui n'accède souvent tardivement aux soins**, par méconnaissance des dispositifs de soin, emprise et surveillance des proxénètes et réseau de traite humaine (TEH) limitant la liberté d'aller et venir des personnes en situation de prostitution...
- **Des conduites addictives et situation de prostitution où se mêlent les causes et conséquences de manière différenciée selon les publics** : des consommations pour « anesthésier » les violences intrinsèques au système prostitutionnel, une situation de prostitution pour financer ses conduites addictives, parfois des liens forts de dépendance entre fournisseur de produits stupéfiants, proxénétisme et TEH, renforçant l'emprise des personnes en situation de prostitution, des conduites addictives concourant à la performance sexuelle (chemsex, autres consommations sexualisées), des conduites addictives incitées, voire imposées par les acheteurs d'actes sexuels, proxénètes ou réseaux de traite des êtres humains à visée d'exploitation sexuelle pour renforcer le pouvoir de leur domination et emprise.

Le présent guide est structuré en cinq parties principales, chacune explorant les différentes dimensions de ces problématiques :

- **La première partie** met en lumière la prostitution comme un système, abordant les facteurs de vulnérabilité, les acteurs impliqués et l'impact de la législation en vigueur.
- **La deuxième partie** se concentre sur le concept des addictions, détaillant les différentes substances, leurs effets, et l'organisation des soins dédiés.
- **La troisième partie** examine les intersections dangereuses entre la prostitution et les addictions, soulignant le cumul des vulnérabilités et la manière dont elles interagissent.
- **La quatrième partie** propose des méthodes pragmatiques pour repérer, orienter et accompagner les personnes touchées, soulignant l'importance des partenariats et de la réduction des risques.
- **La cinquième et dernière partie** est consacrée à la formulation de pistes d'actions afin de poursuivre le travail de prise en compte des problématiques entre prostitution et addictions.

Ce guide est le fruit d'un travail collectif et inter associatif, cherchant à allier expertise terrain et analyse académique. Vous y trouverez une approche résultant de l'expérience acquise dans l'accompagnement des personnes en situation de prostitution et en difficulté sur leurs conduites addictives. Notre objectif est de vous offrir les connaissances et les outils nécessaires à un accompagnement global, afin de favoriser l'émancipation des personnes accompagnées du système prostitutionnel, leur santé et leur bien-être.

INTRODUCTION :
PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OUTIL **011**

PARTIE 1 :
LE SYSTÈME PROSTITUTIONNEL **015**

Analyse des facteurs de vulnérabilité en jeu dans la prostitution	018
La cartographie du système prostitutionnel et ses protagonistes	027
L'approche législative : de la loi de 2016 à la protection renforcée des mineur-es	032
Du repérage au signalement des situations de prostitution	036
De l'aller-vers à l'accompagnement	044

PARTIE 2 :
LES ADDICTIONS **053**

La définition des conduites addictives	054
Les principales conduites addictives	055
L'organisation des soins en addictologie	063
L'accompagnement en addictologie	066

PARTIE 3 :
PROSTITUTION ET ADDICTIONS : UNE INTERSECTION PERILLEUSE **073**

Les vulnérabilités croisées surexposant les victimes aux risques sociaux et sanitaires	078
La chaîne causale entre addiction et prostitution	108

PARTIE 4 :
APPROCHES CONCRÈTES : REPÉRER, ORIENTER, ACCOMPAGNER **131**

L'imperatif d'une collaboration multisectorielle	132
La réduction des risques et des dommages	140

PARTIE 5 :
QUELQUES PROPOSITIONS POUR DES PRATIQUES OPTIMISÉES **149**

Promouvoir la santé et les droits des usager-es	150
Renforcer l'intersectorialité	151
Mieux repérer, accompagner, orienter	152
Améliorer l'intégration de la démarche de RDRD au sein de l'hébergement	153
Mettre les personnes au centre des dispositifs	154
Limiter les facteurs de risque spécifiques et les inégalités sociales de santé	155
Renforcer les facteurs de protection	157

ANNEXE :
MIEUX CONNAITRE LES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DU PROJET **161**

INTRO- DUCTION

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OUTIL

À QUI EST DESTINÉ CE GUIDE ?

Il s'adresse principalement aux professionnel·les de l'Amicale du Nid et des partenaires en addictologie ainsi qu'aux acteurs associatifs et institutionnels concernés par les politiques de lutte contre les violences faites aux femmes et de lutte contre les addictions aux substances psychoactives, c'est-à-dire :

- Les professionnel·les susceptibles d'avoir dans leur public des personnes en situation de prostitution, mineur·es ou majeur·es.
- Les professionnel·les de l'addictologie vers lequel·les sont orientées les personnes en situation de prostitution mineur·es ou majeur·es ayant des problématiques addictives.
- Les acteurs sociaux dont la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), la Fédération Addiction, mais aussi aux professionnel·les de la protection de l'enfance, de la Protection Judiciaire de la Justice (PJJ) et aux forces de l'ordre.

QUEL EST LE BUT DE CE GUIDE ?

Il a pour objectifs de :

- Outiller les professionnel·les dans l'accompagnement et l'orientation des personnes en situation de prostitution présentant des conduites addictives.
- Outiller les professionnel·les du champ de l'addictologie pour un repérage, un accueil et un accompagnement adapté de ces mêmes personnes.

Ce qui implique de :

- Faire émerger les représentations autour de la consommation de substances psychoactives et de la prostitution, pour les mettre en perspective avec les réalités mises en évidence par la recherche en sciences biologiques, humaines et sociales.
- Comprendre le système prostitutionnel, les consommations en usage et les risques d'addiction spécifiques des personnes en situation de prostitution, et adapter sa posture professionnelle à ces réalités.
- Connaître le cadre législatif en vigueur relativement à la prostitution, au proxénétisme et à la traite humaine des majeur·es et des mineur·es, et savoir quand et comment signaler une situation préoccupante.
- Pouvoir repérer une situation, savoir en échanger, et l'inclure dans son accompagnement des personnes.
- Développer, au-delà des différences de cultures associatives ou institutionnelles, un socle commun de vocabulaire entre professionnel·les d'un même territoire.
- Identifier le réseau d'acteurs de son territoire et anticiper les difficultés rencontrées par les personnes dans l'accès aux soins, à la réduction des risques et des dommages, et à l'insertion sociale et professionnelle.

COMMENT CE GUIDE A-T-IL ÉTÉ CONÇU ?

Il est le fruit d'un travail de capitalisation sur les connaissances et les pratiques des professionnel·les des associations partenaires engagées dans le projet. Il s'appuie également sur un travail de veille, de recueil et d'analyses des ressources bibliographiques et sitographiques, de visionnage de vidéos, de participation à des conférences et d'entretiens avec des spécialistes ou d'associations du secteur social et médico-social. La capitalisation a été nourrie par les remontées d'informations :

- Des professionnel·les, à l'occasion de réunions de partage des pratiques professionnelles entre associations partenaires,
- Des personnes accompagnées par l'Amicale du Nid, lors des ateliers santé animés par l'association ou co-animés avec les partenaires en addictologie. Ces ateliers ont permis la co-construction de flyers d'information dans une démarche de sensibilisation par les pairs, ont été une source d'information pour les professionnel·les et l'occasion d'une valorisation voire d'une montée en compétences, notamment psychosociales, pour les personnes.

Afin d'affiner ce recueil de connaissances et pratiques en usage dans les différents établissements de l'association, la chargée de projet a animé dix groupes de travail thématiques :

- Représentations liées aux addictions, dont perceptions genrées
- Addictions et santé mentale
- Addictions et corps
- Parentalité et maternité
- Parcours de prise en charge et cadre de santé publique
- Outils de repérage et d'information aux personnes
- Outils de réduction des risques et des dommages
- Partage d'informations
- Spécificités des public mineurs
- Chemsex

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Tout au long du guide sont proposés des références bibliographiques essentielles mais aussi de nombreux liens renvoyant vers des vidéos, podcasts, webinaires, cartographies, ou encore quizz pour se tester sur ses connaissances et ses pratiques en réduction des risques et des dommages. À chaque fin de partie est présentée une fiche récapitulative. Des vignettes rédigées par des professionnel·les ou énoncées par des bénéficiaires témoignent de situations types situées.

Les professionnel·les y trouveront des bases à une réflexion, en interne ou en partenariat, sur les meilleures modalités d'accompagnement des personnes. Ce guide peut être consulté pour répondre à une difficulté identifiée ou pour avoir une vision globale de l'intersection de la prostitution et des addictions.



PARTIE 1

LE SYSTÈME PROSTITUTIONNEL

Sources principales : documents internes à l'Amicale du Nid. Voir supra : Remerciements aux contributeur-ices de l'Amicale du Nid.

La définition de la prostitution

La loi du 13 avril 2016 introduit immédiatement la dimension de la domination et de la violence en ce sens que le client achète l'usage d'un corps pour sa jouissance personnelle et impose un rapport sexuel pour lequel le désir de la personne prostituée dominée n'existe pas.

La prostitution est une violence qui s'inscrit dans un double rapport de domination :

- Celui des hommes sur les femmes, les mineur-es, ou certains hommes dominés. Un des ingrédients de cette domination est l'idée que la pulsion sexuelle masculine devrait être obligatoirement assouvie par n'importe quels moyens.
- Celui entre un « client » qui a de l'argent, un bien ou un service, et des personnes qui en ont besoin. Ce besoin d'argent provient d'origines diverses comme la pauvreté, la précarité ou la désaffiliation sociale.

Le consentement apparent des personnes en situation de prostitution a pour origine des histoires de vie particulières et difficiles. Il peut provenir d'une exposition antérieure à toutes sortes de violences psychologiques, physiques, sexuelles mais aussi sociales, de fragilités et d'une mésestime de soi produite par des traumatismes. Ainsi la prostitution est une violence et les personnes en situation de prostitution en sont les victimes.

La législation française en matière de prostitution et de traite des êtres humains s'inscrit dans des conventions internationales et européennes, dont la Convention des Nations unies pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui du 02 décembre 1949 : « la prostitution et le mal qui l'accompagne, à savoir la traite des êtres humains en vue de la prostitution, sont incompatibles avec la dignité et la valeur de la personne humaine ».

La France défend l'abolition du système prostitutionnel. La loi du 13 avril 2016 va donc plus loin que la convention internationale des Nations unies, en mettant en place la pénalisation des acheteurs de prostitution, sans poursuivre les personnes en situation de prostitution.

La prostitution en France

Phénomène massif mais difficile à quantifier¹, et dont l'invisibilité empêche la prise en compte comme enjeu social et politique, la prostitution concerne au moins 30 000 personnes en France selon l'Observatoire national des violences faites aux femmes (2015).

- 93% sont étrangères, principalement originaires d'Europe de l'Est (Roumanie et Bulgarie), d'Afrique de l'Ouest (Nigéria) et de Chine.
- 85% sont des femmes, 10% des personnes transgenre², 5% des hommes
- 99% d'acheteurs d'actes sexuels sont des hommes
- 15% à 20% des personnes en situation de prostitution sont mineures
- Plus de 70% de la prostitution passe par internet et les actes prennent place en dehors de la rue (plateformes locatives, hôtels, salons de massage, bars dédiés, appartements privés, squats...)³.



Pour en savoir plus

« Les personnes en situation de prostitution en France » dans le Rapport FACT-S
La situation de la prostitution en France

<http://fondationscelles.org/pdf/FACTS/05-les-personnes-prostituees-en-france-pages86-89-RapportFACTS.pdf>

1. Pour un abord thématique et par pays voir le 5e Rapport mondial de la Fondation Scelles, 2019, <https://fondationscelles.org/fr/actualites/276-le-5e-rapport-mondial-de-la-fondation-scelles-systeme-prostitutionnel-nouveaux-defis-nouvelles-reponses>. Pour la France seule voir : 2.1. Les personnes en situation de prostitution en France in Rapport FACT-S La situation de la prostitution en France, <http://fondationscelles.org/pdf/FACTS/05-les-personnes-prostituees-en-france-pages86-89-RapportFACTS.pdf>
2. Personne trans = personne transgenre, transsexuelle, transidentitaire.
3. Prostitution en France : ampleur du phénomène et impact sur les personnes en situation de prostitution, Observatoire national des violences faites aux femmes, octobre 2015, <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%2010.pdf> Etude ProstCost, Estimation du coût économique et social de la prostitution en France, Mouvement du Nid/Psytel, mai 2015, www.prostcost.org

ANALYSE DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ EN JEU DANS LA PROSTITUTION

Expliciter des vulnérabilités n'est pas essentialiser, stigmatiser ou inscrire les acteur·ices dans une assignation victimaire, mais bien plutôt interroger la catégorie de violence telle qu'elle est vécue par celles et ceux que leur vécu passé ou leur situation présente expose plus que les autres à la blessure physique et morale. La vulnérabilité n'est pas une condition, mais une exposition plus forte à une situation de violence.

LES MÉCANISMES STRUCTURELS CONTRIBUANT À LA VULNÉRABILITÉ

Le système prostitutionnel est le produit de rapports de domination. À ce titre, il reflète très majoritairement la structure sexiste, raciste et classiste des sociétés : on y retrouve prioritairement des personnes racisées nationales ou migrantes, les personnes les plus défavorisées ou précaires, les femmes et les minorités sexuelles et de genre (homo-sexuels, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, femmes trans-genes). La sexualisation des corps postulés comme « exotiques », quel que soit le sens de cet exotisme, est une constante mondiale.

« Nous ne choisissons pas la prostitution, c'est la prostitution qui nous choisit ».

Une femme autochtone, interrogée dans l'étude canadienne Last Girl First¹.

Inégalité femmes-hommes

Tout comme le féminicide, le meurtre sélectif des filles ou l'inégal accès des hommes et des femmes au travail, au capital et à la santé, la prostitution s'inscrit anthropologiquement dans une « valence différentielle des sexes² » et socialement dans un « système de domination masculine³ » assuré par l'intériorisation, par les dominées, des valeurs des dominants.

1. ibi, H. - CAP International. Last Girl First ! La prostitution à l'intersection des oppressions sexistes, racistes et de classe, Editions Libre, 2022. <https://www.editionslibre.org/produit/last-girl-first-la-prostitution-a-lintersection-des-oppressions-sexistes-racistes-et-de-classe-hema-sibi-cap-international>
2. Héritier, F. Masculin, féminin. La pensée de la différence, Paris, Odile Jacob, 1996,
3. Bourdieu, P. La Domination masculine, Paris, Le Seuil, 1988.

La « production » sociale des personnes en situation de prostitution¹, essentiellement des femmes et des jeunes filles, parfois des enfants, mais aussi des personnes socialement féminisées par le modèle archaïque viriarcal – jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes adultes, hommes racisés dans les contextes coloniaux et postcoloniaux² – répond à une demande de domination sexuelle. L'asymétrie de genre, de race, de classe, et d'âge passe en effet par la domination et la mise en exploitation des corps jusque dans leur dimension sexuelle.

⚠ Si la majorité des personnes en situation de prostitution dans le monde sont des femmes, les femmes transgenres sont proportionnellement davantage concernées, en raison de la stigmatisation subie, des difficultés d'accès à l'emploi dans de nombreux pays, et du sentiment d'appartenance communautaire et de dette propres à faciliter des situations d'emprise.

Vulnérabilité économique et sociale

Les personnes en situation de prostitution sont, le plus souvent, des personnes aux revenus faibles ou sans revenu, sans hébergement, ou précaires. Cette vulnérabilité économique et sociale est par ailleurs intimement liée à la question des inégalités femmes-hommes, les femmes représentant une majorité parmi les publics en situation de précarité – précarité économique qui entraîne à son tour des difficultés de santé et favorise les situations de violences.

Toutefois d'autres situations, tels que le vécu de violences sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence, ou l'expérience du harcèlement, peuvent être à l'origine d'une vulnérabilité à la prostitution sans rapport avec la détention de ressources matérielles ou de capital social.

Parcours migratoire, racialisation et violences sexistes et sexuelles

Afrique subsaharienne, Roumanie, Bulgarie, Albanie, ex-Yougoslavie, Amérique latine, Chine... : la prostitution, dont l'étude historique atteste de l'apport continu de personnes étrangères, est aujourd'hui un marché pleinement mondialisé, nourri des

1. Federici, S. Caliban et la Sorcière. Femmes, corps, et accumulation primitive, Senenevero/Editions Entremonde, <https://entremonde.net/IMG/pdf/18rupture-caliban-et-la-sorciere-web.pdf>
2. Blanchard, P. et alii. Sexe, race et colonies. La domination des corps du XVe siècle à nos jours, Paris, La Découverte, 2018.

dégradations économiques et sociales – notamment en matière de droits des femmes – de l'appauvrissement monétaire, de l'emprise des mafias et des conflits armés, enfin des discriminations exercées à l'encontre de certaines catégories sociales, religieuses ou ethniques¹ (minorités, communautés ou personnes vulnérables).

« L'Histoire et le développement du système prostitutionnel sont intrinsèquement liés aux guerres, à la colonisation, au racisme et au sexisme, à l'exploitation économique des plus pauvres par les plus riches, ainsi qu'au contrôle et à l'appropriation des terres et des corps »

Racisme, colonialisme et prostitution²

La racialisation des personnes exploitées sexuellement est une constante historique, facilitant une mise à distance avec le corps social (= production sociale collective du corps migrant comme prostitué).

« Le manque d'empathie permet la déshumanisation de ces femmes et facilite les agressions sexuelles par des hommes. » (...) Distance sociale, socio-raciale, ethnique, culturelle, linguistique = moindre gravité de l'acte aux yeux des acheteurs (« c'est pour payer sa famille au pays et ses gosses, là-bas ils n'ont rien et mon argent est bon puisque je l'ai gagné et le lui donne »).

Rapport FACTS - Fédération des Actrices et Acteurs de Terrain et de Survivantes de la Prostitution³

⚠ Ne pas confondre femmes en migration, victimes de traite, et victimes de prostitution. D'après les sources policières françaises et européennes, 80% des personnes en situation de prostitution en France aujourd'hui seraient des femmes migrantes. L'absence de statistique officielle et le prisme des politiques migratoires obligent toutefois à la prudence.

Si le trafic des femmes est une composante de l'immigration vers l'Europe, singulièrement de l'immigration clandestine des femmes, toutes les femmes migrantes, loin s'en faut, ne sont pas captées par la prostitution. Cette perception même expose les femmes migrantes à de nombreuses violences (stigmatisation, criminalisation, violences sexuelles), au départ du parcours migratoire, au cours de celui-ci, ou dans les

1. Racisme, colonialisme et prostitution (<https://prostitutionresearch.com/category/library/racism-colonialism>)
2. Rapport FACTS - Fédération des Actrices et Acteurs de Terrain et de Survivantes de la Prostitution, aux côtés des Personnes en situation de prostitution, dont fait partie l'Amicale du Nid (<https://www.fact-s.fr>). « 2.1. Les personnes en situation de prostitution en France », Rapport FACT-S La situation de la prostitution en France. Analyse des associations de terrain sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 et recommandation pour une phase II, p. 88. (<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2021/03/RAPPORT-FACTS-V2-23MARS2021.pdf>)
3. Etude Les Acheteurs de sexe en Allemagne, 2022, p. 7. (https://prostitutionresearch.com/wpcontent/uploads/2023/03/Freiers_etude2022.pdf)

différents pays de destination. Violences qui sont à l'origine d'atteintes de la santé psychique, somatique et sexuelle nécessitant un soutien psychosocial approprié.

Pour certaines, telles les femmes nigérianes ou ouest-africaines exploitées par des groupes criminels nigériens, s'ajoute le besoin d'une compréhension fine et ethnopsychiatrique des effets psychiques et somatiques du détournement, par les proxénètes, de rituels religieux à des fins de contrôle et de coercition¹.

Qu'il y ait contrainte par la violence ou choix contraint pour échapper au manque de perspectives (pauvreté des familles, manque de débouchés économiques, violences conjugales, violences de groupes armés), il ne s'agit pas d'interroger l'adhésion de la victime mais les agissements des auteurs².

⚠ L'irrégularité du séjour fragilise les victimes à l'égard des autorités de police et conforte le discours des Madams (membres féminins des réseaux de proxénétisme nigériens) qui se présentent comme un rempart face au risque d'expulsion du territoire

LES FACTEURS PERSONNELS ET CONTEXTES INDIVIDUELS D'EXPOSITION AU RISQUE

L'écrasante majorité des victimes de la prostitution est fragilisée par des facteurs de vulnérabilité économique, sociale ou affective, qui peuvent être cumulatifs : familles dysfonctionnelles, violences intrafamiliales notamment violences du père envers la mère, maltraitance et éducation sexiste, violences sexistes et sexuelles à l'égard des enfants, difficultés avec le système scolaire, faible estime de soi, carences de compétences psycho-sociales...

- Violences dans l'enfance ou l'adolescence, dont violences sexuelles et inceste
- Viol (près de 4 personnes en situation de prostitution sur 10 auraient subi un viol au cours de leur vie)³
- Carences affectives et éducatives
- Sortie d'un placement de l'Aide Sociale à l'Enfance sans formation ni soutien

1. Taliani, S. « Du dilemme des filles et de leurs réserves de vie. La crise sorcellaire dans la migration nigérienne », Cahiers d'études africaines, 231-232 | 201, 2018, <https://journals.openedition.org/etudesafriaines/22438>

2. Lavaud-Legendre, B. « Les femmes soumises à la traite des êtres humains adhèrent-elles à l'exploitation ? Une mauvaise formulation pour un vrai problème. Étude réalisée auprès de Nigérianes sexuellement exploitées en France », Archives de politique criminelle, 2012/1 (n° 34), p. 103-121

3. Source : Lettre de l'Observatoire national des Violences faites aux femmes (ONVF), Prostitution, octobre 2015 (<https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/reperes-statistiques>)

- Errance
- Parcours de vie marqué par les violences familiales, conjugales, scolaires
- Familles monoparentales
- Absence de soutien familial ou amical
- Parcours scolaire difficile ou absence de formation initiale
- Manque de ressources financières
- Difficultés à se loger
- Situation de séjour irrégulier
- Difficultés linguistiques pour les personnes étrangères, entravant les démarches administratives ou la recherche d'emploi dans le secteur formel
- Faible estime de soi
- Troubles identitaires, stigmatisation ou discrimination liée au genre, au sexe, à la « race », à l'apparence physique
- Troubles de la santé mentale (dont troubles anxieux, troubles de stress post-traumatique, addictions...)

Les personnes en situation de prostitution depuis peu, ou dont la situation de prostitution est occasionnelle, sont particulièrement vulnérables car elles sont davantage isolées et ont moins accès aux associations spécialisées. Elles sont également plus à risque de se voir demander des pratiques sexuelles sans préservatif¹.

⚠ La prostitution n'est pas une « conduite à risque » car elle résulte d'une exposition spécifique aux risques dont la personne n'est pas responsable.

Santé mentale, addictions

Les violences sexistes et sexuelles (VSS) sont sources de troubles de la santé physique et mentale² (hypertension artérielle, troubles du sommeil, dépression, anxiété...).

Certains facteurs de la prostitution, comme les troubles de santé mentale, peuvent aussi apparaître au rang des conséquences³. Ainsi une étude réalisée dans neuf pays-

1. Haute Autorité de Santé, Personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe : La HAS publie un état des lieux pour améliorer l'accompagnement de ces personnes, Communiqué de presse, mise en ligne le 11 avril 2016. (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2623598/fr/personnes-en-situation-de-prostitution/travailleurs-du-sexe-la-has-publie-un-etat-des-lieux-sanitaire-pour-ameliorer-l-accompagnement-de-ces-personnes#toc_1_2_2)
2. Harcèlement sexuel et agressions sexuelles des femmes : étude des risques santé à long term (<https://www.vidal.fr/actualites/22901-harcèlement-sexuel-et-agressions-sexuelles-des-femmes-etude-des-risques-sante-a-long-terme.html>) Recherche originale : Rebecca C. Thurton, Yuefang Chang, Karen A. Matthews et alii, « Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health », JAMA Internal Medicine, janvier 2019. (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2705688>)
3. Rapport IGAS N°RM2012-146p, Prostitution : les enjeux sanitaires, décembre 2012. (https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf)

révèle que 59% des personnes en situation de prostitution interrogées ont dit avoir été violemment battues par leur tuteur légal, et 63% agressées sexuellement pendant l'enfance¹. Un vécu douloureux peut ainsi conduire à rechercher un apaisement par l'utilisation de substances. On peut observer cette recherche avant la captation par la prostitution mais aussi pour supporter les actes sexuels tarifés.

Rappelons ici que les addictions, ou troubles de l'utilisation de substances (TUS) font partie des troubles de santé mentale les plus répandus et que les TUS sont souvent corrélés à d'autres troubles de la santé mentale (on parle alors de « troubles concomitants »). La recherche de renforcement positif (supprimer un état émotionnel négatif par la prise d'une substance) explique ces corrélations, qu'il s'agisse de recherche de plaisir ou de soulagement d'une douleur ou d'une tension psychique. Or, les violences sexistes et sexuelles, qu'elles soient passées ou présentes, entérinent ce schéma, qui à la longue se referme sur lui-même en une boucle, voire une spirale si les doses sont amenées à être augmentées pour maintenir l'effet initial (on parle « d'habitude »).

Ainsi, les violences basées sur le genre, à la fois comme facteurs d'entrée et comme conséquences des consommations de substances psychoactives chez les femmes et les minorités de genre offrent-elles un éclairage utile à la compréhension de la condition spécifique de la prostitution, dans laquelle les violences sont quasiment toujours à la fois antérieures et présentes².

LES FACTEURS DÉCLENCHANTS DE L'ENTRÉE DANS LA PROSTITUTION

Les causes structurelles et les facteurs individuels menant à une situation de prostitution sont divers, mais des événements de vie singuliers (facteurs de vie, rencontres...) sont propres à faire basculer dans une situation prostitutionnelle :

- Des violences sexuelles, un viol,
- Une situation de harcèlement, notamment scolaire,
- Une rupture amoureuse,
- Une séparation parentale,
- L'arrivée d'un beau-parent dans le foyer,
- La sortie de l'accompagnement par l'aide sociale à l'enfance sans possibilité d'emploi et sans soutien,

1. Farley, M., « Prostitution and Trafficking in Nine Countries », *Journal of Trauma Practice* 2(3-4), janvier 2004. (https://www.researchgate.net/publication/254381847_Prostitution_and_Trafficking_in_Nine_Countries)

2. Benoit, T., Dambelle, S., Jauffret-Roustide, M., Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. *Revue de littérature et élaboration de pistes de recherches*, Groupe Pommidou, juillet 2015. (<https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>)

- La sortie de prison,
- La perte d'un logement, d'un hébergement,
- Une dette de stupéfiant,
- La rencontre avec un-e proxénète, se présentant comme ami-e ou amant-e ; le lover boy exploitant une adolescente ou une jeune femme en recherche affective est une figure récurrente.



Focus

La prostitution des mineur-es en France

6000 à 10 000 mineur-es se trouveraient en situation de prostitution en France¹. Les victimes, issues de tous les milieux sociaux, sont principalement des jeunes filles :

- Dans des situations de vulnérabilité (grande précarité, carences affectives ou éducatives, ruptures familiales, violences intrafamiliales et/ou sexuelles non dénoncées...);
- Des mineur-es souvent non accompagnés et étranger-es ;
- Dans un déni de statut de victime et une banalisation des faits (sauf lorsque des contraintes physiques ou psychologiques sont exercées ou un vol d'argent).

Sur le terrain, les professionnel-les observent que le nombre de mineur-es en situation de prostitution est en augmentation parmi la population adolescente ou préadolescente à risque psychosocial (jeunes placés-es, sans abri, fugueur-es), tout comme celui de très jeunes adultes. Le nombre de mineur-es en situation de prostitution est en augmentation, tout comme celui de très jeunes adultes.

La prostitution des mineur-es fait partie du même système d'exploitation sexuelle que celui des adultes ; celui de la domination masculine et des inégalités sociales auquel il faut ajouter l'indifférence des États envers les enfants migrants.

Une étude publiée en 2020 par l'Observatoire des violences envers les femmes de la Seine-Saint-Denis², sur la base de 77 dossiers de mineur-es victimes ou en risque de prostitution (N.B. : une écrasante majorité de filles), relèvait :

- Au moins 7 mineur-es victimes de la prostitution sur 10 ont subi des violences avant la prostitution. Il s'agit 8 fois sur 10 de violences physiques et/ou sexuelles. Lorsque les violences sont sexuelles, il s'agit d'un viol pour 1 cas sur 2.

1. https://www.maisonegalitefemmeshommes.fr/uploads/Ressource/e0/859_864_Guide-a5-prostitution-mineures-22-web.pdf

2. La prostitution des mineur-es s en Seine-Saint-Denis. Etude des dossiers de l'Aide Sociale à l'Enfance, Observatoire des violences envers les femmes de Seine-Saint-Denis. (<https://seinesaintdenis.fr/La-prostitution-des-mineures-en-Seine-Saint-Denis-etude-des-dossiers-de-l-Aide>). Synthèse des études sur la prostitution des mineur-es en Seine-Saint-Denis (https://seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/16-_etudes_sur_la_prostitution_des_mineures_en_ssd.pdf)

- 1 mineur-e victime de la prostitution sur 2 a subi des violences de ses parents et/ou de ses beaux-parents
- Pour 4 mineur-es victimes sur 10, leur mère a subi des violences conjugales.
- Parmi les dossiers des juges des enfants contenant des éléments de prostitution, dans 72 % des cas de violences subies avant l'entrée dans la prostitution ayant été dénoncées aux autorités compétentes, il n'y a pas eu de suites judiciaires.
- 1 mineur-e sur 2 a été placé-e au moins une fois au cours de sa vie, tout comme 2 proxénètes suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sur 3.

⚠ Il y a un continuum entre prostitution des mineur-es et des majeur-es : un très grand nombre de victimes majeures l'étaient déjà mineures. Il ne s'agit pas d'associer les femmes victimes et les adolescent-es pour figurer les premières comme d'éternelles « mineures » privées d'agentivité et de capacité de décision. C'est le constat, depuis le terrain et la parole des personnes rencontrées, d'un vécu de la prostitution commencé dès l'adolescence qui justifie l'abord de ces deux publics sans en séparer l'analyse. Il s'agit d'entendre les sujets dire la totalité de leur parcours plutôt que dans un présent coupé du passé.



Pour en savoir plus

Convention de Lanzarote, 2010 : criminalisation de tous les types d'infractions à caractère sexuel perpétrées contre des enfants.

<https://rm.coe.int/convention-de-lanzarote-un-instrument-universel-pour-protéger-les-enfa/16809fed1a>

Rapport du Groupe de travail sur la prostitution des mineurs, Synthèse, juillet 2021.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_sur_la_prostitution_des_mineurs_12072021.pdf

Enquête Conduites prostitutionnelles de mineur-es dans le Nord, Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance 59.

https://onpe.gouv.fr/system/files/base_documentaire/enquete_conduites_prostitutionnelles_de_mineurs.pdf

Collet, B. et Baudry, K., Risques prostitutionnels à l'adolescence. Comprendre les processus d'engagement dans les conduites à risque et élaborer des outils de prévention, Rapport final, 2022.

<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2022/07/audry-collet-ge-mass-rapport-final-mise-en-forme.pdf>

Accompagner et protéger les mineur-es en situation prostitutionnelle ou en risque de l'être, Guide à destination des professionnel-les en France, ODVF, AdN, FIT, Pow'er, Centre Hubertine Auclert.

<https://amicaledunid.org/ressources/prostitution-des-mineur-es-guide-accompagner-et-protoger-les-mineur-es-en-situation-prostitutionnelle-ou-en-risque-de-letre>

Guide La prostitution est une violence. Les jeunes sont en danger. Guide à l'usage des professionnel-les (Observatoire des violences envers les femmes du Département de la Seine-St-Denis/Amicale du Nid 93/Lieu d'accueil et d'orientation POW'HER de Bagnolet/Centre Hubertine Auclert.

<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2022/04/guide-la-prostitution-est-une-violence-les-jeunes-sont-en-danger-ovf-adn-93-centre-hubertine-auclert.pdf>

Enfants réfugiés et migrants en Europe : rapport final sur la mise en œuvre du plan d'action 2017-2019, Comité de Lanzarote, février 2020

<https://rm.coe.int/-enfants-refugies-et-migrants-en-europe-rapport-final-sur-la-mise-en-o/16809c8265>

Ni sain ni saufs : enquête sur les Mineurs Non Accompagnés dans le Nord de la France, UNICEF, juin 2016.

<https://www.unicef.fr/article/ni-sains-ni-saufs-enquete-sur-les-mineurs-non-accompagnes-dans-le-nord-de-la-france>

Rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs. Synthèse. 12 juillet 2021.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_sur_la_prostitution_des_mineurs_12072021.pdf

LA CARTOGRAPHIE DU SYSTÈME PROSTITUTIONNEL ET SES PROTAGONISTES

Le concept de « système prostitutionnel »

Parler de « système prostitutionnel » permet d'appréhender la prostitution comme un fait social global et de souligner les places occupées par les acteurs au sein de ce système plutôt que les comportements individuels.

Dans une société structurée par des rapports de domination :

**INÉGALITÉS FEMMES / HOMMES
RACISME & INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES**

DES CLIENTS

Les proxénètes imposent par l'argent, un bien ou un service des actes sexuels non désirés (99,9% sont des hommes).

DES PROXÉNÈTES

Les proxénètes organisent ce marché très lucratif (deuxième trafic au monde après la drogue et avant les armes).

MARCHANDISENT ET EXPLOITENT

DES PERSONNES VULNÉRABILISÉES

Très majoritairement :

Des femmes et des enfants
Des personnes ayant déjà vécu des violences sexistes et sexuelles*
Des personnes étrangères, souvent en situation irrégulière
Des personnes en situation de grande précarité

LES ACHETEURS D'ACTES SEXUELS

Le « client prostitueur » est celui qui impose, par l'argent, un bien ou un service, des actes sexuels non désirés (99,9% sont des hommes). On l'appelle « prostitueur » parce qu'au fond, sans demande il n'y aurait pas de prostitution, de proxénétisme et de traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Les termes « client » ou « acheteur » banalisent la prostitution et induisent l'idée qu'il s'agirait de l'achat d'un service comme un autre. Le terme de « prostitueur » a l'avantage, d'une part de préciser d'emblée la nature de la relation marchande, d'autre part de rendre toute sa responsabilité au « client », à l'origine de la prostitution des personnes via sa position dominante d'acheteur. Pour éviter une éventuelle confusion avec les proxénètes qui sont également des prostitueurs, il est préférable de parler de « clients prostitueurs ».

Une étude suédoise a montré que les clients prostitueurs tendent à avoir de nombreuses partenaires sexuelles, contredisant le stéréotype de l'homme privé de vie sexuelle¹. De même, une étude allemande a montré que les viols sur d'autres femmes ne se trouvaient pas diminués par la prostitution – autre argument en faveur d'une prostitution « utile » aux communautés bien que sacrifiant certaines catégories d'hommes ou de femmes – mais bien au contraire corrélés à l'achat d'actes sexuels², les mêmes hommes se retrouvant fréquemment dans les deux catégories.

Considérant parmi les effets de la prostitution l'abaissement du seuil d'inhibition des hommes à commettre des violences sexuelles, la militante abolitionniste Huschke MAU, anciennement prostituée, considère que « la prostitution résulte de la violence envers les femmes, est une violence envers les femmes, provoque d'autres violences envers les femmes » (traduction libre de l'original)³.

LES AUTEURS D'EXPLOITATION ⁴

Les exploiters (proxénètes, auteurs de Traite des Êtres Humains) apparaissaient avant la Loi du 13 avril 2016, non pas dans les définitions de la prostitution mais dans les infractions qui leur sont propres. Ces infractions visant l'assistance à ou l'exploitation de la prostitution d'autrui. D'où la nécessité de définir en droit la prostitution afin de pouvoir qualifier ladite infraction.

1. Månsson, S-A. « Commercial Sexuality », in B. Lewin (éd.), Sex in Sweden. On the Swedish Sexual Life, Stockholm, The National Institute of Public Health, 1998 : 242.

2. Farley, M. et alli, Les hommes qui paient pour du sexe en Allemagne et ce qu'ils nous apprennent sur l'échec de la prostitution légale, 2022, p. 4. (https://prostitutionresearch.com/wp-content/uploads/2023/03/Freiers_etude2022.pdf)

3. Mau, H., Pourquoi les hommes vont voir les prostituées et ce qu'ils pensent d'elles. (<https://tradfem.wordpress.com/2022/09/13/pourquoi-les-hommes-vont-voir-les-prostituees-et-ce-qu'ils-pensent-delles/> - Texte original : <https://kritischeperspektive.com/kp/2016-34-der-freier/>)

4. Incluant les proxénètes et traite des êtres humains à visée d'exploitation sexuelle.

Les proxénètes organisent le marché très lucratif de la prostitution, deuxième trafic au monde après la drogue (chiffre d'affaires de son trafic évalué à 250 milliards de dollars au niveau mondial, à 3 milliards d'euros en France) et avant les armes. En France, son chiffre d'affaires est évalué à 3,2 milliards d'euros tandis que son coût pour la société s'élève à 1,6 milliards d'euros (Étude ProstCost, 2015, op.cit).

Cette exploitation méthodique des personnes concerne également les « petits proxénètes », parfois d'autres mineur-es¹, souvent de jeunes majeur-es déjà délinquant-es (85% des victimes mineures sont exploitées par ces proxénètes opportunistes, essentiellement des hommes, organisés sur le modèle de la vente de stupéfiant dont ils copient la structuration par tâches standardisées). Se faisant passer pour des amoureux (« loverboys ») ou des « partenaires d'affaires » auprès de victimes préalablement identifiées dans l'entourage ou sur les réseaux sociaux (jeunes filles placées en foyer, isolées, en souffrance, ou en rupture familiale), ils opèrent rapidement une emprise facilitée par la fragilité affective de leurs victimes. La honte, le déni, et la sidération qui accompagnent les violences subies font le reste.



Focus

La définition de la traite des êtres humains à visée d'exploitation sexuelle (TEHES)

En France, 81% de la TEH est de l'exploitation sexuelle, ou TEHES. La définition de la traite des êtres humains est inscrite dans le Protocole de Palerme (2000). Aux fins de l'article 3 du Protocole additionnel à la Convention des Nations-Unies contre la criminalité organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (dit « Protocole de Palerme »), l'expression « traite des êtres humains » désigne :

- **Une action** : « le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contraintes »
- **Un moyen** : « par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre ».
- **Un but** : « aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes ».

1. Mineur-es proxénètes, Cahier de la Fondation, Juin 2021, Fondation Scelles, (https://crides.fondationscelles.org/pluginfile.php/206/mod_resource/content/7/Mineur_e_s_proxenetes_Cahier_de_la_Fondation_OBIES_FONDATION_SCELLES_juin_2021.pdf)

Le « consentement » d'une victime de la traite des personnes à l'exploitation, est indifférent lorsque l'un quelconque des moyens énoncés ci-avant a été utilisé. Lorsque la victime de traite humaine est mineure, il n'est pas nécessaire de prouver le moyen. Le consentement de la victime est, dans tous les cas, indifférent.

⚠ Ne pas confondre trafic illicite de migrant-es et traite des êtres humains, même si le premier semble avoir intégré le second, notamment à fins d'exploitation sexuelle, comme moyen de remboursement du coût du voyage (Fondation Scelles, 5e rapport mondial, 2019¹).



Focus

Comment identifier une situation de TEHES rencontrée dans une démarche d'aller-vers ?

Une personne concernée par la traite répondra à un faisceau d'indices, notamment :

- Est prostituée sur le même lieu que d'autres victimes identifiées.
- Est originaire d'un pays identifié comme pays d'origine des victimes de traite des êtres humains.
- Ne possède pas de documents d'identité, n'en possède qu'une partie, ou est en possession de faux documents.
- Semble limitée dans sa liberté de mouvement : téléphone portable et/ou personne présente paraissant la surveiller ou parlant à sa place.
- Est discrète, nerveuse, peu loquace. Ambivalente.
- Ne dispose pas d'informations précises sur le lieu de prostitution et sur son logement, ne sait pas se situer et se déplacer seule dans ce territoire.
- Raconte son parcours par le biais d'un récit stéréotypé ou avec des éléments manifestement faux.
- Se méfie des autorités.
- Porte des traces de violences ou de mauvais traitement.
- Est peu demandeuse face aux travailleur-ses sociaux-les, ou seulement sur la santé.

L'identification reste difficile, pour les intervenant-es comme pour les personnes. En effet, de nombreuses personnes trafiquées ne se considèrent pas comme des victimes d'une infraction. Elles n'ont pas toujours conscience du processus (elles ont été choisies, repérées, sur des critères de vulnérabilité) ni de l'intention d'exploitation. Par

1. http://fondationscelles.org/pdf/RMS/FRANCE_extrait_5eme_rapport_mondial_Fondation_Scelles_2019.pdf

ailleurs, de nombreuses victimes ont accepté, parfois cherché à quitter leur pays, et les trafiquants se servent de cela pour les faire se sentir responsable de leur situation. Or ce « consentement » au départ n'enlève rien aux violences subies, ni à l'infraction de traite. Enfin, les trafiquants profèrent contre elles ou leur famille des menaces en cas de dépôt de plainte ou témoignage.

Le comité de suivi de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de l'ONU (CEDEF-CEDAW) a voté le 06 novembre 2020 une nouvelle recommandation générale n° 38 (RG 38¹) concernant la traite. Y sont reprises les observations faites sur le terrain qui positionnent la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle comme découlant de la prostitution et surtout d'un marché, résultat d'une demande et d'une exploitation par des trafiquants.

De l'avis du comité de suivi, cette situation persiste en raison d'un manque d'appréciation des dimensions sexospécifiques de la traite en général et de la traite des femmes et des filles en particulier, qui sont exposées à différents types d'exploitation, principalement l'exploitation sexuelle (en France, les femmes et les filles forment 82% des victimes de la TEH et 96% des victimes de la TEHES ; les enfants représentent 16% de la TEH²).

Une analyse sexospécifique de ce crime révèle que ses causes profondes résident dans la discrimination fondée sur le sexe, notamment l'incapacité de remédier aux structures économiques et patriarcales dominantes, et l'impact négatif et différencié selon le sexe des régimes de travail, de migration et d'asile des États parties qui créent les situations de vulnérabilité conduisant à la traite des femmes et des filles.



Pour en savoir plus

Guide de l'accompagnement des victimes de traite à des fins d'exploitation sexuelle. Repères, observations et pistes d'action - Amicale du Nid / Gender Alternatives - 2016.
<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2018/03/Guide-de-l-accompagnement-TEH-AmicaleDuNid.pdf>

Guide de formation « L'identification et la protection des victimes de traites des êtres humains (TEH) à l'usage des professionnel·les » - Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).
<https://amicaledunid.org/actualites/guide-de-formation-lidentification-et-la-protection-des-victimes-de-traite-des-etres-humains/>

1. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. CEDAW/C/GC/38 Recommandation générale n° 38 (2020) sur la traite des femmes et des filles dans le contexte des migrations mondiales. (<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2020/11/CEDAW-RG38-FR.pdf>)
2. Sources en France d'évaluation de ces trafics : enquêtes annuelles de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) et services de police et de gendarmerie. (<https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2023/12/plan-de-lutte-contre-lexploitation-et-la-traite-des-etres-humains-2024-2027.pdf>)

L'APPROCHE LÉGISLATIVE : DE LA LOI DE 2016 À LA PROTECTION RENFORCÉE DES MINEUR·ES

UNE ÉVOLUTION FONDAMENTALE

En 2014, la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes précise dans son article I^{er} que la politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes comportera des actions visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel.

Le 13 avril 2016, après quatre années de débats, d'auditions, de confrontations, d'aller-retours entre l'Assemblée nationale et le Sénat, la loi n°2016-444 « visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes en situation de prostitution » est promulguée. Cette loi réaffirme l'inscription de la prostitution dans le continuum des violences faites aux femmes. Elle concrétise l'émergence de la prostitution comme objet de politiques publiques et réaffirme la position abolitionniste de la France¹.

La loi prévoit :

- Le renforcement de la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains
- Le renforcement de la lutte sur internet
- Des peines complémentaires pour les auteur·ices de traite des êtres humains
- La possibilité pour certaines associations de se porter partie civile dans des procès
- La protection et accompagnement des victimes
- L'abrogation du délit de racolage ; les personnes en situation de prostitution ne sont plus considérées comme des délinquantes mais comme des victimes.
- La création d'un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle
- L'instauration d'un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle, mis en œuvre par des associations agréées par la Préfecture de département, sur une période de 6 mois renouvelable pendant 24 mois :
 - Un accompagnement global s'appuyant sur des actions de droit commun,
 - La possibilité d'accéder à des droits spécifiques : aide financière d'insertion sociale et professionnelle (AFIS) et autorisation provisoire de séjour avec droit au travail

1. « L'arsenal juridique français pour mettre en lumière le processus vers l'abolitionisme et la loi de 2016 », Rapport FACT-5, op.cit. : <http://fondationscelles.org/pdf/FACTS/10-Le-tour-de-arsenal-juridique-legislatif-francais-pages121-123-RapportFACTS.pdf>

- Le renforcement de la prévention avec :
 - L'inclusion du risque prostitutionnel dans les séances d'éducation à la sexualité, dont tout-e élève doit pouvoir bénéficier au cours de sa scolarité (cf. Circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité).
 - L'inclusion d'un module sur le système prostitutionnel dans le référentiel de formation initiale des travailleurs sociaux et travailleuses sociales
 - La prévention auprès des personnes en situation de prostitution : référentiel national de réduction des risques incluant les conséquences physiques, sexuelles et psychologiques de la prostitution.
- L'interdiction de l'achat d'actes sexuels :
 - Contravention de 5e classe (1500€ d'amende maximum), délit en cas de récidive
 - Stages de responsabilisation

LA PROTECTION DES MINEUR-ES EN SITUATION DE PROSTITUTION

La **loi du 13 avril 2016** interdit tout achat d'acte sexuel, indique enfin clairement la responsabilité des clients en faisant du recours à la prostitution une contravention de 5ème classe (article 611-1 du Code Pénal) et un délit en cas de récidive (article 225-12-1 du Code Pénal).

Le recours à la prostitution d'une personne mineure ou particulièrement vulnérable reste systématiquement un délit (article 225-12-1 du Code Pénal). Elle confirme les pénalités concernant l'achat d'acte sexuel à un-e mineur-e.

Art. 611-1.-Le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe.

« Les personnes physiques coupables de la contravention prévue au présent article encourent également une ou plusieurs des peines complémentaires mentionnées à l'article 131-16 et au second alinéa de l'article 131-17. » Pour l'auteur-ice mineur-e, l'éducatif est privilégié par rapport au répressif, ce qui ne l'exclut pas.

La Loi du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste **aggrave la peine** encourue en cas de recours à la prostitution d'un-e mineur-e de moins de 15 ans. L'aggravation vaut aussi pour les 15-18 ans mais la peine est moins lourde.

Le recours, par un-e majeur-e, à la prostitution des mineur-es est pénalisé comme suit (article 225-12-1 et 225-12-2 du Code pénal) :

- **Mineur-es de moins de 15 ans** : qualification de viol puni de 20 ans de réclusion criminelle et 3M€ d'amende (crime) ; qualification d'agression sexuelle : 10 ans d'emprisonnement et 150.000€ d'amende (délit) NB : qualification de viol si le majeur a au moins 5 ans de plus que la mineure.
- **Mineur-es de plus de 15 ans** : sans circonstances aggravantes 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende (délit) ; avec circonstances aggravantes 7 ans d'emprisonnement et 100 000€ d'amende (délit).
- La peine en matière de **proxénétisme à l'égard d'un-e mineur-e de moins de 15 ans** est aggravée par l'article 225-7-1 du Code pénal : vingt ans de réclusion criminelle et 3 000 000 euros d'amende (C. pén., art. 225-7-1).
- Article 225-7 : « Le proxénétisme est puni de dix ans d'emprisonnement et de 1 500 000 euros d'amende lorsqu'il est commis à l'égard d'un mineur (...) » de plus de 15 ans.



Focus

De l'inopposabilité du consentement à la requalification en viol

Aucun adulte ne peut se prévaloir du consentement sexuel d'un-e mineur-e de moins de 15 ans, ou de moins de 18 ans en cas d'inceste. Si un-e majeur-e a un rapport sexuel avec un-e mineur-e de 15 ans ou moins, et que la différence d'âge entre les deux est d'au moins 5 ans, il ou elle est présumé-e coupable d'un viol.

Pour rappel, la loi définit ainsi le viol : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ».

Dans le cas évoqué de recours à la prostitution d'un-e mineur-e, il n'y a plus à rechercher s'il y a eu violence, contrainte, menace ou surprise.

Délit de « sextorsion »¹ réprimant le fait de provoquer un mineur, par un moyen de communication électronique, à commettre un acte de nature sexuelle de quelque nature qu'il soit, que cet acte soit suivi ou non d'effet : peine de 7 ans de prison ou 10 ans si la victime a moins de 15 ans.

1. Amendement n°CL62 : 227 24 2 du code pénal.

La loi du 07 février 2022 relative à la **protection des enfants** introduit la protection des mineur-es en situation de prostitution dans la description des missions de l'ASE (article L. 221-1 CASF).

En France, plusieurs infractions définissent l'exploitation sexuelle dans le code pénal : la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle (art.225-4-1), le proxénétisme sur mineurs (art.225-5 à 225-7), le recours à la prostitution de mineurs (art.225-12-1).

« Tout mineur qui se livre à la prostitution, même occasionnellement est réputé en danger et relève de la protection du juge des enfants au titre de la procédure d'assistance éducative ».



Pour en savoir plus

Guide de la justice des mineurs - Ministère de la Justice - 2022.

<https://www.justice.gouv.fr/publications-10047/outils-pedagogiques-12161/guide-de-la-justice-des-mineurs-34182.html>

DU REPÉRAGE AU SIGNALEMENT DES SITUATIONS DE PROSTITUTION

REPÉRER ¹

Il n'y a pas de profil type !

Ce que l'on peut repérer, c'est un faisceau de signes qui ne sont que des points de repère. Il n'y a aucun déterminisme. Ils ne prétendent pas à être exhaustifs.

Trois types de signaux² :

Signaux liés aux facteurs de vulnérabilités :

- Isolement, solitude,
- Avoir déjà été victime de violences, notamment sexuelles,
- Carences affectives et/ou éducatives,
- Difficultés familiales,
- Manque d'estime de soi, dévalorisation,
- Précarité, besoin d'argent, errance, besoin d'hébergement,
- Situation administrative irrégulière,
- Stigmatisation due à l'orientation sexuelle,
- Être ciblé-e par les agresseurs du fait de sa couleur de peau ou de son âge.

Signaux liés aux conséquences physiques, psychiques et sociales :

- Blessures, bleus, douleurs fréquentes, fatigues chroniques,
- Incurie sanitaire/lavages intensifs et répétés,
- Troubles alimentaires,
- Problèmes gynécologiques, VIH, Infections sexuellement transmissibles, grossesses non-désirées,
- Signes de dissociation et de décorporalisation : ne plus ressentir et donc ne plus pouvoir manifester d'émotions, ne plus ressentir la douleur, ne plus « être dans son corps »,
- Stress post-traumatique : anxiété, troubles du sommeil,
- Flashbacks (ex : une image fait revivre le traumatisme),

1. Voir La prostitution est une violence. Guide d'accompagnement à destination des professionnel.le.s, Observatoire des violences envers les femmes du Département de la Seine-St-Denis, Centre Hubertine Auclert, LAO POW'HER, Amicale du Nid. (<https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/guide-la-prostitution-est-une-violence-les-jeunes-sont-en-danger.pdf>)

2. In : Prostitution osons en parler. Points de repères à l'usage des professionnel-les, Amicale du Nid - novembre 2019. (<https://amicaledunid.org/ressources/prostitution-osons-en-parler-points-de-reperes-a-lusage-des-professionnel-les/>)

- Dépression, comportements destructeurs,
- Pensées suicidaires,
- Problématiques addictives,
- Sentiment de honte et culpabilité, obligation de dissimuler une partie de sa vie, dissonance cognitive,
- Exclusion sociale, repli sur soi, désinvestissement social,
- Troubles de la santé sexuelle
- Rapports au temps et à l'argent inhabituels, consumérisme compensatoire.

Signaux d'emprise :

- Semble tenu-e de répondre immédiatement au téléphone,
- Se présente toujours accompagné-e aux rendez-vous,
- Paraît incapable de prendre seul-e une décision pour lui-elle-même.

ABORDER LE SUJET

Oser en parler¹

S'autoriser à en parler car cette violence a des conséquences graves sur les victimes.

Ne pas poser de mots c'est :

- Banaliser cette violence.
- Contribuer à renforcer la honte, la peur, et la culpabilité.

Pour les mineur-es :

Parce que c'est la loi, et notre responsabilité de citoyen-ne et de professionnel-le de signaler toute situation de mineur-e en danger.

- Parce que les personnes sont en danger.
- Parce qu'elles peuvent difficilement parler de leur situation.
- Parce que garder le sujet tabou aggrave la situation.

La sidération des mineur-es peut entraîner parfois celle des professionnel-les :

« Les mineures rapportent des situations dans lesquelles elles semblent ne pas identifier ni même questionner les effets de leurs actes ». (...) « On peut envisager que la prostitution soit (...), pour certaines jeunes, un moyen d'agir pour ne pas penser, mais également d'agir pour ne pas être agir² ».

1. Prostitution osons en parler Op. cit.

2. Lavaud-Legendre, B., « L'accompagnement des mineures en situation de prostitution : mission impossible ? », Sociétés et jeunes en difficulté, n°27, Printemps 2022. (<https://journals.openedition.org/sejed/11284#tocto2n6>)

Et si cet-te enfant n'est pas en situation de prostitution ? Ce n'est pas grave, ce serait de la prévention. En parler, crée l'occasion d'ouvrir un dialogue, plutôt que de maintenir un tabou.

Installer un cadre

Confiance et sécurité :

- Instaurer un climat sûr en recevant la personne seule. Une autre personne, même prostituée, peut avoir la charge de sa surveillance, voire être elle-même proxénète.
- Attention également au choix des interprètes qui peuvent appartenir à la même communauté. Il convient d'être vigilant-e sur la confidentialité des échanges, la transmission des informations (identité, numéro de téléphone, adresse ou lieux d'hébergement), les partenariats pour accompagnement ou mise à l'abri.
- Ne pas oublier la « dette » à la fois matérielle et symbolique mise en place par le ou les proxénètes (passeur, logeur, pourvoyeur d'alimentation, relais au pays d'origine...), la désinformation des personnes, leur sentiment d'isolement face aux violences subies et à subir, les dangers encourus par les proches en cas de sortie de la prostitution, et la défiance apprise d'avec les institutions.

Soutien :

- Montrer que l'on est de son côté et que l'on s'inquiète pour elle. Expliquer, sans ambages, pourquoi vous en parlez, sans porter de jugement de valeur ni tenter de lui faire « avouer ». Valoriser le courage d'avoir parlé de sa situation, première étape vers la sortie.

Légitimité :

- S'appuyer sur le cadre de la loi qui considère la personne prostituée comme une victime, et condamne l'acheteur et le proxénète.

Communication :

- Ne pas utiliser de mots qui jugent ou banalisent. Inversement, ne pas dramatiser une situation déjà source d'angoisse pour la personne. Communiquer les éléments utiles (adresses, structures et personnes ressources, outils numériques dont vous avez connaissance)
- Proposez de contacter ensemble un partenaire ou une association spécialisée.

Temporalité :

- La vie des personnes en situation de prostitution ne leur permet pas d'assurer facilement un rendez-vous. Elles peuvent également connaître des difficultés face aux repères temporels. Préparer la personne à d'éventuels délais d'attente et ne pas promettre ce qui ne peut être tenu.



Focus

Confusion des repères temporels dans le récit des personnes et dissociation post-traumatique

Des phrases commencent à l'imparfait et se terminent au présent, sans que l'on sache si cela signale une situation de prostitution toujours actuelle ou la manifestation d'un symptôme post-traumatique : c'est un symptôme de la dissociation protectrice mise en place par le cerveau en réponse à la peur, au stress intense ou au trauma.

User d'un vocabulaire adapté

« Poser des questions naïves sur la prostitution c'est bien ! Ça permet de laisser la personne en parler avec ses mots. (...) Pour la prostitution elle parle de « rendez-vous » avec des messieurs, pas de prostitution. Mais elle dit « quelle arrive plus à se regarder dans un miroir »

« Ne pas ignorer la prostitution quand c'est su/dit. Demander à la personne ce qu'elle veut faire de la prostitution »

Partage des pratiques professionnelles entre les équipes de AdN-AAF à Marseille.

Les mots sont importants et il convient vis-à-vis de la situation de prostitution vécue par une personne accueillie de ne pas essentialiser et de ne pas euphémiser :

- Parler de « personnes en situation de prostitution », plutôt que de « prostitué-es », afin de désessentialiser la situation vécue. Souvent, l'injonction à « devenir pute » est puissante et remonte à l'enfance. Elle est le produit de situations sociales et familiales complexes.
- Le terme de « conduites prostitutionnelles » : risque de véhiculer l'idée d'une responsabilité de la personne. Et derrière conduite s'entend encore son antonyme l'« inconduite », qu'elle soit sociale ou sexuelle. « Situation prostitutionnelle ou de prostitution » est mieux adapté et plus fidèle à la réalité de la personne.
- Parler de conduites à risque est tout à fait valable, y compris pour les mineur-es qui les expérimentent tout particulièrement, mais la prostitution en elle-même ne saurait être ramenée à une conduite à risque en ce qu'elle est une violence dont la personne n'est pas responsable.

- Escorting, débrouille, sugar baby... : ces termes désignant la prostitution au même titre que le « michetonnage » (synonyme de « débrouille ») ne font qu'euphémiser ou masquer la réalité de la prostitution. Les termes anglophones entretiennent un flou et une plurivocité engendrant de possibles confusions. Ainsi le ou la sugar baby n'est pas un enfant choyé mais bien un objet sexuel (si la victime est mineure, il s'agit même de pédocriminalité), et la camgirl, quand bien même elle mettrait tout son cœur à produire un contenu artistique, n'est pas une artiste conceptuelle aux yeux de l'acheteur de ces images.

⚠ Camgirls, camboys, coming (de « camera »). Le coming (« fait pour une personne de se livrer, devant une caméra, à des agissements à caractère sexuel transmis en direct par un moyen de communication audiovisuelle à des clients qui les sollicitent et les rémunèrent par un moyen de paiement à distance ») n'est pas défini par la jurisprudence française comme prostitution « dès lors que celle-ci n'implique aucun contact physique entre la personne qui s'y livre et celle qui la sollicite » (voir Arrêt de la cour de Cassation du 18 mai 2022). Des associations spécialisées dans **l'accompagnement des personnes en situation de prostitution et dans la protection de l'enfance souhaitent cependant faire évoluer cette appréciation de la prostitution comme impliquant nécessairement un contact physique.**

⚠ Michetonnage, une prostitution qui voudrait ne pas dire son nom... mais dont l'étymologie est explicite, le micheton (diminutif de miché, homme facile à duper) désignant en argot parisien le client d'une personne prostituée et la michetonneuse, la femme prostituée. « Elles exposent leur activité en utilisant le vocabulaire du monde du travail (bosser, contrat, recrutement, entretien d'embauche...) »¹.



Pour en savoir plus

Quelques phrases d'amorces de discussion face à un-e mineur-e : Fiche conseil pour aborder le sujet de la prostitution en entretien, à destination des professionnels - Centre de Victimologie pour mineur-es

<https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/trame-entretien-promifrance.pdf>

Le michetonnage c'est quoi ?

<https://www.acpe-asso.org/le-michetonnage-cest-quoi>

1. Rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs - juillet 2021. Synthèse. (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_sur_la_prostitution_des_mineurs_12072021.pdf)

Le site de prévention de l'Amicale du Nid « Je ne suis pas à vendre ». Un site Internet rassemblant différents médias qui permettent d'aborder la question de la prostitution avec les mineur-es. La BD interactive « le jeu dont tu seras le héros » donne à l'internaute la place de héros et pose la question « et toi tu ferais quoi ? ». Elle permet d'aborder ces questions de façon ludique et d'informer les jeunes sur les possibilités d'accompagnement.

[jenesuispasavendre.org](https://www.jenesuispasavendre.org)

Guide « La prostitution est une violence – Guide d'accompagnement à destination des professionnel·les » – Observatoire des violences envers les femmes – Département de la Seine-St-Denis – Centre Hubertine Auclert, LAO POW'HER, Amicale du Nid, 2021.

<https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/guide-la-prostitution-est-une-violence-les-jeunes-sont-en-danger.pdf>

Guide « Prostitution : Osons en parler » – Amicale du Nid – 2019.

<https://amicaledunid.org/ressources/prostitution-osons-en-parler-points-de-reperes-a-lusage-des-professionnel-les>

Site de prévention du risque prostitutionnel à destination des collégien·nes, Y a quoi dans ma banane ? Tout ce qu'il faut pour dire stop à la violence – Mouvement du Nid – 2023.

<https://dansmabanane.mouvementdunid.org>

SIGNALER UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

Le signalement est l'affaire de toute personne !

Il n'est pas nécessaire d'être un·e professionnel·le. En effet, toute personne ayant des raisons de craindre qu'un ou une mineure est en situation de prostitution est tenue de faire un signalement.

- Victime majeure : possibilité de signalement pour le médecin : autorisation de lever le secret médical si danger imminent et victime sous emprise. Le Conseil de l'ordre de médecins a créé des documents pour aider à évaluer le danger et l'emprise : <https://declicviolence.fr/p/le-signalement-et-linformation-preocupante-alerter-et-protger>
- Victime mineure ou majeure vulnérable¹ : obligation de signalement pour le médecin.

1. Majeure vulnérable : personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique. Une femme enceinte est également considérée comme une personne vulnérable si l'auteur des violences a conscience de cet état de grossesse.

Il est à souligner que si les faits sont observés sur Internet, il existe un service de télé-signalment prévu pour avertir les services de police et de gendarmerie : <https://www.internet-signalment.gouv.fr>

En France, les mineur-es en situation de prostitution sont réputé-es en danger. Pour caractériser l'infraction de proxénétisme ou de recours à la prostitution, la victime doit simplement être âgée de moins de 18 ans. Le concept de « majorité sexuelle » n'existe pas dans la loi.

La loi oblige également professionnel·les en exercice (professeur·e, soignant·e, etc.) constatant que « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont gravement compromises » à transmettre un signalment ou une information préoccupante (voir infra). Ce devoir d'alerter prévaut au secret professionnel, y compris si l'enfant a 15 ans ou plus, dans le cas d'une situation de prostitution (ou de risque prostitutionnel) : en effet, la loi du 4 mars 2002 reconnaît que dans ce cas, le mineur est réputé en danger.

Cet impératif d'alerter vaut y compris si le mineur semble consentir aux actes prostitutionnels – le consentement ne peut pas être invoqué dans le cas de la prostitution des mineur-es ; et y compris si l'acte sexuel n'implique pas un échange d'argent – il peut s'agir d'une contrepartie matérielle ou en nature (psychotropes, hébergement...).

Enfin, cette démarche s'impose même si cela ne repose que sur des inquiétudes. En effet, les services judiciaires pourront apprécier les suites à apporter.



Focus

Différence entre Information préoccupante (IP) et signalment

Il convient de prendre en compte : l'urgence (danger imminent), la gravité des faits, le niveau de connaissance d'éléments objectifs de mise en danger (l'IP ne se traduit pas forcément par un signalment pénal).

- L'envoi d'une information préoccupante IP est fait à la Cellule de Recueil, de Traitement et d'Évaluation des Informations Préoccupantes - CRIP, avec copie à la·au Procureur·e : doutes et inquiétudes, faisceau d'indices faible, pas de mots sur la prostitution de la part du ou de la mineur·e.
- Un signalment est fait à la·au Procureur·e avec copie à la CRIP : Quand des éléments objectifs et/ou un faisceau d'indices concordants, de confidences, du/de la jeune existent qui nécessitent une mise à l'abri immédiate (OPP)



Vrai ou faux

La famille est soutenante, je n'ai pas besoin de signaler ?

✘ FAUX

Signaler c'est mettre en danger le-la mineur-e vis-à-vis de sa famille ?

✘ FAUX

« Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées. »

Article L226-2-1 - modifié par Loi n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 (V)

Si hésitation, appeler la CRIP pour conseils ou le 119.

Le-la mineur-e est aussi auteur-ice de faits interdits par la loi

✘ FAUX

L'écrit a vocation à demander la protection du mineur en premier lieu. Qui plus est, les logiques des réseaux proxénètes, favorisent la transgression de la loi pour maintenir l'emprise.

DE L'ALLER-VERS À L'ACCOMPAGNEMENT

ALLER-VERS, PRÉSENTIEL ET NUMÉRIQUE : PRINCIPES D'ACTION

Aller-vers dans l'espace public

« Le constat d'une prostitution de voie publique, toujours très soutenue mais déclinante, est partagé par l'ensemble des acteurs. C'est une prostitution presque exclusivement étrangère, structurée par des réseaux exploitant leurs compatriotes. Elle concerne en premier lieu des personnes de nationalité nigériane, puis roumaine, bulgare et hongroise, ainsi que quelques réseaux sud-américains qui exploitent une population masculine, et, principalement à Paris, des réseaux chinois ».

Evaluation de la loi du 13 avril 2016, IGAS, décembre 2019
(<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-032r-prostitution-d.pdf>)

Les actions extérieures dites de « maraude », « maraudes de rue », « aller-vers », « tournées de prévention » ou encore « contacts », ont pour objectif d'aller à la rencontre des personnes en situation de prostitution dans l'espace public (rue, route, bois...).

Elles répondent à un ensemble d'objectifs communs et interconnectés :

- Rencontrer le public en situation de prostitution afin de créer un lien.
- Faciliter l'accès à l'information et au système de droit commun.
- Prévenir et réduire les risques issus de la prostitution.
- Observer le terrain.

Parmi les principes de ces actions de rue, on peut distinguer :

- La régularité comme facteur de continuité du lien.
- La libre adhésion des personnes concernées.
- La création d'une « parenthèse » de la situation prostitutionnelle.
- L'adaptabilité au terrain et au public.

Aller-vers dans l'espace numérique

Selon un récent rapport de la Fondation Scelles, les deux-tiers des activités prostitutionnelles passeraient par les technologies numériques. Cette reconfiguration représente pour la personne en situation de prostitution un risque supplémentaire (hors de l'espace public, une victime a peu de chance d'être secourue).

Les réseaux sociaux sont des amplificateurs du système prostitutionnel¹

- Diffusion à grande échelle de discours banalisant la prostitution, et de représentations sexistes.
- Prolongement des violences sexistes et sexuelles dans l'espace numérique (cyber-violences)
- Utilisation d'Internet par les proxénètes et les « clients » pour « recruter » des personnes vulnérables, s'adresser à elles de manière anonyme, exercer surveillance et représailles, enfin organiser le marché de la prostitution.
- Les réseaux sociaux comme Snapchat ou Instagram, une plateforme comme OnlyFans normalisant la marchandisation du corps des plus jeunes.
- Les sites de rencontres entre jeunes sont scrutés par proxénètes et clients prostitués à des fins de repérage.
- Des sites d'annonces en ligne, parfois généralistes, proposent des services dits d'« escorting ».
- Des sites de location d'appartements facilitent le proxénétisme voir diffusent des annonces de prostitution.

Même si les maraudes physiques et numériques partagent un certain nombre d'objectifs communs, l'aller-vers via Internet est bien un mode d'intervention à part entière avec des buts spécifiques correspondant à la réalité de l'espace numérique :

- Rencontrer les personnes en situation de prostitution via Internet
- Développer une présence en ligne
- Observer un nouvel espace de prostitution

La plupart des principes appliqués à la réalisation des maraudes physiques ont été réinterprétés à la lumière des spécificités du contexte numérique :

- La régularité de la présence comme facteur de lien et de légitimité
- L'adaptation au public et à leurs modes de communication numérique
- Avancer « à visage découvert »

1. 5e Rapport mondial Prostitution Fondation Scelles. <https://www.rapportmondialprostitution.org/>

AU CŒUR DE L'ACCOMPAGNEMENT : L'ÉMANCIPATION DU SYSTÈME PROSTITUTIONNEL

Tout comme il y a des facteurs d'entrée ou de maintien dans la prostitution, il existe des éléments charnières qui en favorisent la sortie. Si celle-ci peut être soudaine et faire suite à un évènement particulièrement significatif pour la personne, elle est le plus souvent graduelle ou progressive, marquée par des allers-retours. Il faut soutenir ce désir de changement sur tous les plans nécessaires et comprendre l'émancipation de la prostitution comme un processus à dimensions multiples. Ainsi, le « processus d'émancipation de la prostitution » devient une démarche socle de l'accompagnement social global.

Construite sur la base de relevés des équipes de terrain de l'Amicale du Nid, la « Roue de l'accompagnement social¹ » présente de manière synthétique et d'un seul tenant les sept dimensions dans lesquelles intervient l'accompagnement social global des personnes en adaptant ce dernier selon la singularité du parcours :

- Un accès aux droits fondamentaux,
- Un lieu de vie où se sentir en sécurité,
- Un accès aux soins et à la santé,
- Des moyens d'accès à une insertion socioprofessionnelle,
- Et à une intégration sociale,
- Une compréhension du système prostitutionnel,
- Le respect de leur autonomie.

Cette « roue » est la mise en forme et en couleurs des relevés :

- Les trois cercles concentriques, les étapes du cheminement - de l'enfermement dans le processus prostitutionnel à l'inscription dans d'autres valeurs et modes de relations, en passant par la phase intermédiaire de transition.
- Les sept dimensions de l'accompagnement :
 - Travailler sur les compétences psychosociales
 - Créer les conditions matérielles de sa sortie de prostitution
 - Accompagner la mise à l'abri
 - Permettre l'accès aux soins
 - Accompagner vers l'accès aux droits
 - Expliquer l'intérêt et les modalités du dépôt de plainte.

1. Attention ! Comme support d'entretien à utiliser avec les personnes concernées par la prostitution, accompagnées par un.e professionnel(le), l'outil se veut un moyen de visualisation d'une situation sociale, sanitaire et administrative et, de là, d'empowerment possible de la personne accompagnée. Jamais imposé, il doit être manié avec tact et savoir-faire pour éviter d'être perçu comme un « test » d'accès à l'accompagnement ou à l'hébergement, ou un moyen de contrôle. Comme grille de lecture théorisant un partage de regards sur un processus, pour soutenir des pratiques professionnelles (partager en équipes, soutenir des écrits adressés à l'extérieur), il ne constitue pas un cadre rigide visant à forcer des parcours dans une direction.



Focus

Parcours de sortie de prostitution (PSP) et aide financière à l'insertion sociale (AFIS) pour les personnes engagées dans le dispositif

La loi n°2016-449 du 13 avril 2016 renforçant la lutte contre le système prostitutionnel et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution a instauré un parcours de sortie de la prostitution (PSP). Elle prévoit pour les personnes engagées dans le dispositif un soutien financier spécifique : l'aide financière à l'insertion sociale (AFIS).

D'une durée de 6 mois renouvelable, dans la limite de 24 mois, le parcours de sortie de prostitution permet aux personnes engagées de bénéficier :

- D'un accompagnement individualisé vers la sortie de la prostitution et l'insertion sociale et professionnelle par une association agréée par la Préfecture du département,
- D'un logement,
- D'une autorisation provisoire de séjour d'une durée initiale de 6 mois,
- Du versement de l'aide financière à l'insertion sociale.

Prostitution et droit au séjour

Au vu de la complexité des procédures, si vous ne connaissez pas le droit des étrangers, il peut être important d'être soutenu par une association spécialisée dans les différentes démarches pour l'obtention de :

- L'autorisation provisoire de séjour (APS), parcours de sortie de prostitution, dans le cadre de la loi du 13 avril 2016 (article L.425-4 du CESEDA) ;
- Le titre de séjour pour plainte (article L.425-1 du CESEDA) ;
- Le titre de séjour pour raisons exceptionnelles ou humanitaires ;
- L'asile, statut de réfugié-e ou protection subsidiaire.

Un-e mineur-e ne peut pas être considéré-e comme étant en situation irrégulière.

Référentiel de réduction des risques, avec ou sans hébergement

Le référentiel national de réduction des risques (RDR) en direction des personnes en situation de prostitution est à destination des professionnel·les des champs sanitaire, social, éducatif et de la médiation, des associations impliquées dans les actions de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution, des personnes en situation de prostitution.

Le décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuve le RDR en direction des personnes en situation de prostitution en complétant le code de la santé publique. La réduction des risques vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux résultant des pratiques prostitutionnelles. Les actions visent à :

- Prévenir les infections sévères, aiguës ou chroniques, les pathologies somatiques non infectieuses et les pathologies psychiques ;
- Orienter en fonction des besoins les personnes vers les services de soins généraux, de soins spécialisés, les services d'addictologie, les services de santé mentale, les services sociaux et d'urgence, les associations agréées chargées de la mise en œuvre du parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle ;
- Améliorer leur état de santé physique et psychique ;
- Améliorer leur insertion sociale (accès au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle, à l'accès au logement, aux droits sociaux, à la santé, aux systèmes de protection et d'assistance et aux services sociaux) ;
- Favoriser la participation des personnes dans la définition et la réalisation des actions de RDR dans une démarche de santé communautaire ;
- Contribuer au recueil de données ou à l'amélioration des connaissances sur la santé des personnes en situation de prostitution. ».



Ressources utiles

À destination des personnes en situation de prostitution :

Sexploited

Application présentant les droits et les dispositifs d'aide et d'urgence à proximité. Disponible en 10 langues et préservant l'anonymat, elle propose de mettre en relation les personnes en situation de prostitution, françaises ou étrangères, majeures ou mineures, avec des structures pouvant leur fournir une aide ou un accompagnement.

<https://www.sexexploited.org>

Je n'suis pas à vendre

Site internet visant à sensibiliser les jeunes sur la question de la prostitution et à informer des possibilités d'accompagnement. Une bande dessinée interactive, des vidéos, un Késaco répondant aux questions courantes, et une liste des structures à contacter.

<https://jenesuispasavendre.org>

À destination des professionnel-les :**119**

Numéro d'appel/tchat « Enfance en danger » pour publics et professionnelles, concernant enfants et jeunes jusqu'à 21 ans.

[119 \(24h/24 - 7j/7\)](https://www.allo119.gouv.fr/24h-24-7j-7)

Par tchat gratuit et confidentiel

<https://www.allo119.gouv.fr/besoin-daide?tchat=1#tchat>

Dispositif en LSF pour les personnes sourdes et malentendantes

<https://www.allo119.gouv.fr/je-suis-sourd-ou-malentendant-comment-puis-je-contacter-119>

En cas de danger grave et imminent, composer le 112, ou le 114 par SMS pour les personnes sourdes et malentendantes ; Police secours ou gendarmerie au 17, les pompiers au 18, le SAMU au 15.

Repérage et accompagnement des personnes en situation de prostitution.

Guide pratique à destination des professionnel-les

<https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/50571/334568/file/Guide%20prostitution.pdf>

La prostitution à l'ère numérique. Vers une redéfinition de la prostitution ?

Cahier de la Fondation - Avril 2023 - Fondation Scelles

https://crides.fondationscelles.org/pluginfile.php/250/mod_resource/content/6/Prostitution_a_l_ere_du_numerique_Cahier_de_la_Fondation_OBIES_FONDATION_SCELLES_avril2023.pdf

Centre de Victimologie des Mineurs (CVM)

Guide de repérage des situations de prostitution des mineurs, à destination des professionnels

<https://association-cvm.org/medias//guide-de-reperage-des-situations-de-prostitution-de-mineurs>

Fiche conseil pour aborder le sujet de la prostitution en entretien, à destination des professionnels

<https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/trame-entretien-promifrance.pdf>

 **À RETENIR**

La prostitution est une atteinte à l'intégrité de la personne, avec des conséquences graves sur sa santé physique, psychique et sexuelle, sa sexualité et sa vie sociale et affective

La prostitution est un système et non un choix individuel :

- **Le client-prostituteur** : c'est celui qui paye pour obtenir l'accès au corps de l'autre. On l'appelle prostitueur parce que sans demande il n'y aurait pas de prostitution.
- **Le proxénétisme** : c'est le fait d'assister et/ou de tirer profit de et/ou de pousser quelqu'un à la prostitution.
- **La traite des êtres humains** : c'est le fait de recruter, transporter, héberger une personne afin de l'exploiter avec l'un des moyens suivants : menaces, force, contraintes, tromperie, abus d'autorité ou de vulnérabilité. Le crime est constitué quel que soit le degré de consentement de la victime à cette exploitation.
- **La passe** : c'est toujours un acte sexuel imposé par une inégalité de pouvoir.

Le système prostitutionnel est le produit de rapports de domination :

- **Domination sexiste** : Système qui justifie et perpétue l'appropriation par les hommes du corps des femmes au nom de besoins irrépressibles ou pulsions incontrôlables
- **Domination raciste** : Système qui justifie les discriminations et les violences en attribuant des comportements sexuels en fonction de l'origine et/ou la couleur de peau des personnes.
- **Domination capitaliste** : Système lié au modèle économique dominant qui justifie et perpétue l'exploitation des plus pauvres et la marchandisation des corps.

La prostitution n'est pas une conduite à risque mais le produit d'une exposition spécifique au risque due au cumul de facteurs de vulnérabilités initiaux et de facteurs déclenchants.



PARTIE 2

LES ADDICTIONS

LA DÉFINITION DES CONDUITES ADDICTIVES

Les conduites addictives, sont des comportements répétitifs et compulsifs qui peuvent conduire à une dépendance psychologique et/ou physique. Les conduites addictives peuvent concerner l'usage nocif d'un produit (alcool, tabac, cannabis, autre substance psychoactive) ou un comportement (jeu pathologique, sexualité compulsive, troubles alimentaires, achats compulsifs, etc....)

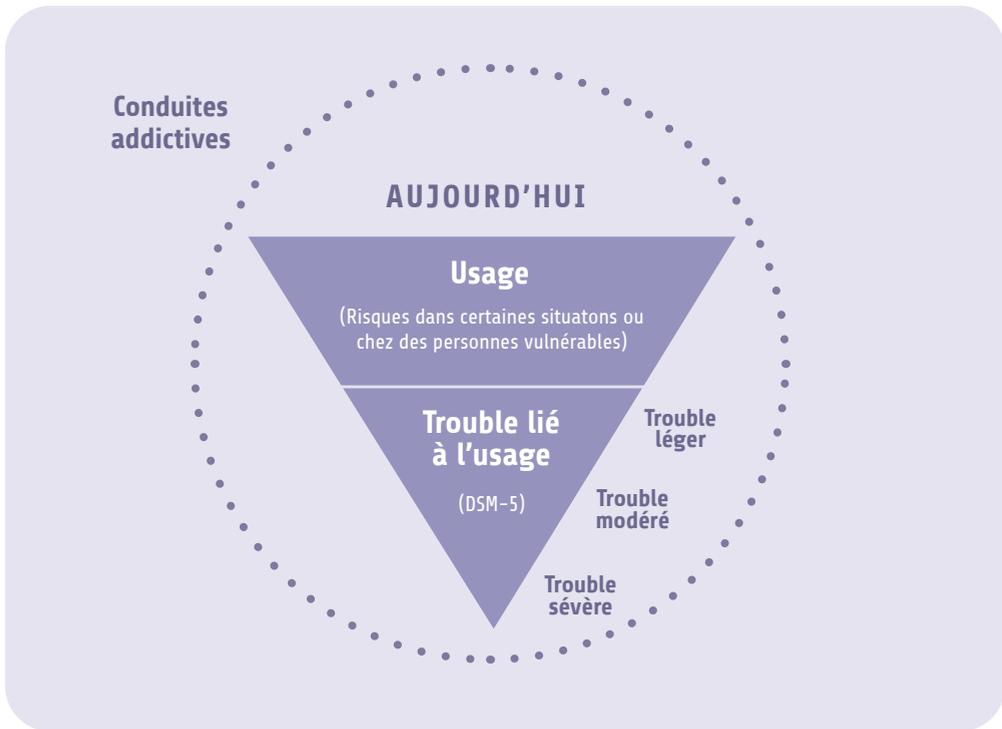
Les conduites addictives sont caractérisées par une perte de contrôle sur le comportement addictif, une poursuite de ce comportement malgré la connaissance des conséquences négatives et une tolérance qui conduit à la nécessité de consommer de plus en plus pour obtenir le même effet¹.

Les causes des conduites addictives sont multiples, avec des facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. Les conduites addictives sont qualifiées comme telles dès lors qu'elles entraînent des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale, les relations sociales et professionnelles, et la qualité de vie des personnes concernées.

La prise en charge des conduites addictives inclut différents types d'interventions, tels que la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie de groupe, la psychothérapie, les médicaments, les programmes de réadaptation, la réduction des risques et des dommages, etc. Dans certaines situations, il est nécessaire de se faire accompagner par des professionnel·les de santé qualifié·es pour prévenir et traiter les conduites addictives.

1. Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. Les Pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives : rapport remis au secrétaire d'État à la santé. 1999. 169 p.)

LES PRINCIPALES CONDUITES ADDICTIVES



FAMILLES DE PRODUITS, EFFETS RECHERCHÉS ET CONSÉQUENCES

Les addictions les plus fréquentes sont celles relatives aux substances psychoactives réglementées (tabac, alcool...), détournées de leur usage (médicaments, poppers, colles, solvants...) ou illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy...). Régulièrement, d'autres substances à potentiel addictif émergent, comme le protoxyde d'azote contenu dans les cartouches de siphons à Chantilly ou de nouveaux produits de synthèse (MDMA, cathinones...).

Toutes provoquent un effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement, à un degré variable, et exposent à un risque de dépendance plus ou moins rapide et plus ou moins sévère.

Les drogues illicites : Elles comprennent le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines, etc. Les effets recherchés sont des sensations de bien-être, d'euphorie, de stimulation, de relaxation ou de réduction de l'anxiété. Les conséquences à court terme peuvent inclure des problèmes de coordination, des troubles du comportement, des problèmes

de mémoire et de concentration, des accidents et des blessures, etc. Les conséquences à moyen et long terme peuvent inclure des problèmes de santé mentale, des troubles cardiovasculaires, des problèmes de respiration, des troubles du foie et des reins, etc.

L'alcool : Il est une substance légale qui peut entraîner une dépendance physique et psychologique. Les effets recherchés sont des sensations de détente, de désinhibition, de sociabilité ou de stimulation. Les conséquences à court terme peuvent inclure une diminution des capacités cognitives, une désinhibition excessive, des accidents et des comportements violents, etc. Les conséquences à moyen et long terme peuvent inclure des troubles du foie, des problèmes de santé mentale, des troubles cardiovasculaires, des cancers, etc.

Le tabac : Il est une substance légale qui peut entraîner une dépendance physique et psychologique. Les effets recherchés sont des sensations de relaxation, de stimulation ou de réduction de l'anxiété. Les conséquences à court terme peuvent inclure une diminution des capacités cognitives, une diminution de la qualité de la respiration, une augmentation de la fréquence cardiaque, etc. Les conséquences à moyen et long terme peuvent inclure des maladies pulmonaires, des cancers, des troubles cardiovasculaires, etc.

Mésusage de médicaments : Le mésusage de médicaments est l'utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament dans une situation où il ne devrait pas l'être, c'est-à-dire en dehors des indications reconnues.

- Les médicaments les plus souvent mésusés sont les antitussifs opiacés, les benzodiazépines, les antihistaminiques sédatifs, les diurétiques et les antidépresseurs.
- Les effets recherchés par les personnes qui mésusent des médicaments sont variés : euphorie, sédation, perte de poids, amnésie, etc. Cependant, le mésusage de médicaments peut entraîner des conséquences graves à court, moyen et long terme.
- À court terme, le mésusage peut entraîner des effets indésirables tels que somnolence, confusion, nausées, constipation, hypotension, etc. À moyen terme, le mésusage peut provoquer une tolérance, une dépendance et un syndrome de sevrage. À long terme, le mésusage peut causer des troubles psychiques, des lésions organiques, des interactions médicamenteuses et un risque de surdosage mortel.
- Il est important de noter que chaque conduite addictive peut avoir des effets différents selon la personne, la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que les contextes dans lesquels ces conduites sont pratiquées.

Selon la classification DSM-5, on considère qu'un patient souffre d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- un besoin impérieux et irréprouvable de consommer la substance ou de jouer (croying),
- une perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu,
- beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu, l'augmenta-

- tion de la tolérance au produit addictif,
- la présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu,
 - l'incapacité de remplir des obligations importantes,
 - l'usage même lorsqu'il y a un risque physique,
 - des problèmes personnels ou sociaux,
 - le désir ou la réalisation d'efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité, des activités réduites au profit de la consommation ou du jeu,
 - la poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

ADDICTIONS CHEZ LES FEMMES : DES PRATIQUES SPÉCIFIQUES

Si, jusqu'à récemment, les recherches en sciences sociales sur l'alcool se préoccupaient essentiellement de la consommation masculine, la dimension du genre s'est rapidement imposée comme un thème d'études majeur dans les vingt dernières années, en particulier Outre-Atlantique.

Les conduites addictives féminines répondent à des spécificités liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux spécifiques. Une étude montre que les femmes sont davantage réceptives aux substances psychoactives contenues dans les produits psycho-actifs. Ainsi à titre d'illustration, il est montré qu'à poids et consommation égaux, le taux d'alcool d'une femme est 1,2 fois supérieur à celui d'un homme. Enfin, la consommation de produit psychoactif par les femmes entraîne à l'instar des hommes des conséquences sur la santé physique, mentale, la vie familiale et professionnelle, et augmente par ailleurs l'exposition aux violences¹.

- **Les facteurs déclenchants** : Les femmes ont des facteurs déclenchants de consommation qui sont différenciés de ceux des hommes. Le vécu de prostitution, une grossesse non désirée, un post partum difficile, un refus de la ménopause ou encore des facteurs de santé mentale sont pour les femmes des facteurs spécifiques de déclenchement de consommation.
- **Les raisons de la consommation** : Les différences de genre montrent une dépendance affective plus forte chez les femmes que les hommes, un impact plus marqué des événements négatifs de l'enfance comme cause et origine des addictions. L'étude mentionne des prises de risque dans les comportements addictifs plus importantes chez les femmes que chez les hommes².

1. Beck F. et al. « Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? ». *Tendances*, n° 117, 2017, 8 p

2. Simmat-Durand L. « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 10-11, mars 2009, pp. 86-89).

- **La stigmatisation** : Les représentations sociales font peser sur les femmes un jugement plus précoce et sévère sur les conduites addictives féminines. Ces représentations sociales introduisent une culpabilité intériorisée par les intéressées et rendent ainsi plus difficile la recherche d'aide auprès des professionnels de santé et de l'entourage. Les femmes sont en ce sens confrontées à des obstacles différents de ceux des hommes lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins pour leur dépendance.

En conclusion, il existe un enjeu à reconnaître les spécificités de la dépendance chez les femmes et à adapter en conséquence les traitements qui tiennent compte de ces distinctions¹.

MINEUR·ES - JEUNES MAJEUR·ES : SPÉCIFICITÉS DES CONDUITES ADDICTIVES²

Les mineur-es sont plus susceptibles de développer des pratiques addictives que les adultes pour plusieurs raisons :

- Elles-ils sont plus exposé-es aux pressions sociales et aux pairs qui peuvent les inciter à consommer des substances addictives pour se conformer ou se sentir accepté-es.
- De plus, Elles-ils subissent des changements importants au niveau du cerveau et du corps qui peuvent les rendre plus vulnérables aux effets des substances addictives et affecter leur capacité de jugement et de contrôle.
- En outre, Elles-ils peuvent souffrir de troubles psychiatriques sous-jacents poussant à rechercher un soulagement ou une évasion dans la consommation de substances addictives.

Face à ce constat, il est essentiel de mettre en place des mesures de prévention et de traitement adaptées aux spécificités de ce public. Ces mesures doivent prendre en compte le stade de développement et les besoins des mineur-es, ainsi que les facteurs environnementaux et psychosociaux qui influencent leur consommation de substances addictives. Le renforcement du soutien familial et scolaire, le développement de l'estime de soi et la résilience de la personne à travers des activités alternatives et positives permettent ainsi de faciliter l'accès à des soins spécialisés.

De même, il est fondamental de sensibiliser et d'éduquer les mineur-es sur les risques et les conséquences des pratiques addictives dès le plus jeune âge, afin de leur permettre de développer des compétences d'auto-protection et de prise de décision éclairée grâce à des programmes axés sur les compétences psycho-sociales tel que le programme Good Behavior Game.

1. Mutatayi C. « Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins ». Note OFDT n° 2014-10, 2014, 7 p.

2. Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Paris : Inserm, 2014, 482 p. - (Expertise collective)



Pour en savoir plus

Usages de drogues et conditions de vie : les mineur·es non-accompagné·es -
Gérome C, Protais C, Guilbaud F. – Note OFDT – 2022, 20 p.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcg2ca.pdf>

CONSOMMATION COMME AUTO-TRAITEMENT DES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

Les comorbidités psychiatriques sont des troubles qui surviennent simultanément chez une personne. Par exemple, une personne souffrant de dépression peut également être atteinte d'anxiété ou de stress post-traumatique.

Lorsqu'une personne souffre de comorbidités psychiatriques, elle peut utiliser des substances pour soulager ses symptômes et se sentir mieux. Les substances les plus couramment utilisées dans ce contexte sont l'alcool, le tabac, la cocaïne ou l'héroïne. Les individus atteints de troubles anxieux peuvent consommer de l'alcool ou des benzodiazépines pour réduire leur anxiété, tandis que ceux qui souffrent de dépression peuvent utiliser des stimulants comme la cocaïne pour améliorer leur état émotionnel¹.

La consommation de substances addictives peut aggraver les symptômes des comorbidités psychiatriques et les rendre plus difficiles à traiter. Par exemple, la consommation de cannabis peut aggraver les symptômes de la schizophrénie, tandis que la consommation d'alcool peut aggraver la dépression et l'anxiété. De plus, la consommation de substances psychoactives peut entraîner une dépendance, qui rendra encore plus difficile le traitement de la comorbidité psychiatrique en question.

Il est donc important de prendre en compte cette dynamique dans l'évaluation et le traitement des comorbidités psychiatriques et des addictions. Une approche globale de la santé mentale et de la prévention des addictions est nécessaire pour fournir des soins efficaces et adaptés aux besoins individuels.

Il est important que les professionnel·les de santé soient conscient·es de ce phénomène et travaillent en étroite collaboration pour traiter à la fois la comorbidité psychiatrique et la dépendance.

1. May B, Benyamina A. « 15. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge ». Dans : Traité d'addictologie. Lavoisier, 2016, pp. 139-149.)

CONSOMMATION, RECHERCHE D'EFFET DISSOCIANT ET PSYCHO-TRAUMATISMES

L'effet dissociant se réfère à un état mental qui peut être créé par certaines substances, comme les drogues hallucinogènes ou les opioïdes. Cet état mental peut donner l'impression à la personne de se sentir «déconnectée» de son corps ou de son environnement, de manière à percevoir les choses de manière différente, ou même à vivre des expériences qui n'ont pas de rapport avec la réalité.

Le psycho traumatisme, quant à lui, est un type de traumatisme psychologique qui peut survenir à la suite d'un événement traumatisant. Cela peut inclure des expériences de violence, de guerre, d'abus ou de négligence, ou encore de pertes importantes. Les symptômes associés au psycho traumatisme peuvent inclure de l'anxiété, de la dépression, des troubles de stress post-traumatique, et des symptômes somatiques.

Les drogues peuvent créer un effet dissociant qui permet à la personne de se déconnecter de la réalité et de ses émotions douloureuses. Par exemple, les opioïdes peuvent réduire la douleur émotionnelle et physique, tandis que les substances hallucinogènes peuvent créer des expériences de dissociation de l'ego¹.

Ces consommations peuvent également aggraver les symptômes et prolonger le traumatisme émotionnel à long terme. En effet, les drogues peuvent aggraver les problèmes de santé mentale, dégrader les relations sociales et professionnelles, augmenter les risques de dépendance et de surdose, et même aggraver les symptômes liés au stress post-traumatique².

Le phénomène de consommation pour rechercher les effets dissociants face aux «psycho-traumas» est un mécanisme complexe qui peut survenir chez certaines personnes qui ont vécu des événements traumatiques et qui cherchent à échapper à leur douleur émotionnelle. Les événements traumatiques peuvent inclure des abus sexuels, des agressions, des accidents, des pertes ou des violences. Les personnes qui ont subi ces traumatismes peuvent ressentir des symptômes tels que de l'anxiété, de la dépression, de la colère et des flashbacks³.

La consommation de drogues comme les opioïdes, les benzodiazépines et les hallucinogènes peut offrir un soulagement temporaire de ces symptômes, car ces substances peuvent créer un effet dissociant qui permet à la personne de se déconnecter de la réalité et de ses émotions douloureuses.

1. Sinanian A. et al. Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies*, vol. 34, n° 3, 2014, pp. 173-184)
2. Nalpas B. Quand l'addiction se superpose au stress post-traumatique. *MAAD Digital*, 21/02/2020. En ligne : <https://www.maad-digital.fr/articles/quand-laddiction-se-superpose-au-stress-post-traumatique>
3. Gorza M. et al. «État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans - Résultats du Baromètre de Santé Publique France 2017». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 26-27, 2019, pp. 540-547

Cette dynamique est prise en compte dans l'évaluation et le traitement des personnes ayant vécu des événements traumatiques. Les professionnel·les de santé dans leur accompagnement aident les patient·es à comprendre les risques associés à l'utilisation de substances pour faire face à leur douleur émotionnelle, et les encourager à chercher des soins psychologiques et des thérapies alternatives telles qu'une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie de soutien, la pratique de la méditation et/ou d'une activité physique adaptée¹.

CONSOMMATIONS POUR LEUR EFFET DE STIMULATION SEXUELLE

Le phénomène de la consommation pour son effet de stimulation sexuelle est assez complexe. Certaines substances peuvent en effet agir sur la libido et augmenter la stimulation sexuelle, mais cela peut varier d'une personne à l'autre en fonction de différents facteurs tels que la dose, le type de substance, le contexte d'utilisation et la personnalité de l'individu².

Par exemple, la cocaïne et les amphétamines peuvent augmenter le désir sexuel et prolonger l'érection chez les hommes, mais cela peut également causer des problèmes d'éjaculation prématurée ou d'impuissance. De même, l'alcool peut diminuer les inhibitions et augmenter la désinhibition sexuelle, mais cela peut également entraîner une diminution de la capacité à ressentir le plaisir sexuel.

La consommation de substances pour leur effet de stimulation sexuelle peut avoir des conséquences à court et à long terme sur la santé sexuelle et mentale des individus. Les conséquences à court terme peuvent inclure des comportements sexuels à risque, une diminution de la vigilance et de la perception des risques, ainsi que des interactions sexuelles non désirées ou violentes.

À long terme, la consommation régulière de substances pour leur effet de stimulation sexuelle peut entraîner une dépendance et une diminution de la libido, ainsi que des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et les troubles du comportement sexuel.

1. Camille C. « Addictions et psychotraumatismes : aide au repérage ». *Psychotropes*, vol 28, n° 3-4, 2022, pp.45-56. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2022-3-page-45.htm>
2. Pour aller plus loin : Dossier : Tout savoir sur le chemsex. Sida Info Service. En ligne (mis à jour mars 2023) : <https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/>

CONSOMMATIONS ET AUTRES TRAITEMENTS : PREP, VIH, VHC, ANTI-DÉPRESSEURS, TRAITEMENTS HORMONAUX DE PERSONNES TRANS

Les consommations de drogues récréatives et les traitements médicamenteux peuvent avoir des effets différents sur le corps et sur l'esprit des personnes qui les utilisent. Les consommations de drogues récréatives peuvent avoir un impact sur la santé mentale et physique, alors que les traitements médicamenteux sont destinés à traiter une maladie ou un trouble spécifique¹.

Les traitements pour les préventions du VIH, du VHC, les anti-dépresseurs et les traitements hormonaux pour les personnes trans sont des traitements médicamenteux. Ils sont prescrits par des professionnel·les de santé pour traiter des maladies ou des troubles spécifiques. Ces traitements sont pris sous surveillance médicale et selon un protocole strict².

En revanche, les drogues récréatives sont prises sans prescription médicale et souvent dans un contexte de recherche de plaisir et de sensations fortes. Elles peuvent être consommées de manière ponctuelle ou régulière, et peuvent entraîner des effets physiques et psychologiques à court et à long terme, notamment des problèmes de dépendance, de santé mentale et physique³.



Pour en savoir plus

Repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique (Guide pratique). RESPADD, 2021, 43 p.

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2023/06/Guide-RPIB-sante-sexuelle-juin-2023-feuillets-01.pdf>

1. Colas C. SLAM, ChemSex et Antiviraux : Quid des interactions médicamenteuses ? Isheid, 16-18 mai 2018. http://emailing.web-overcome.net/Emailing/ISHEID/2017/18-09-2017-3141-fr/ISHEID18_newsletter_complete_FRV2.pdf
2. Réglette d'interactions médicamenteuses. Actions Traitements. URL : <https://www.actions-traitements.org/reglette/>
3. Le Talec J-Y, Linard F. « Plaisirs chimiques : sexualité et usage de drogues chez des hommes gais séropositifs ». Psychotropes, vol. 21, n° 2-3, 2015, pp. 157-182. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2015-2-page-157.htm>

L'ORGANISATION DES SOINS EN ADDICTOLOGIE

En addictologie, l'organisation des soins implique plusieurs entités qui ont des missions différentes. Ci-après sont présentées les principales entités impliquées dans l'organisation des soins en addictologie et leurs missions¹.

LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

- **Les CSAPA** (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : ces structures offrent une prise en charge ambulatoire et pluridisciplinaire pour les personnes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Les CSAPA peuvent être gérés par des associations, des hôpitaux ou des collectivités territoriales.
- **Les CJC** (Consultations Jeunes Consommateurs) : ces structures, incluses au sein des CSAPA, s'adressent aux jeunes de 12 à 25 ans ayant des conduites addictives ou à risque d'addiction. Elles proposent une prise en charge précoce et adaptée aux besoins des jeunes.
- **Les CAARUD** (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) : ces structures offrent un accueil, une écoute et des conseils aux usagers de drogues, ainsi que des dispositifs de réduction des risques (échange de seringues, dépistage des infections, etc.).
- **Les centres thérapeutiques résidentiels** : ces structures proposent une prise en charge résidentielle pour les personnes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Ils offrent un accompagnement médical, psychologique et social pour aider les patient-es à se sevrer et à préparer leur réinsertion sociale.
- **Les ACT** (Appartements de Coordination Thérapeutique) : ces structures proposent un hébergement temporaire pour les personnes en situation de précarité et ayant des problèmes de santé, notamment des problèmes liés à l'addiction. Les ACT offrent un accompagnement médico-social pour favoriser l'autonomie des patient-es.
- **Les LHSS** (Lits Halte Soins Santé) : ces structures proposent un hébergement temporaire pour les personnes en situation de précarité et ayant des problèmes de santé, notamment des problèmes liés à l'addiction. Les LHSS offrent un accompagnement médical et social pour favoriser la stabilisation de l'état de santé des patient-es.
- **Les LAM** (Lits d'Accueil Médicalisé) : ces structures proposent un hébergement temporaire pour les personnes en situation de précarité et ayant des problèmes de santé, notamment des problèmes liés à l'addiction. Les LAM offrent une prise en charge médicale spécialisée pour répondre aux besoins des patient-es.

1. MILDECA. Le dispositif de soins en addictologie. 2019, 4p. <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Le%20dispositif%20de%20soins%20en%20addictologie.pdf>

LES STRUCTURES SANITAIRES

- **Les ELSA** (Équipes Liaison en Addictologie) : ces structures sont rattachées à un établissement de santé et ont pour mission de prendre en charge les patient-es ayant des problèmes liés à l'addiction qui sont hospitalisé-es pour une autre pathologie. Les ELSA assurent une prise en charge médicale et psychologique spécifique pour répondre aux besoins des patient-es.
- **Les HDJ** (Hôpitaux de Jour) : ces structures proposent une prise en charge médicale et psychologique en ambulatoire pour les personnes ayant des problèmes liés à l'addiction.
- **Les HDJ** (Hospitalisation de jour) proposent une prise en charge médicale et psychologique en ambulatoire pour les personnes ayant des problèmes liés à l'addiction. Les patient-es sont accueilli.es le matin et repartent le soir. Les HDJ permettent une prise en charge intensive tout en préservant l'autonomie des patient-es.
- **Les lits de sevrage simple et les lits de sevrage complexes** sont des structures hospitalières qui proposent une prise en charge spécialisée pour les personnes nécessitant un sevrage médicalisé. Les lits de sevrage simple sont destinés aux personnes ayant des addictions légères, tandis que les lits de sevrage complexes sont destinés aux personnes ayant des addictions sévères et nécessitant une prise en charge médicale intensive. Les soins prodigués lors d'un sevrage incluent notamment une surveillance médicale constante, la gestion des symptômes de sevrage, l'accompagnement psychologique et social, ainsi que des conseils pour la prévention de la rechute.
- **Les soins de suite et de réadaptation en addictologie** (que certain.es nomment par erreur « soins de suite ») sont destinés aux patient-es nécessitant une réadaptation physique, psychologique et sociale après une hospitalisation en sevrage. Ces soins sont dispensés dans des structures hospitalières spécialisées et permettent aux patient-es de récupérer de manière progressive et de préparer leur réinsertion sociale. Les soins de suite et de réadaptation incluent notamment des soins médicaux, des séances de psychothérapie individuelle et de groupe, ainsi que des activités de réadaptation physique et sociale.

En résumé, ces différentes structures permettent une prise en charge globale et adaptée aux besoins de chaque patient.e, afin de les aider à surmonter leurs problèmes d'addiction et à retrouver une vie saine et équilibrée.

L'ORGANISATION DE SOINS

L'organisation des soins en addictologie repose sur un ensemble de mesures et de structures visant à offrir des services adaptés, complets et coordonnés pour répondre aux besoins spécifiques des patient-es. Ces soins sont généralement organisés en trois niveaux :

- **Le premier niveau correspond aux soins et aux accompagnements ambulatoires**, dispensés dans les CSAPA, les CAARUD et les CJC, ainsi que par les ELSA (Équipes Liai-

son en Addictologie). Les ELSA sont des structures rattachées à des établissements de santé qui ont pour mission de prendre en charge les patient-es ayant des problèmes liés à l'addiction qui sont hospitalisés pour une autre pathologie. Les CSAPA et les CJC proposent une prise en charge globale et pluridisciplinaire en ambulatoire pour les personnes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Dans ce premier niveau, il existe un secteur « libéral » très dynamique qui fonctionne souvent en collaboration. Les médecins généralistes jouent un rôle essentiel, en particulier lorsqu'ils prennent en charge des patient-es ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Ces praticiens travaillent en étroite collaboration avec les CSAPA, ELSA et autres services d'addictologie, offrant ainsi un soutien aux médecins généralistes moins expérimentés. Bien que leur nombre soit encore relativement limité, il existe des addictologues libéraux spécialisés. Les psychiatres et les psychologues sont également des acteurs importants dans ce domaine. Enfin, les pharmaciens jouent un rôle essentiel en tant que partenaires de proximité dans le parcours de soins des personnes consommant des produits psychoactifs.

- **Le deuxième niveau correspond aux soins en hospitalisation de jour (HDJ) et en hospitalisation complète.** Les HDJ proposent une prise en charge médicale et psychologique en ambulatoire pour les personnes ayant des problèmes liés à l'addiction. Les lits de sevrage simple et les lits de sevrage complexe sont des structures hospitalières qui proposent une prise en charge spécialisée pour les personnes nécessitant un sevrage médicalisé.
- **Le troisième niveau correspond aux soins de longue durée en addictologie.** Ces soins sont destinés aux patient-es ayant des addictions sévères et chroniques, avec des complications médicales ou psychiatriques associées. Les structures de soins de longue durée en addictologie comprennent les centres thérapeutiques résidentiels, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et les lits d'accueil médicalisé (LAM). Ces structures proposent une prise en charge globale et pluridisciplinaire pour aider les patient-es à se sevrer et à préparer leur réinsertion sociale.



1^{ER} ET 2^E RECOURS

Ex : Centre de soins en addictologie



SOINS RÉSIDENTIELS

Ex : Appartement thérapeutique



SOINS HOSPITALIERS

Ex : Service spécialisés, cure de désintoxication, etc.



Pour en savoir plus

MILDECA. Le dispositif de soins en addictologie. 2019, 4 p.

<https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Le%20dispositif%20de%20soins%20en%20addictologie.pdf>

L'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les principes généraux d'accompagnement en addictologie sont les suivants :

- **L'approche globale** : l'accompagnement doit prendre en compte la dimension psychologique, physique et sociale de l'addiction.
- **Le non-jugement** : les personnes souffrant d'addiction sont souvent stigmatisées et jugées. L'accompagnement doit être bienveillant, sans jugement ni culpabilisation.
- **La personnalisation** : chaque personne est unique et nécessite une prise en charge adaptée à ses besoins et à son histoire.
- **La continuité de l'accompagnement** : l'addiction est une maladie chronique, qui nécessite un accompagnement à long terme. La continuité de la prise en charge est donc primordiale.
- **L'accompagnement pluridisciplinaire** : l'accompagnement doit être assuré par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecin-es, des psychologues, des travailleur-euses sociaux-les, etc.
- **Le respect de la confidentialité** : l'accompagnement doit se faire dans le respect de la confidentialité et du secret médical.
- **L'implication de l'entourage** : l'entourage de la personne souffrant d'addiction peut jouer un rôle important dans son accompagnement. Il est donc important de l'impliquer dans la prise en charge.



BIENVEILLANCE

Adopter les principes clés de bienveillance, non-jugement et ouverture d'esprit



OUVERTURE À L'AUTRE

Partir de l'expérience du public, de sa réalité, ses ressentis, son point de vue



SOUTIEN

Soutenir la personne en valorisant ses actions



MÉTHODE

Adopter les méthodes adaptées pour aborder les avantages et inconvénients de la consommation



RESPECT DES RYTHMES

Respecter les rythmes individuels du public



ÉCOUTE

Ne pas faire appel à la peur, être dans une posture d'écoute, de confiance et d'information

L'accompagnement en addictologie se base sur une approche globale, bienveillante, adaptée à chaque personne, continue, pluridisciplinaire, respectueuse de la confidentialité et impliquant l'entourage. Ces principes visent à offrir aux personnes souffrant d'addiction un accompagnement de qualité, leur permettant de retrouver une vie saine et équilibrée.



Pour en savoir plus

Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In : Addictologie, 2009, pp. 62-68

https://www.researchgate.net/publication/279417059_Principes_de_la_therapeutique_et_des_prises_en_charge_en_addictologie

LES OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT

Dans l'accompagnement en addictologie, différents outils sont utilisés pour aider les personnes à modifier leur comportement en matière de consommation de drogues. Parmi ces outils, on peut citer le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPiB), l'Entretien Motivationnel et les questionnaires d'évaluation.

- **Le Repérage Précoce et Intervention Brève** est un outil qui permet de repérer rapidement les personnes qui présentent un risque de développer une addiction, ou qui ont déjà une consommation problématique de drogues. Il s'agit d'une intervention brève qui vise à informer les personnes des risques liés à leur consommation, à évaluer leur motivation à changer, et à leur proposer des solutions pour réduire les risques liés à leur consommation.
- **L'Entretien Motivationnel** est une technique de communication qui vise à renforcer la motivation des personnes à changer leur comportement en matière de consommation de drogues. Cette approche est centrée sur le patient et consiste à explorer ses motivations et ses réticences à changer, à renforcer sa confiance en ses capacités à changer, et à l'encourager à formuler ses propres solutions pour réduire les risques liés à sa consommation¹.
- **Les questionnaires d'évaluation** sont des outils qui permettent de mesurer l'impact de la consommation de drogues sur la santé et le bien-être des personnes. Ces questionnaires peuvent porter sur différents aspects de la santé (physique, psychologique, sociale, etc.) et permettent de dresser un profil détaillé des besoins et des priorités de chaque personne².

1. Lukaszewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. « L'Entretien motivationnel I – Les bases théoriques ». *Alcoolologie et Addictologie*, vol 28, n° 2, pp. 155-162. <https://www.alcoolologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/277>

2. Les outils d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement. *Addict'Aide*. <https://www.addictaide.fr/les-parcours-d-evaluation/>

Ces outils sont utilisés de manière complémentaire pour aider les personnes à prendre conscience des risques liés à leur consommation de drogues, à renforcer leur motivation à changer, à leur fournir des informations et des solutions pour réduire les risques liés à leur consommation, et à évaluer l'impact de la consommation de drogues sur leur santé et leur bien-être. Ces outils peuvent être utilisés à différents stades de la prise en charge, en fonction des besoins et des priorités de chaque personne.

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

L'approche centrée sur la réduction des risques et des dommages (RDRD) est une approche de prise en charge en addictologie qui vise à minimiser les risques et les dommages liés à l'usage de substances psychoactives¹, plutôt que de chercher à obtenir une abstinence totale². Cette approche considère que l'abstinence n'est pas forcément réalisable pour toutes les personnes et que la réduction des risques et des dommages peut être une alternative efficace pour améliorer la santé des usager-es. Elle prend en compte les réalités sociales et sanitaires de l'usage de drogues, ainsi que les besoins et les priorités des personnes concernées.



LES PRINCIPES

Donner aux usager-es les moyens de réduire les risques

Faire participer les usager-es à leur prévention

Faire évoluer les représentations sociales sur les usager-es

Sensibiliser les professionnel·les et améliorer les lois et dispositifs



LES VALEURS

Reconnaître l'usager-e comme une personne à part entière

Ne pas juger les consommations

Reconnaître des finalités propres à la RDRD

Affirmer le droit de l'usager-e à la participation sociale

Concrètement, l'approche centrée sur la réduction des risques et des dommages peut inclure les mesures suivantes :

- La distribution de matériel de prévention (seringues, préservatifs, etc.) afin de prévenir la transmission de maladies infectieuses.
- L'accès aux traitements de substitution (méthadone, buprénorphine) pour réduire les risques liés à l'usage de drogues injectables et éviter le manque.

1. L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages. MILDECA, 2023, 4. <https://www.drogues.gouv.fr/essentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>

2. [Vidéo] La RdR expliquée par ma grand-mère (INTÉGRAL). ASUD Média, 2017. https://www.youtube.com/watch?v=f3_AW_75EBQ

- La mise en place de programmes d'échange de seringues pour éviter la réutilisation de seringues usagées et limiter la transmission de maladies.
- La promotion de la consommation moins risquée (par exemple, la consommation de drogues par voie nasale plutôt que par injection).
- L'accompagnement psychosocial pour aider les personnes à réduire leur consommation de drogues et améliorer leur qualité de vie.
- La prise en charge des complications liées à l'usage de drogues (infections, maladies, troubles psychiatriques, etc.).

L'approche centrée sur la réduction des risques et des dommages est fondée sur une approche pragmatique et humaine, qui vise à améliorer la santé et le bien-être des personnes concernées, ainsi qu'à réduire les coûts sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues. Cette approche peut être utilisée en complément d'autres formes de prise en charge en addictologie pour obtenir les meilleurs résultats.

Il est important de prendre en compte, dans celle-ci, le parcours de vie de chaque personne. En effet, la consommation de drogues peut être liée à des facteurs individuels tels que des troubles de santé mentale, des traumatismes, des difficultés sociales ou familiales, etc. Il est donc essentiel de comprendre les antécédents de chaque personne et d'adapter l'accompagnement en conséquence.

Parmi les antécédents à prendre en compte, il est important de considérer les violences subies par la personne. Les violences peuvent prendre différentes formes, telles que les violences physiques, psychologiques, sexuelles ou économiques, et peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé mentale et physique de la personne. Les personnes ayant subi des violences ont souvent besoin d'un accompagnement spécifique pour traiter les traumatismes et les impacts sur leur santé.

LA PLACE DE LA RDRD DANS LA PRÉVENTION ET L'ACCOMPAGNEMENT



Pour prendre en compte les conséquences des violences subies, les professionnel·les de l'addictologie peuvent utiliser des techniques spécifiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie de groupe, ou encore la méditation de pleine conscience. Ces approches peuvent aider les personnes à développer des mécanismes de défense face aux stress et aux traumatismes, à réduire leur niveau d'anxiété et de dépression, et à retrouver un équilibre psychique.

La prise en compte de l'individualité du parcours de vie de chaque personne et des conséquences des violences subies est donc essentielle pour offrir un accompagnement adapté et efficace en addictologie. Cela permet de mieux comprendre les motivations et les besoins de chaque personne, et d'adapter l'accompagnement en conséquence pour améliorer leur santé et leur bien-être global.

LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES ADDICTIONS INTERGÉNÉRATIONNELLE

Le programme « **Une affaire de famille** » est un exemple concret d'une **approche** centrée sur **l'individualité du parcours de vie** et de la prise en compte des **conséquences des violences** subies dans l'accompagnement **en addictologie**¹. Il s'agit d'un programme innovant de prévention et de prise en charge des addictions pour les jeunes et les familles, déployé par Addictions France depuis quelques années en collaboration avec des professionnel·les de l'addictologie et de la santé mentale.

Il vise à accompagner les jeunes et leur famille dans la compréhension des addictions, à prévenir les risques liés à la consommation de drogues et à favoriser l'émergence d'un projet de vie. Il s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et individualisée, qui prend en compte l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer la consommation de drogues (traumatismes, difficultés familiales, troubles psychologiques, etc.).

Il propose notamment des ateliers de prévention et de sensibilisation à la consommation de drogues, des séances d'entretiens motivationnels pour aider les jeunes à réfléchir à leur consommation, des groupes de paroles pour les parents, ainsi que des séances de médiation familiale pour favoriser le dialogue et la compréhension mutuelle.

L'approche s'appuie également sur la prise en compte des conséquences des violences subies, en particulier chez les jeunes. Les professionnel·les du programme sont formé·es à la prise en charge des traumatismes et des violences, et travaillent en collaboration avec des psychologues et des psychiatres pour offrir un accompagnement adapté aux besoins de chaque jeune.

En somme, le programme illustre concrètement l'importance de prendre en compte l'individualité du parcours de vie et des conséquences des violences subies dans l'accompagnement en addictologie. Cette approche permet d'offrir un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins de chaque personne, favorisant ainsi une prise en charge plus efficace et globale des addictions.

1. [Vidéo] Une affaire de famille : prévenir la transmission des addictions de génération en génération. Association Addictions France, 2022. 2:37. <https://www.youtube.com/watch?v=39WITNmddWg>



À RETENIR

Les conduites addictives englobent des comportements répétitifs et compulsifs, relatifs à l'usage nocif de substances (alcool, tabac, drogues) ou à des comportements (jeux, achats, etc.), et se caractérisent par une perte de contrôle et la poursuite malgré des conséquences négatives. Ces addictions découlent de facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. Les prises en charge comprennent des interventions variées, telles que les thérapies comportementales et cognitives, traitements médicamenteux, réadaptation et réduction des risques, assurées au sein de structures spécialisées (CSAPA, CAARUD) ou par des professionnels de santé. Pour une prévention efficace, il est essentiel de considérer les spécificités liées au genre, aux jeunes et aux comorbidités psychiatriques.



PARTIE 3

PROSTITUTION ET ADDICTIONS : UNE INTERSECTION PERILLEUSE

Il est à souligner plusieurs difficultés à l'abord de cette intersection.

Des difficultés à délimiter les contours d'un objet social complexe

La prostitution et les usages de substances psychoactives comme objets sanitaires et sociaux sont, du fait leur statut de réprouvés, difficiles à quantifier comme à qualifier¹.

De plus, intervenir sur leur intersection n'est pas moins problématique : complexification des profils pour les professionnel·les en lien avec les personnes, méconnaissance réciproque des secteurs du social et du médico-social, identification parfois ardue de l'antériorité de l'un sur l'autre phénomène, ou crainte de redoubler une stigmatisation déjà forte, les freins à une prise en charge intégrée des addictions et de la prostitution ne manquent pas.

Cette difficulté se reflète dans le faible nombre de recherches réalisées en France particulièrement souvent par crainte de stigmatiser des groupes spécifiques en explicitant leurs particularités, mais aussi dans la variabilité des indicateurs employés pour l'évaluation des pratiques comme des groupes.

Un manque de données nationales

Plus encore que sur la prostitution, les données épidémiologiques nationales sur les addictions des personnes en situation de prostitution sont peu nombreuses et parcelaires. La population de personnes en situation de prostitution et celles des usager·es de substances psychoactives étant très hétérogène, seules des études nationales permettraient de produire des résultats statistiquement significatifs.

Ainsi, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) portant sur les aspects sanitaires de la prostitution en France constatait en 2012 la rareté « d'informations objectives et étayées et la faiblesse des données épidémiologiques sur les personnes qui se prostituent ». « (L)'absence de travaux scientifiques récents dans le cadre français » a amené les inspecteurs et inspectrices à « procéder à une revue de littérature internationale qui fonde de nombreuses références au fil du rapport² ».

Ce manque de données sur les prévalences de consommation de substances psychoactives par les personnes en situation de prostitution, procède de deux difficultés majeures :

- Une définition variable des substances concernées : drogues illicites ou ensemble des

1. De rares et déjà anciennes études françaises : Cagliero S. et Lagrange H., La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine, Observatoire français des drogues et des toxicomanies-OFDT, octobre 2004. Rapport Laurindo da Silva, L. et Evangelista, L., La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine, 1er octobre 2004, OFDT.
2. IGAS, Prostitutions : les enjeux sanitaires, Rapport RM2012-146P, 18 décembre 2012, p. 9. https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf

- substances psychoactives-SPA, dont alcool, tabac et médicaments psychotropes ;
- Une conception non harmonisée de la prostitution : violence sexuelle et sexiste à combattre ou « travail sexuel » à organiser, impliquant une approche radicalement divergente de ses conséquences.

Disparités d'échelles, de méthodes, mais aussi de catégories : ainsi, par exemple, sont souvent confondus la consommation de substance, l'usage nocif, et l'addiction. Or la consommation d'une substance peut être impliquée dans une situation de violence agie ou subie sans qu'il y ait nécessairement phénomène d'addiction.

Un autre écueil provient de l'appréhension très diverse des prévalences de consommation des personnes en situation de prostitution. Certaines études rapportent, pour les personnes en situation de prostitution interrogées, des consommations supérieures à celles de la population générale quand d'autres les estiment identiques, voire moindre. Les personnes en situation de prostitution présentant, comparativement à la population générale, davantage de situations sociales et sanitaires difficiles et davantage de violences subies passées et présentes (durant la situation de prostitution), on pourrait donc s'attendre, a minima, à des prévalences en moyenne proches de celles de personnes souffrant de précarité et/ou de violences ou carences passées ou présentes.

Dans l'attente d'études nationales homogènes, il reste possible d'observer les prévalences de consommation ou d'addiction des populations concernées à travers plusieurs thématiques associées : traumas, psychotraumas, violences sexuelles et sexistes, violences conjugales, santé mentale, santé sexuelle, migrations.

Des données issues du terrain éloquentes

Si l'alcool était historiquement lié à la prostitution en ce qu'elle s'exerçait fréquemment depuis des débits de boissons, on ne peut affirmer que la prostitution implique nécessairement la consommation de substances psychoactives. De plus, le milieu de la prostitution a longtemps été, non sans duplicité, ouvertement hostile aux drogues illicites¹.

Toutefois les remontées de terrain des professionnel·les des associations spécialisées dans l'accompagnement de personnes en situation de prostitution² mettent en évidence un recours régulier, pour un nombre non négligeable d'adultes et la quasi-totalité des mineur·es-jeunes majeur·es, à des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, ou drogues illicites). Ces substances et leurs prévalences varient selon les lieux, le sexe, l'âge, l'origine des personnes ou leur contexte de prostitution

1. COPPEL, A et alli. Recherche-action Prostitution et Santé publique, Organisation Mondiale de la Santé, Rapport final 1er novembre 1990, p. 35-36. <https://annecoppel.fr/wp-content/uploads/2014/03/prostitution-sante%CC%81-publ-OMS.pdf>

2. Toutes les remontées de terrain qui ne sont pas issues des échanges partenariaux avec l'Association Addictions France sont des documents internes à l'Amicale du Nid (comptes rendus de réunions de la chargée de mission avec les équipes, notes des professionnel·les).

(proxénètes liés à la vente de stupéfiants, appartenance à certains réseaux de traite, proximité spatiale avec des scènes de consommation ouverte ou des points de deal...).

Les plus fréquemment consommées en moyenne sont le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes (benzodiazépines, opioïdes tels que le tramadol¹). La cocaïne est le plus souvent plus ou moins subtilement imposée par les proxénètes, tandis que le protoxyde d'azote ou les opioïdes synthétiques ou semi-synthétiques (substances thérapeutiques licites ou drogues illicites) sont des substances recherchées par les personnes elles-mêmes pour leur effet euphorisant et dépressif.

Chez certains hommes et certaines femmes transidentitaires, on trouve également cités les vasodilatateurs et les poppers.

L'Étude ProSanté² menée en 2010-2011 auprès de personnes en situation de prostitution il y a plus de dix ans, principalement en rue relevait :

- Des consommations quotidiennes d'alcool supérieures à la population générale, à l'exception des femmes chinoises, par ailleurs peu approchées par les associations de travail social.
- Un recours au tabac également supérieur (46% des femmes, contre 34 à 36% des femmes dans la population générale) ; un chiffre qui passe à 65% s'agissant des hommes. Là encore, d'importantes variantes culturelles apparaissent : les Européennes du Centre et de l'Est fumeraient davantage que les femmes subsahariennes ou chinoises.

La même étude fait état de consommations de substances illicites, sur l'année écoulée, pour 17% de personnes concernant le cannabis, 11% de cocaïne et 4% d'héroïne.

PRINCIPES D'ACTION

Pour sa part, l'Amicale du Nid notait, à partir des personnes accompagnées, à Paris, tout au long de l'année 2010, et sur la base d'une file active de 508 personnes dont 460 personnes accompagnées par le pôle action sociale du CHRS et 48 personnes accompagnées par le pôle actions extérieures : 159 personnes, soit 31% des personnes accompagnées, souffrent d'une ou plusieurs addictions. 17% des personnes accompagnées seraient toxicomanes, usagères de drogues dures. 10,4% seraient concernées

1. « Le tramadol est la substance opioïde la plus délivrée en France (près de 6 millions de patients) et la plus impliquée dans les hospitalisations et les décès par overdose ou intoxication accidentelle (« État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques », Agence nationale de sécurité du médicament, 20/02/19).

2. Rapport FNARS/InVS, Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-prosante-etude-sur-l-etat-de-sante-l-acces-aux-soins-et-l-acces-aux-droits-des-personnes-en-situation-de-prostitution-rencontrees-dans-des>

par l'alcoolisme. 3% seraient usagères de cannabis. Pour les personnes concernées par les drogues dures, et dont on connaît la prise de produit, 7 seraient usagères de crack, 8 de cocaïne, 3 d'héroïne, et 2 d'ecstasy¹.

Si on ignore, faute de données épidémiologiques suffisantes et actualisées, la réelle prévalence des consommations de substances psychoactives chez les personnes en situation de prostitution au niveau national, on connaît en revanche leurs vulnérabilités spécifiques et, du fait de leur genre (femmes, minorités sexuelles et de genre), leur niveau d'exposition aux violences sexuelles et sexistes. C'est donc déjà en termes de réduction des risques et, bien souvent, de réduction des dommages, que l'on peut aborder l'intersection de ces problématiques. Si seuls 10 à 30% des usager-es de substances développent une addiction, la situation de prostitution est bien un facteur de vulnérabilité sanitaire et sociale qu'il faut prendre en considération.



Focus

2017, un référentiel national de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution

La prévention des risques et la réduction des dommages est une préoccupation inscrite dans le décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution et complétant le code de la santé publique², qui prévoit notamment :

- (...)
- 3° D'améliorer leur état de santé physique et psychique ;
- 4° D'améliorer leur insertion sociale (accès au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle, à l'accès au logement, aux droits sociaux, à la santé, aux systèmes de protection et d'assistance et aux services sociaux).

1. Amicale du Nid Paris, Photographie de l'état de santé des personnes accompagnées à l'Amicale du Nid en 2010, avril 2011. Document interne.

2. Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution et complétant le code de la santé publique : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000034134336>

LES VULNÉRABILITÉS CROISÉES SUREXPOSANT LES VICTIMES AUX RISQUES SOCIAUX ET SANITAIRES

Les personnes en situation de prostitution, ou qui l'ont été, ont des parcours de vie émaillés de nombreuses violences, en amont de la prostitution et du fait du système prostitutionnel lui-même. Ces personnes, majoritairement en situation de précarité, sont régulièrement les oubliées des politiques de santé publique souvent centrées sur la réduction des risques infectieux, alors même qu'en termes de morbidité et mortalité, conséquences physiques et psychiques, les conduites addictives sont lourdes de conséquences pour ce public déjà particulièrement vulnérable, et très majoritairement féminin.

Les liens entre situation de prostitution et addictions sont divers, mêlant causes et conséquences :

- Antériorité de la situation de prostitution : recours à la substance pour ses fonctions stimulantes, sédatives ou anxiolytiques, pour se donner du courage, supporter les effets des violences sur la psyché et s'adapter à un milieu violent ; présence de substances dans les espaces de rue ; exigence de consommation de la part du client prostituteur ; emprise chimique exercée par le proxénète.
- Antériorité de la situation d'addiction, du fait de la vulnérabilité accrue et/ou pour financer la substance.
- Addiction et prostitution se renforçant mutuellement ou étant mutuellement exclusives (présence de l'une sans l'autre).

Les personnes en situation de prostitution comme celles en situation d'addiction ont des parcours de vie et des facteurs de risques communs. Les troubles de la santé mentale sont bien souvent présents dans ces deux populations, ainsi que les troubles de la santé somatique découlant des pratiques à risques.

Chez les femmes et les minorités de genre, populations majoritaires dans le phénomène prostitutionnel, des troubles de la santé mentale, le plus souvent consécutifs à l'expérience de violences subies, préexistent fréquemment aux addictions. Ainsi l'intrication de troubles de santé mentale, de troubles d'usages de substances et de violences sexuelles, dont la prostitution, appelle une intégration de l'ensemble de ces aspects. Au risque de discriminer davantage les femmes et les minorités de genre, la prise en charge globale de ces personnes doit tenir compte des violences de genre à la fois :

- Comme facteurs d'entrée
- Comme contexte des consommations.

Au-delà des violences inégalement subies selon le genre, on trouve parmi les causes de la consommation ou les difficultés dans la prise en charge des usager-es, les effets psychosociaux négatifs de la stigmatisation et la discrimination.

Cette stigmatisation et cette discrimination affectent prioritairement les femmes et les minorités de genre et HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes indépendamment de leur orientation sexuelle), qui sont ainsi plus à risque de développer un usage nocif d'une substance psychoactive et moins en capacité d'accéder au soin, et à des soins sexospécifiques adaptés.

La stigmatisation intériorisée, l'exclusion mutuelle des groupes « personnes en situation de prostitution » et « usager-es », et les discriminations d'accès à la santé, au logement¹ ou à l'emploi sont des facteurs aggravants de l'addiction. Le manque d'accueil sexospécifique et plus largement d'un abord genré et sexospécifique des addictions et de la santé physique et mentale le sont également.



Focus

Vulnérabilité et risque

La vulnérabilité est l'état ou la situation dans laquelle se trouve une personne (ou un groupe). Distincte de la fragilité, la vulnérabilité se présente comme « potentialité à être blessé », dans laquelle « la vulnérabilité de genre est comprise comme la potentialité à être blessée parce qu'on est, en l'occurrence, une femme² » ou que l'on appartient à une minorité de genre.

Le risque est la probabilité d'un péril tirant avantage de cet état ou situation. Il varie selon les circonstances, ou aléa, et la situation de l'individu ou du groupe. Risque = aléa x vulnérabilité. Le risque est une notion statistique. On parle donc plutôt de son augmentation ou de sa diminution relativement à une situation où la conduite étudiée est absente.

Il est à souligner trois éléments importants :

- Il faut distinguer causalité et corrélation (ou association), la causalité supposée entre un comportement et un dommage pouvant n'être qu'une corrélation dépendant d'autres facteurs connus ou inconnus (on parle alors de biais).
- Des variations interpersonnelles importantes sont observées dans les réactions à une substance donnée. Ces variations sont fonction de multiples facteurs : sexe, genre, âge, poids, antécédents personnels et familiaux, mode de vie, contexte de consommation...
- Même initiale et unique, toute consommation de substances entraîne un risque sanitaire ou social.

1. Milhet, M., Protais, C., Díaz-Gómez, C., Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord ». Profils et trajectoires de consommation, Tendances n°134, septembre 2019, OFDT. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmz9.pdf>

2. Bécquet, V., « Les 'jeunes vulnérables'. Essai de définition », Agora débats/jeunesses, vol. 62, n°3, 2012, 51-64. <https://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2012-3-page-51.htm>

ADDICTION ET PROSTITUTION : INTERSECTIONS DES VULNÉRABILITÉS

Prostitution et addiction recouvrent deux domaines de réalité distincts. Elles partagent cependant un certain nombre de vulnérabilités telles que :

- Le vécu d'expériences traumatisantes, telles que des violences ou abus physiques, y compris sexuelles (dont l'inceste) ou émotionnelles (maltraitements)
- Des carences affectives et familiales
- Une fragilité psychologique, des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité marqués par l'impulsivité ou une faible estime de soi.

Tous ces facteurs peuvent être des freins à une insertion sociale et peuvent être à la source de problèmes sanitaires et d'usage problématique de substances psychoactives.

Rappelons toutefois que les addictions ne sont pas les consommations mais des troubles dans les consommations. Les personnes recherchent dans une consommation de substances psychoactives un état de conscience plus ou moins altéré, qui va de la sédation, ou du soutien à la veille, aux effets hallucinogènes, expériences mystiques ou dissolution de l'ego. Avant d'expérimenter des difficultés, si elles ou ils en développent, les usager-es se tournent vers les substances psychoactives motivé-es par une recherche de bien-être, de sensations, ou l'apaisement de leurs douleurs ou de leurs angoisses.

Enfin, le caractère social de ces consommations en fait toujours, d'abord, un facteur de lien social¹. Ce sont en revanche les terrains et environnement propices aux conduites addictives et les facteurs de vulnérabilités qu'il faut interroger afin que les personnes les plus exposées aux risques sanitaires et/ou sociaux ne soient pas plus fortement touchées par ces difficultés. Car s'il est évident que les personnes en situation de prostitution recourent aussi aux substances psychoactives pour les mêmes raisons que le reste de la société, on ne peut nier leur exposition spécifique aux violences, qu'elles soient physiques, sexuelles, psychiques, ou symboliques, et une exposition à certaines substances plutôt que d'autres (par exemple, elles sont plus exposées à la possibilité de consommer des stimulants, de l'alcool, du cannabis ou des médicaments psychotropes détournés, qu'à des substances hallucinogènes). Comprendre que leurs marges de manœuvre sont plus réduites que celles d'autres usager-es c'est pouvoir mieux répondre à leurs besoins spécifiques et aux risques auxquels les expose l'environnement singulier qui est le leur.

1. Les substances psychoactives, au premier rang desquelles le vin et le tabac, ont toujours revêtu un caractère éminemment social, au point que les usages solitaires figurent presque toujours comme un manquement à soi-même mais également aux autres. S'il est « honteux » de boire seul, et plus encore seule, c'est parce que l'ivresse est un moment partagé. Il faut, au-delà de leur matérialité et de leurs effets, observer les usages sociaux, les espaces liminaires, échanges et partages liés aux substances psychoactives.

VULNÉRABILITÉS À L'ENTRÉE EN PROSTITUTION ET VULNÉRABILITÉS DUES À LA PROSTITUTION ¹

Les parcours de vie chaotiques, les violences et les carences affectives, mais aussi la pauvreté et la vulnérabilité face à des groupes criminels locaux ou transnationaux sont bien souvent à l'origine de situations de prostitution. On dénombre notamment les facteurs suivants de prédiction significatifs à l'engagement dans la prostitution :

- Carences, maltraitements et violences subies dans l'enfance ou l'adolescence, dont violences sexuelles et en particulier l'inceste ; l'inceste, en surreprésentation chez les personnes en situation de prostitution, est le premier facteur d'aliénation de leur propre corps.
- Viol subi au cours de la vie (38% des personnes en situation de prostitution contre 6,8% en population générale²)
- Précarité financière, « sans abrisme », faible accès aux emplois du secteur formel
- Isolement social, faible réseau amical, manque de soutien
- Discrimination socioraciale, migration
- Dépendance aux substances psychoactives, en particulier les drogues illicites en raison de leur coût élevé, des conditions de leur approvisionnement, et du repérage d'une vulnérabilité économique de leurs usager-es.

Santé psychique et somatique des personnes en situation de prostitution³

En raison des violences physiques et psychiques subies antérieurement comme durant leur situation de prostitution, les personnes en situation de prostitution auraient un taux de mortalité 6 fois supérieur à la population générale, selon un collectif de médecins (2014⁴). Les personnes en situation de prostitution subiraient du fait de leur situation 6 fois plus de viols que la population générale, ainsi que davantage de violences physiques et psychologiques (Étude ProstCost, op.cit.). Ces violences, internes comme externes à l'univers prostitutionnel⁵, vont parfois jusqu'à l'assassinat, auquel les personnes en situation de prostitution sont davantage exposées.

1. Rapport Haute Autorité de Santé, 2016, État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_etat_de_sante_des_personnes_en_situation_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_vf.pdf
2. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, n°7, octobre 2015. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%2010.pdf>
3. Guide repère Prostitution et santé. Dre M-H Franjou, Guide à l'usage des professionnel·les. L'Amicale du Nid - 2023. <https://amicaleunid.org/ressources/prostitution-et-santele-nouveau-guide-reperes-de-lamicale-du-nid/>
4. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/reperes-statistiques/>
5. Mathieu, L. (2002). Quand « la peur devient une existence » : Sur la place de la violence dans le monde de la prostitution. L'Homme & la Société, 143-144, 47-63. <https://doi.org/10.3917/lhs.143.0047>

« Plus de la moitié des consultants (et des femmes) déclarent être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à la population générale, à âge égal. D'après l'enquête Insee réalisée en 2009 [1], 14 % des femmes de 25-34 ans s'estiment en moyen, mauvais ou très mauvais état de santé. Plus d'un tiers (35 %) des personnes enquêtées déclare une maladie chronique (28 % des femmes et 70 % des transgenres), parmi lesquelles le VIH/sida, une maladie respiratoire, un diabète, des problèmes psychologiques, une hépatite (A, B ou C). Cette proportion déclarée par les femmes paraît plus élevée qu'en population générale (20 % des femmes de 25-34 ans déclarent une maladie ou un problème de santé chronique [1]) »

Étude ProSanté 2010-2011, op. cit.

Si les prévalences de VIH chez les personnes en situation de prostitution ne sont nettement supérieures à celles de la population générale que pour les femmes usagères de drogues, les femmes étrangères et les personnes trans, selon l'évaluation de la Haute Autorité de la Santé¹ « la vulnérabilité psychologique, sociale et économique favorise la propension de personnes en situation de prostitution/tds² à accepter des rapports non protégés à la demande de certains clients ».

Le communiqué de presse de cette évaluation indique que « La prostitution ne constitue pas en soi un facteur de risque d'infection par le VIH ; c'est uniquement lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs de vulnérabilité psychologique ou de précarité sociale économique ou administrative que ce risque augmente. En effet, ces difficultés amènent souvent ces personnes à céder aux pressions de leur entourage ou aux clients et à accepter par exemple un rapport sexuel non protégé. (...Si le niveau d'information sur l'infection par le VIH semble satisfaisant, les risques associés aux IST semblent beaucoup moins connus. (...). Par ailleurs, il existe peu de données sur la prévalence des hépatites B et C chez les personnes en situation de prostitution/TDS³ » .

Selon le Rapport de l'IGAS «(la prévalence) des infections sexuellement transmissibles apparaît dans son ensemble, supérieure à la population générale. Les études européennes font état de taux d'infection (gonococcie, chlamydia, syphilis notamment) plusieurs fois plus élevés qu'en population générale (...). La prévalence des infections sexuellement transmissibles pose problème à plus d'un titre. D'une part, elle témoigne d'un risque plus important de contracter le VIH, les IST étant à la fois marqueurs de pratiques sexuelles à risque et génératrices de lésions génitales facilitant la transmission du virus. D'autre part, leur suivi et leur traitement n'étant pas toujours de qualité, ces infections peuvent donner chez les femmes qui se prostituent à des problèmes très invalidants (stérilité,

1. op.cit

2. L'Amicale du Nid dénonce les termes de travailleurs du sexe etc. et les considère comme impropres. Il ne s'agit pas d'un travail mais d'une exploitation et de violences.

3. Personnes en situation de prostitution : La HAS publie un état des lieux sanitaire pour améliorer l'accompagnement de ces personnes, Communiqué de presse de la Haute Autorité de Santé, 11 avril 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2623598/fr/personnes-en-situation-de-prostitution/travailleurs-du-sexe-la-has-publie-un-etat-des-lieux-sanitaire-pour-ameliorer-l-accompagnement-de-ces-personnes

douleurs pelviennes chroniques, grossesses extra-utérine). Par ailleurs, plusieurs études menées auprès de femmes se prostituant en Europe occidentale font état de prévalences de papillomavirus humain à haut risque très supérieures à la population générale de même âge associées à un sur-risque important de lésions précancéreuses¹».

Concernant les infections virales chroniques par le VHB et le VHC, aux transmissions à la fois sanguine et sexuelle, les prévalences les plus importantes chez les personnes en situation de prostitution concernent les personnes trans et les femmes usagères de drogues injectées, sniffées ou fumées.

Quelles que soient les conditions de la prostitution, la santé sexuelle et génésique est affectée, à travers des troubles gynécologiques (douleurs pelviennes, grossesses non-désirées, lésions de la vulve, du vagin ou de l'anus, fissures, prolapsus, grossesses involontaires, IVG répétées, infertilité consécutive aux IVG ou IST et constituant une grave atteinte à la santé génésique). De même, des troubles gastro-intestinaux, musculaires et articulaires chroniques sont largement rapportés.

Quant aux psychotraumas déjà évoqués, ils ont eux-mêmes d'importantes répercussions psychocorporelles :

- Troubles psychosomatiques (céphalées, maux de ventre, dorsalgies, dermatoses),
- Risques cardiovasculaires, hypertension, diabète,
- Risques infectieux par affaiblissement du système immunitaire.

Le Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) est impliqué dans les troubles de santé de nombreuses personnes en situation de prostitution en conséquence des violences vécues, en particulier l'effraction sexuelle répété du corps, et de l'exposition à un stress aigu et/ou chronique. Ce stress impacte négativement la santé, notamment le fonctionnement neurologique et la régulation des émotions, entraînant de nouvelles vulnérabilités.

Le SSPT peut se manifester sous la forme de conduites d'évitement, de phénomènes de reviviscences (flash-back, réactivité physiologique en présence d'éléments rappelant le traumatisme ou son contexte, cauchemars) et d'hyperactivation neurovégétative (troubles du sommeil, hypervigilance), d'altérations cognitives et de l'humeur. Il peut aller jusqu'à des symptômes dissociatifs (déréalisation, amnésie dissociative, dissociation) et dans les cas les plus graves où les traumatismes sont répétés, des états délirants sans lien avec un réel trouble psychotique (avec, pour corollaire, un risque de confusion diagnostique). Sans prise en charge de la personne, le SSPT concourt à son affaiblissement et à son isolement, et donc à une plus grande emprise du système prostitutionnel.

Il faut enfin signaler une prévalence importante de pensées suicidaires, en particulier chez les personnes transgenres qui cumulent le double facteur de risque de la prostitution et de la transidentité.

1. IGAS, RAPPORT N°RM2012-146P, op.cit., p.23.

Moindre accès au soin et à la prévention¹

En dépit de leur surexposition aux troubles de santé, les personnes en situation de prostitution sont le plus souvent éloignées des structures sanitaires et sociales en raison de l'exclusion sociale dont elles sont l'objet, d'une faible estime de soi, de difficultés économiques et sociales importantes, d'une faible maîtrise du français de beaucoup de personnes étrangères – majoritaires dans la prostitution en France – et d'un manque d'informations quant aux droits et dispositifs de dépistage et de soin existants. Parfois, des croyances ou pratiques populaires inefficaces voire dangereuses ajoutent aux périls (ex : douches vaginales pratiquées avec des substances agressives, actes de protection magico-religieux). Enfin les représentations souvent erronées et stigmatisantes et le manque de formation des soignant-es aux spécificités de ce public polytraumatisé, isolé, très précaire, souvent peu francophone, accentue son faible recours aux services de santé.

« Les problèmes de santé sont souvent traités par les urgences en dernier recours. »

Infirmière à l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône

Rarement évoqué, le phénomène de clivage entre vécu et ressenti que le Dr. Judith Trinquart, addictologue, qualifie de « décorporalisation » ou « dissociation réflexe du corps visant à se protéger des effractions et du ressenti de violence liée à l'activité prostitutionnelle comme répétition d'actes sexuels non désirés et amenant les personnes à négliger leur santé » (op.cit.) constituerait en lui-même un frein majeur à l'accès au soin.

En effet, si elle permet à l'individu de survivre à une situation insupportable, cette dissociation a des effets très délétères sur la santé physique et psychique (dépersonnalisation, déréalisation, sentiment d'indifférence, isolement, absence d'estime de soi, absence de projection dans le futur...). Plus immédiatement, en plaçant la personne en situation d'objet, elle lui fait courir des risques sanitaires importants : actes sexuels non consentis, non-recours au préservatif ou stealthing, violences entraînant des lésions, exposition aux IST.

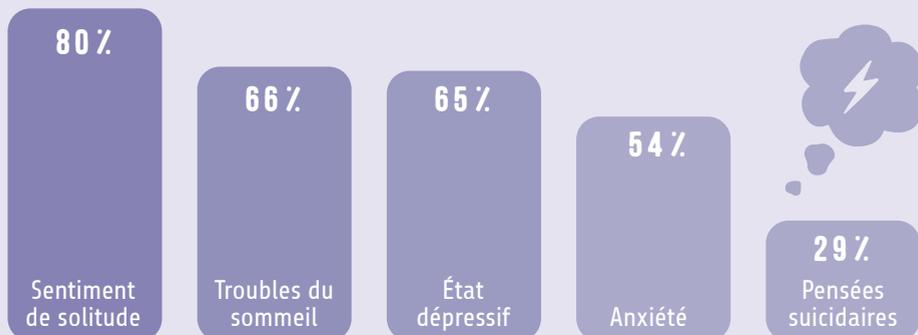
Santé et application de la loi du 13 avril 2016

Dans son estimation de l'application de la loi du 13 avril 2016, la Fédération des acteurs et actrices de terrain et des survivantes aux côtés des personnes en situation de prostitution (FACT-5) souligne « la nécessité de mieux prendre en compte la santé des personnes en situation de prostitution dans sa globalité, à la fois dans une politique de

1. Trinquart, J., La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins - Thèse de doctorat en médecine générale, 2002. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/doc_violences_sex/these_sur_la_decorporalisation_dans_la_pratique_prostitutionnelle-Judith_Trinquart.pdf

réduction des risques qui ne se limite pas à la prévention des IST, et dans un parcours de soin adapté aux violences physiques et psychiques subies dans la prostitution. L'accès à des soins spécialisés, notamment dans les psychotraumatismes, est indispensable¹».

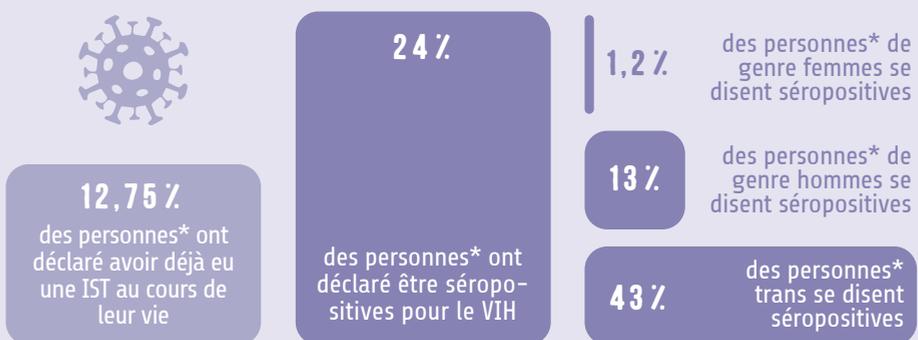
LES PROBLÈMES DE SANTÉ LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉS CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION INTERROGÉES



In FNARS, INVS, Etude sur l'État de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales, 2013

PROSTITUTION ET RISQUES INFECTIEUX

Les risques infectieux sont réels fréquents et doivent être évoqués. Les résultats de l'étude Pro-santé en témoignent.



*Personnes concernées : personnes ayant répondu et étant en situation de prostitution.

In FNARS, INVS, Etude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales, 2013, p. 67, 78, 120, 121.

1. Goldschmidt, S., « Dossier 5 ans après. Pour une phase 2 de la loi du 13 avril 2016 », Prostitution et société, n°208, p. 20. <https://mouvementdunid.org/wp-content/uploads/2021/04/PS208-dossier-5.pdf>

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ AU DÉVELOPPEMENT D'UNE ADDICTION ET VULNÉRABILITÉS DUES AUX ADDICTIONS

Les facteurs de vulnérabilité aux addictions

La dépendance à un produit (ou à un comportement) résulte de l'interaction complexe de facteurs liés aux substances, à l'individu et à son environnement. Parmi les facteurs de vulnérabilité, citons :

- **Le genre** : si les hommes sont plus nombreux à consommer et par conséquent globalement plus nombreux à être concernés par les addictions, les femmes qui consomment des substances psychoactives sont davantage à risque de développer un trouble de l'usage de substance.
- **Le sexe** : des facteurs biologiques (physiologie, neurologie, hormones) rendent inégaux face à la dangerosité des substances et aux conséquences de leur consommation. Longtemps protégées par les interdits sociaux et culturels liés aux substances, le rattrapage des consommations des hommes par les femmes en raison d'une tendance à la convergence de comportements jusque-là fortement genrés, est source d'une grande vulnérabilité féminine face aux maladies (maladies cardiovasculaires, cancers, hémorragies digestives...) et la mortalité associée. Concernant les substances illicites et donc non régulées, les risques de mortalité de leurs usagères par rapport aux femmes de la population générale est multiplié par 18,5, alors qu'il est de 5,6 pour les hommes. Si cette forte disparité s'explique par la moindre mortalité des femmes en population générale par rapport aux hommes dans la tranche d'âge considérée, elle pointe tout de même la nécessité d'une prise en charge spécifique de la population usagère féminine.
- **L'âge** : les psychotraumas dans l'enfance ou l'adolescence sont des facteurs majeurs de vulnérabilité. Par ailleurs, plus une consommation est précoce, plus le risque d'addiction future est important en raison de l'immaturité du cerveau. La consommation à un âge précoce, d'au moins deux substances psychoactives, expose à un surrisque de polyconsommation à l'âge adulte.
- **L'antériorité de consommation dans la famille** : la consommation de substances psychoactives- SPA dans la famille expose, par l'exemple et l'imprégnation socio-culturelle, à des consommations ultérieures. La famille peut constituer à la fois un terrain génétique et un environnement favorable à la survenue d'une addiction.
- **Le milieu social** : les différences de consommation entre hommes et femmes sont davantage marquées et la stigmatisation des consommations de SPA davantage intériorisée en milieu populaire que dans les milieux favorisés.
- **La santé mentale** : on trouve souvent des troubles de la santé mentale, tels que la dépression mais aussi les Troubles Déficit de l'Attention Avec ou sans Hyperactivité

(TDAH), dans le parcours des personnes addictes. Une majorité d'entre elles présente une comorbidité psychiatrique antérieure – le produit ayant alors une fonction d'automédication – ou induite par la consommation chronique. Des troubles de la personnalité sont également des facteurs causaux d'un trouble de l'usage.

- **Le vécu de violences** (physiques, notamment sexuelles et en particulier l'inceste¹) et des carences affectives sont également des facteurs de vulnérabilité.
- **Les discriminations** subies, qu'elles soient socioraciales ou liées à l'orientation sexuelle ou au genre (personnes LGBTQI+).
- **La précarité²** et la **marginalisation**.

Le rôle prépondérant des psycho traumatismes

Connu dans la clinique des addictions comme trouble co-occurent, le psychotraumatisme en est un facteur de risque prépondérant. Dans les histoires de vie, ils sont chronologiquement liés, tant dans l'entrée dans l'addiction que comme facteurs de re-consommation.

« Ils constituent l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique »

<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>

Les violences subies peuvent générer un mécanisme neurobiologique de sauvegarde de l'organisme appelé « dissociation traumatique ». Face à un stress extrême ou des traumatismes graves (violences subies comme victime ou témoin, notamment violences sexuelles ou psychologiques), des troubles de stress post-traumatique (TSPT) peuvent être développés.

« Les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'évènement, symptôme central du psycho-traumatisme. (...) C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique ».

Salmona, M., « La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma », Les Cahiers de la Justice, vol. 1, no. 1, 2018, pp. 69-87. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2018-1-page-69.htm>

1. Addictions, traumatisme, inceste. Parcours d'un centre de soin (CSAPA AAF de Caen Rive Gauche), Agnès Tarot-Le Coutour (dir.), Editions Champ social, 2022.
2. Projet TAPREOSI (« Tabac et précarité, évaluation opérationnelle d'une stratégie d'intervention », Fédération Addiction/Fédération des Acteurs de la Solidarité/OFDT. Méthodologie (dont un kit) d'accompagnement de la réduction du tabagisme chez les personnes accueillies, à destination des professionnels de l'accueil-hébergement-insertion (AHI) et de l'addictologie. <https://www.federationsolidarite.org/actualites/tabac-et-precarite-telechargez-le-kit-d-intervention-tapreosi/>

La dissociation traumatique est un trouble de la conscience qui entraîne chez la victime une sensation d'irréalité et d'absence à soi-même qui, observé de l'extérieur, peut être pris pour de l'indifférence et de la docilité. Cette anesthésie émotionnelle trouble la perception du temps, altère la mémoire des faits, modifie l'appréciation de la douleur et du vécu corporel.

Les consommations de substances et addictions : un accroissement des vulnérabilités

Les études portant sur les usager.es de substances psychoactives, en particulier illicites, singulièrement les usagères, portent le plus souvent sur leur santé sexuelle et peu sur leur santé globale. Les addictions ont pourtant des conséquences variées sur l'évolution tant psychosociale que sanitaire des personnes. Ces conséquences varient selon la substance, le mode, la durée et la fréquence de l'usage, le genre, le sexe, le degré d'insertion sociale, le capital financier et les ressources sociales et sanitaires du territoire habité.

La modification de l'état de conscience engendrée par la consommation de substances psychoactives présente des risques immédiats pour la santé ou la sécurité, y compris pour les consommations occasionnelles voire uniques : troubles du comportement et de la cognition, dont moindre vigilance, risques sexuels ou de chute, et vulnérabilité accrue face aux agressions.

L'usage répété d'une substance psychoactive peut entraîner, à terme, une perturbation du fonctionnement cérébral en affectant les neurotransmetteurs : raisonnement, mémoire, capacité d'apprentissage, coordination peuvent être touchés, des troubles de l'humeur apparaître.

Certaines substances présentent par ailleurs une toxicité plus ou moins forte qui peut endommager – dysfonction ou lésion – d'autres organes, notamment de filtration (foie, reins, poumons, peau), et le système nerveux ou veineux.

Enfin les usages cumulés, voire combinés en fonction des effets recherchés (thérapeutique, bien-être, stimulation), de substances psychoactives notamment de drogues illicites et de médicaments¹, sont source d'interactions (« potentialisations ») qui peuvent être dangereuses. L'obligation d'informer sur l'existence de tels risques incombe aux soignants comme à tous les partenaires de la prise en charge ou de la réduction des risques.

1. Dassieu, L. « L'automédication chez les usagers de drogues : de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins », *Anthropologie & Santé*, n°18, 2019. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/3707>



Focus

Interactions entre médicaments et drogues

Le pharmacien et chercheur en santé publique Salim Mezaache indique quelques-unes des interactions les plus classiquement observées et leurs effets délétères, dans une revue d'information et d'expression collective co-produite par des usager-es de la ville de Marseille, Sang d'encre¹.

Précisant que les données scientifiques sur les interactions, pourtant fréquentes, entre drogues illicites et médicaments psychoactifs font encore largement défaut, il fonde ses observations sur des expériences partagées par des usager-es ou faisant suite à des prises en charge médicales :

- **Les antidépresseurs** : le risque principal de l'association de certaines drogues avec un traitement antidépresseur est le syndrome sérotoninergique (un excès de sérotonine potentiellement mortel survenant quand les niveaux de sérotonine dans le cerveau obtenus par la prise d'un antidépresseur se voient accrus par l'ajout de substances augmentant encore ces niveaux, tels que cocaïne, amphétamines, MDMA, cathinones (méphédrone, 3-MMC, 4-MMC) et surtout le DXM (le plus dangereux en cas d'association avec un antidépresseur). Le LSD et la psilocybine posent également un tel risque. Une attention doit aussi être portée aux interactions avec les opioïdes, en particulier le tramadol, la méthadone et le fentanyl, en raison d'un risque potentiellement mortel de dépression respiratoire.
- **Les anxiolytiques sédatifs** dont le nom finit en -zépam (diazépam Valium®, clonazépam Rivotril®, oxazépam Séresta®) et qui appartiennent à la classe des benzodiazépines. Initialement prescrits pour les troubles anxieux ou les troubles du sommeil, leur usage est déconseillé avec l'alcool, la kétamine, les opioïdes (traitement ou usages détournés) en raison d'un risque important de coma et de dépression respiratoire (par cumul de substances de la classe des dépresseurs).

1. Mezaache, S. « Les interactions drogues-médicaments. Quelques éléments pour réduire les risques », Sang d'encre n°11, Octobre 2022, pp. 47-48. <https://drive.google.com/file/d/1ktjtVnnpnZ6ervCeM88bq6TBkRbBiGg0F2/view>

Les bénéfiques sanitaires et sociaux d'une prise en charge globale et intégrée

Pour répondre aux problèmes somatiques (VIH, VHB, VHC, complications cardiovasculaires, hépatiques, infectieuses) et psychiques (anxiété, dépression, psychose) des personnes usagères de substances, une prise en charge globale est nécessaire afin d'améliorer leur qualité de vie et diminuer les risques de morbidité et de mortalité liés à l'interaction des divers facteurs.

S'agissant de personnes usagères en situation de prostitution, l'objectif d'une prise en charge bio-psycho-sociale intégrée est aussi de soutenir les personnes dans leur désir d'émancipation du système prostitutionnel. Il est en effet observé que la sortie de la prostitution s'accompagne souvent d'un arrêt de certaines consommations au moins, notamment celles imposées par proxénètes ou clients prostitueurs. Toutefois seule la prise en charge du psychotraumatisme (initial et consécutif à la prostitution) permettra l'arrêt des autres consommations visant à l'automédication.

UN CUMUL DES VULNÉRABILITÉS QUI SUREXPOSE AUX RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX

Une exposition inégalitaire aux violences

Les violences subies dans l'enfance ou l'adolescence, quelles qu'en soient leurs formes (verbales, physiques, sexuelles...), ont des conséquences sur la santé des personnes, à court et à long terme, si elles ne bénéficient pas de ressources et de soutiens adaptés pour y faire face et se réparer¹.

L'enquête nationale VIRAGE (Ined, 2015²) portant sur les violences subies par les femmes et par les hommes avait montré que les femmes avaient connu, durant l'enfance, plus de violences, notamment psychologiques et surtout sexuelles, que les

1. Violences et santé :

- Cavalin, C., Beck F., Maillochon, F. « Enquête Evènements de vie et santé, 2005-2006. Les conséquences de la violence sur la santé des personnes », La Santé de l'homme, 2011, n°411. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-evs-les-consequences-de-la-violence-sur-la-sante-des-personnes>
 - Beck, F., Cavalin, C., Maillochon, F. (dir.), Robert-Bobée, I., Mahieu, R. (resp. scientifique), et al. (2021, janvier). Violences et santé en France : état des lieux. DREES, coll. Études et statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux>
 - Beck F., Cavalin C., Maillochon F. dir. Violences et santé en France : état des lieux. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : 280 p.
2. Institut national d'études démographiques, enquête VIRAGE : <https://virage.site.ined.fr>. Brown, E. et alii (dir.), Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France, Paris, Ined Editions, 2023 (Texte intégral) : <https://books.openedition.org/ined/14719>

hommes, les violences physiques étant également partagées. Exercées dans le lien conjugal, les violences expriment une asymétrie radicale de la relation de genre, que peuvent aggraver d'autres facteurs d'inégalités ou de discriminations (origine ethnique ou nationale, âge, classe sociale, religion, handicap...).

Selon la même enquête VIRAGE, exercées dans l'espace public, les violences touchent davantage les femmes et sont davantage sexualisées (par ordre de gravité : interpellations, propositions sexuelles, insultes sexistes ou sexuelles, attouchements, agressions sexuelles, viol), tandis que les hommes sont davantage concernés par des confrontations verbales et des violences physiques.

Cette distribution des violences marquée par les rôles de genre implique le sexuel de manière très différenciée pour les femmes et les hommes, et révèle un véritable continuum des formes de rappel à l'ordre de genre auquel les femmes en tant que femmes sont soumises¹.

Un cumul de violences dans le temps produit quant à lui des effets de sur-victimisation particulièrement dommageables. S'il est des violences socialement transversales, qui touchent l'ensemble des milieux et des groupes, il y a des probabilités plus fortes pour les jeunes² et les femmes d'être victimes de violences (psychologiques, physiques, sexuelles, ou économiques). Les personnes présentant un handicap, les minorités sexuelles et de genre, les personnes migrantes, en situation irrégulière de séjour, d'origine étrangère, ou racisées par la société qui les accueille, sont également plus exposées aux violences.

Sur le plan de la santé mentale et des addictions, les personnes migrantes ou déplacées de force présentent, à travers le monde, une vulnérabilité plus importante aux troubles de santé mentale et aux troubles d'utilisation de substances, résultant d'une synergie négative de facteurs (stress du déplacement culturel, perte du foyer, traumatismes, violences subies³...), aggravée par des difficultés importantes d'accès aux services de soins et de réduction des risques et des dommages⁴.

1. Hanmer, J., « Violence et contrôle social des femmes », *Questions féministes*, n° 1, novembre 1977, pp. 68-88.

2. Sur les jeunes hommes français et roumains (adolescents, jeunes majeurs) en situation de prostitution aux abords des gares de l'Est et du Nord à Paris, voir : Reynaud-Maurupt, C. et alii., *Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10e arrondissement. Etude ethnographique et qualitative. Etats des lieux, besoins et ressources en 2008*, GRVS/ORS IDF, mars 2009. Rapport et synthèse. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/conduites-addictives-errance-prostitution-a-linterieur-et-aux-abords-des-gares-du-nord-et-de-lest-paris-10eme-arrondissement>.

3. Busse, A. et alii., *Poster Substance use disorders in humanitarian settings*, UNODC, 2021.

4. Sur migration et accès aux services de réduction des risques en Europe, voir le projet SEMID-EU Migration and access to harm reduction services, mise en ligne 15 décembre 2023. <https://www.correlation-net.org/semid-eu-migration-and-access-to-harm-reduction-services>.

L'intersection prostitution-addictions

Rythmes de vie décalés, manque de sommeil, alimentation médiocre, exposition aux violences et faible recours aux soins sont des circonstances potentiellement partagées par les personnes en situation de prostitution¹ et les addictions, facteurs de nouveaux risques sanitaires ou sociaux. Leur interaction potentialise encore ces effets négatifs.

Sur le plan social, les personnes dépendantes aux substances psychoactives et les personnes en situation de prostitution ont en partage une forte stigmatisation de leurs pratiques comme de leurs personnes et une marginalisation subie. Cette marginalisation explique que ces personnes soient régulièrement prises dans des logiques dites « de bouc-émissaire » et les deux populations mêlées dans les imaginaires² collectifs. Une double stigmatisation particulièrement difficile à subir, et qui pousse à tenir cachée l'une des deux situations au groupe d'appartenance principal.

« La co-intrication de la prostitution et de l'addiction majeure les complications des deux problématiques », explique dans sa thèse le Dr. Judith Trinquart.

La situation de prostitution, les problèmes de santé mentale induits ou antérieurs, l'addiction elle-même et les troubles somatiques ou psychiques qu'elle entraîne, sont des sources de souffrance répétée que la personne peut être amenée à atténuer par la prise chronique de substances psychoactives. La chronicisation de ces consommations et la hausse des seuils de tolérance, amenant à augmenter les doses et leur coût financier, exposent à la continuation de la prostitution.

Deux modalités de renforcement des risques sont possibles :

- Les facteurs individuels et environnementaux communs augmentent conjointement le risque des deux troubles ;
- Chaque trouble augmente le risque de développer l'autre.

Pourtant, alors qu'elles sont davantage à risque d'être victimes de violences, d'être infectées par une ou plusieurs IST, de connaître un état de crise psychosociale, les femmes en situation de prostitution qui sont usagères de substances rencontrent davantage de freins à l'accès à des traitements adaptés que d'autres femmes usagères³.

1. Situation sanitaire et sociale des personnes en situation de prostitution : inverser le regard. Rapport d'information n° 46 (2013-2014) de M. Jean-Pierre GODEFROY et Mme Chantal JOUANNO, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2013. <https://www.senat.fr/rap/r13-046/r13-046.html>

2. [Film documentaire] Sur l'intrication entre imaginaires de la prostitution, de l'usage de drogues, et des étrangères, voir : Mavroudi, Z., Ruines : Chronique d'une chasse aux sorcières séropositives (Titre original : Ruins, 53 mn, Creative Commons, Grèce, 2013. https://www.youtube.com/watch?v=LbL4sQ3_Fo. Et : Mihelakis, E. (2014). La criminalisation des femmes séropositives et la phobie de l'étranger / Ruins: Chronicle of an HIV Witch-Hunt de Zoe Mavroudi, Grèce et Londres, Creative Commons, 53 min. Spirale, (248), 38-39. <https://www.erudit.org/fr/revues/spirale/2014-n248-spirale01332/71571ac.pdf>

3. Bertrand, K. et Nadeau, L., Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution : étude exploratoire, Drogues, santé et Sociétés, Volume 5, numéro 2 Drogues et sexualité, décembre 2006, p. 79-109. <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2006-v5-n2-dss1625/015695ar>.

Il est donc indispensable de travailler à leur repérage et à leur prise en compte, par de l'aller-vers, une amélioration des conditions d'accueil des services de soin et de réduction des risques et des dommages, enfin une meilleure intégration du volet social global, afin de ne pas reconduire leur discrimination.

Travailler à la fois la situation d'addiction et celle de prostitution favorise l'émancipation de l'un ou de l'autre phénomène par la levée des facteurs aliénants intriqués : emprise du proxénète, difficulté d'insertion socio-professionnelle, brouillard cognitif des consommations répétées.

Mieux repérer les freins et les leviers possibles est la condition d'une sortie de schémas de répétition qui éloignent la personne d'un accès à d'autres modes de vie et à des mécanismes positifs d'adaptation au stress ou à l'angoisse.

À noter ce point commun en termes cliniques : la temporalité répétitive singulière des personnes addictes se retrouverait dans la clinique des personnes en situation de prostitution¹. Cette dimension temporelle particulière, qui diffère de celle de l'institution, est essentielle à travailler car elle peut mettre en échec l'accompagnement et le soin.



Focus

L'effet Matthieu* ou le cumul des facteurs

« Le chercheur suédois Sven-Axel Månsson a effectué un très intéressant travail sur « l'effet Mathieu », décrit par Vanwesenbeeck (dans « Prostitutes, Well-being and Risk », Amsterdam University Press, 1994).

Ainsi, plus la personne accumule des facteurs négatifs dans ses antécédents (l'auteur en identifie cinq : les expériences durant l'enfance, la situation financière, les circonstances d'exercice de la prostitution, les stratégies individuelles de survie et les relations avec les hommes/clients), plus le risque d'entrée en prostitution est grand, plus la sortie de prostitution est rendue difficile.

Ce phénomène est appelé « effet Mathieu » en référence au Nouveau Testament : « Car à celui qui a, il sera donné, et il sera dans la surabondance ; mais à celui qui n'a pas, même ce qu'il a lui sera retiré. »².

**Le terme d'« effet Mathieu », conceptualisé à l'origine par le sociologue américain Robert K. Merton, désigne le mécanisme social selon lequel les plus personnes les favorisées tendent à toujours augmenter leur avantage.*

1. Trinquart, J., Prostitution, alcool et toxicomanie : construction et orientation des addictions. Mémoire de Capacité d'Addictologie clinique et Psychiatrie, Université Paris 8, 2019.
2. Trinquart, J La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle p. 92.

TROIS FACTEURS DE RISQUES SPÉCIFIQUES : GENRE, SEXE, ÂGE

« Les usages de produits psychoactifs contribuent fortement aux inégalités sociales de santé et sont aussi inégalement distribués suivant le sexe. (Les écarts de consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres drogues illicites entre hommes et femmes varient suivant le milieu social, la génération de naissance, le statut scolaire et professionnel et les conditions de travail. Parmi les adolescents, les écarts de consommations entre garçons et filles dépendent moins du milieu social qu'à l'âge adulte, mais les risques d'expérimenter puis de progresser vers des usages fréquents ou problématiques en dépendent au contraire fortement. Ces résultats montrent que les différences d'usages entre homme et femmes sont des différences de genre, socialement construites et en lien avec le système des inégalités sociales ».

Legleye, S. Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France. Thèse de doctorat en Médecine humaine et pathologie. Université Paris Sud – Paris XI, 2011, Résumé p. 2. <https://theses.hal.science/tel-00716697/document>

Facteurs de risques liés au genre

On observe dans toutes les sociétés et à toutes les époques, mais selon des modalités variées, une construction genrée des façons de consommer les substances psychoactives disponibles. Longtemps, les femmes furent exclues de ces consommations, en particulier quand elles étaient publiques, en raison d'une opposition hiérarchisée postulée entre la force et la faiblesse, la démonstration et la pudeur, l'excitation et la docilité.

Cet écart tend, depuis le XXe siècle, ses guerres et sa marchandisation des pratiques, à s'atténuer sans toutefois se combler. La consommation publique d'alcool, en dehors de temps collectifs codifiés et définis, reste pour les femmes disqualifiante et l'ivresse féminine demeure négativement perçue. La retenue et la sobriété supposée « naturelles » des femmes étant liée à leur retenue sexuelle et leur rôle de reproductrice fiable de la lignée masculine, ces consommations ont toujours été repoussées du côté des « femmes de mauvaises mœurs », les prostituées.

Seule exception, et qui tend à être stable dans le temps : les femmes des élites sociales ou culturelles, dont la conduite est moins mécaniquement soumise à cette normativité bourgeoise. Les substances, par leur coût, leur rareté, leur mode de consommation, ou l'imaginaire qui leur est attaché, sont ainsi objets d'expérience tolérée des limites, ou dégradées au rang de « drogues » dès lors qu'elles se diffusent et se démocratisent.

Les femmes sont en particulier moins nombreuses à expérimenter les substances psychoactives illicites pour la recherche de transgression qui prévaut assez largement chez les usagers masculins. Leurs consommations non-récréatives, licites ou illicites, répondent davantage que chez les hommes à des objectifs d'automédication, associées

aux troubles anxieux, à la dépression, à la gestion de psychotraumatismes¹. Selon une étude nord-américaine, 30 à 59% des femmes usagères de drogues ont des troubles PTSD et 55 à 99% de taux de violences physiques ou sexuelles subies². A noter que ces enquêtes ne portent pas sur les usagères qui ne présentent pas de troubles sanitaires ou sociaux et que la cohorte n'est pas représentative de l'ensemble de la population d'usagères mais seulement d'usagères repérées par les systèmes de soin.

De nombreuses études internationales font les mêmes observations : les violences de genre constituent un facteur déterminant d'entrée dans la consommation de substances psychoactives chez les femmes. Il faut donc traiter la source de la consommation et interroger sa fonction essentiellement anxiolytique (sans nier l'évidence des consommations récréatives et maîtrisées, qui ne sont pas l'objet de ce guide).

Ainsi, les usagères de substances psychoactives présenteraient une plus grande psychopathologie et devraient être traitées sinon prioritairement du moins de manière au moins égale, et différenciée. Pourtant, les usages de SPA, tout comme leurs trafics, étant majoritairement masculins, les lieux de soins et de Réduction des Risques et des Dommages ont été pensés pour ce public majoritaire (en moyenne nationale, 78% d'hommes fréquentent les CSAPA, 75 à 80% les CAARUD), avec pour corollaire une invisibilisation de la demande féminine en termes de soins et de RDRD.

Constituant comme catégorie de genre « un impensé scientifique et social³ », les femmes ont souvent des profils de dépendance plus sévères lorsqu'elles sont reçues par les services d'addictologie. Si elles recourent globalement plus tôt aux soins, elles ont davantage de difficultés à accéder et à adhérer à des programmes fondamentalement conçus pour des hommes⁴, et cumulent addiction et troubles de la santé mentale antérieurs à la consommation ainsi que d'éventuels troubles neurologiques ou psychiques issus de la consommation. Leurs séjours sont plus courts et leur succès est moindre.

Il faut encore noter un effet paradoxal de la perception médicale de la santé des femmes, qui se voient prescrire davantage que les hommes des médicaments psychotropes, narcotiques ou anxiolytiques, et sont dès lors plus à risque d'abus et de dépendance à ces substances. Les usages sociaux et anthropologiques des médicaments sont également à interroger, les jeunes filles les ayant expérimentés davantage que les jeunes garçons au même âge.

1. Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. Revue de littérature et élaboration de pistes de recherches, P-PG/Gender, Groupe Pompidou, 2015. <https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>.

« Globalement, les femmes la fréquence [de troubles anxieux] est deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme. » Carval, R., Mésusages de benzodiazépines en France. Thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques, Université de Caen Normandie, 2020, Partie 2 « Populations à risque », p. 23. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03426454/document>.

2. Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American Journal on Addictions*, 6(4), 273-283.

3. Perrin, S., « Consommatrices de drogues », DicoPolHiS, 2022. <https://dicopolhis.univ-lemans.fr/fr/dictionnaire/c/consommatrices-de-drogues.html>

4. Résultats de l'Enquête Ad-Femina. Accueil spécifique des femmes en addictologie, OFDT, 2018. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcmz3.pdf>

« Des antidépresseurs sont utilisés ainsi que des anxiolytiques. Ces produits sont utilisés pour dormir. Il est difficile de savoir exactement les ratios, mais cela relève plus ou moins du mésusage. Certaines s'adressent à plusieurs médecins et se font établir plusieurs ordonnances. Les femmes accompagnées en parlent régulièrement. »

Une professionnelle de l'Amicale du Nid en Bretagne

Selon un rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC¹), dans le monde 1/3 des personnes usagères de drogues (UD) sont des femmes mais seulement 1/5 de ces usagères est en traitement. Cette différence prend sa source dans les stéréotypes de genre qui affectent les femmes et les minorités de genre, et dans les représentations sociales liées au genre qui affectent l'attitude du corps médical et des patientes elles-mêmes.

Invisibilisées, minorisées, stigmatisées, les femmes sont pourtant plus vulnérables aux addictions : leurs usages nocifs sont plus problématiques, davantage liés à des problèmes de santé mentale, de précarité, de détresse sociale et familiale. Elles présentent vis-à-vis des hommes des différences quant aux facteurs de consommation et de re-consommation (anxiété, dépression, violences subies) ; quant à leur éloignement relatif du soin et de la RDRD ; quant à l'impact des consommations et des addictions sur la vie sociale, professionnelle, et juridique.

S'il faut noter l'inversion du rapport à la honte et à l'identité entre usagères précaires, ayant plus fortement intégré la dépréciation sociale liée à l'usage féminin, et usagères insérées, porteuses d'un meilleur capital social et financier, pour lesquelles l'usage peut porter une revendication d'émancipation des genres², toutes les usagères sont à risque de violences et de troubles mentaux induits par les consommations de substances, et toutes sont dépréciées du fait de ces consommations. Honte et culpabilité demeurent des ressorts sociaux puissants de l'addiction et participent aux re-consommations.

« Nous avons eu le cas d'une jeune femme qui confie sentir qu'elle tombe dans l'addiction et redoute ses conséquences si elle ne trouve pas comment y mettre un frein. Nous avons orienté cette personne vers le CAARUD Proses [site de St-Denis]. Or elle ne veut pas être identifiée comme alcoolique ou droguée (elle consomme également du cannabis et depuis peu de la cocaïne). Elle ne s'y est donc pas rendue. »

Une professionnelle de l'Amicale du Nid en Seine-Saint-Denis

Cette stigmatisation intégrée engendre minimisation et sous-déclaration, très problématiques en termes de santé publique. Considérons à ce titre ne seraient-ce que les

1. Rapport mondial sur les drogues 2005 – Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). https://www.unodc.org/pdf/research/wdr_volume1_fr.pdf
2. Beck, F. et al., « Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes », Femmes et hommes -- Regards sur la parité, Paris, INSEE, édition 2008. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372335?sommaire=1372340>

substances licites, le tabac et l'alcool, respectivement première et deuxième substance dont l'usage problématique est cause de morbidité et de mortalité évitables en France :

- Le premier, en augmentation chez les femmes jeunes et dont le nombre de décès a plus que doublé chez les femmes entre 2000 et 2015. En termes de morbidité, entre 2002 et 2012, l'incidence du cancer du poumon a augmenté de 72% chez les femmes alors qu'il est resté stable chez les hommes.
- Le second, associé chez les femmes à des sur-risques de cancer, notamment de cancer du sein, de dommages hépatiques sévères et d'atteintes neurologiques et cardiovasculaires, et qui est également prédictif de la dépression (influence bidirectionnelle) ;

Avec la hausse des consommations féminines, les facteurs sociaux de protection biologique des femmes disparaissent et le facteur biologique de protection, devient vulnérabilité.



Pour en savoir plus

Guide « Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD », Fédération Addiction.

<https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-femmes-et-addictions>

Guide Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de violences psychoactives, Thérèse Benoît, Marie Jauffret Roustide (2015).

<https://rm.coe.int/ameliorer-la-prise-en-charge-des-violences-subies-par-les-femmes-usage/168075c3cd>

Emmanuelle Hoareau, « Un usage féminin des substances ? », Le Sociographe n°39, Le Corps, 2012.

<https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-3-page-17.htm>

Femmes et addictions : Spécificités sociales, psychiques et physiologiques, Agir Addictions. Législations, recommandations, innovations destinées aux directions d'établissements de santé, n°2, RESPADD, novembre 2015.

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Agir-Addictions-2.pdf>

Les femmes et les drogues. Consommation de drogues, offre de drogues et conséquences, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)/ UNODC Research, juin 2018, Rapport mondial sur les drogues 2018.

https://www.unodc.org/doc/wdr2018/wdr2018_B5_F.pdf

Projet de recherche international (Canada, France, Belgique) GENDER ARP. Genre. Addiction. Rétablissement. Précarité. Conférences rediffusées, liens utiles.

<https://www.gender-arp.com>

Elles, Fédération Addictions/Fédération des acteurs de la solidarité.

<https://www.federationaddiction.fr/thematiques/lancement-du-projet-maaaelles-mission-daccompagnement-et-daccueil-addictions-pour-elles>

Ressources Femmes et addictions du RESPADD–Réseau de Prévention des Addictions.

<https://www.respadd.org/femmes-et-addictions>

Mieux comprendre les réalités et expériences vécues des femmes usagères de substances : Forum psychoactif.org « Parole de femmes. Un forum pour échanger les expériences entre usagères... ».

<https://www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html>



Focus

Facteurs de vulnérabilité spécifiques aux LGBTQI+ ou hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes indépendamment de leur orientation sexuelle

- Isolement familial, voire social dans certains contextes (ruralité, pays ou culture d'origine hostile aux personnes LGBTQI+¹).
- Violences homophobes vécues (dont la première est le risque de rejet par la famille, mais aussi violences sexuelles).
- Relations sexuelles vécues en marginalité et réseaux de sociabilité gay ou trans².
- Usages de nouveaux produits de synthèse (NPS) aux effets encore mal identifiés et potentiellement problématiques (intoxications aiguës, surdose, addiction). Les risques vont des dommages somatiques (en favorisant les pratiques sexuelles à risque) aux troubles cognitifs ou psychiques (dépression, décompensation psychiatrique, addiction au produit voire au « sexe sous-produit »).
- Pratique de l'injection (slam) par certains usagers, avec souvent inexpérience des gestes de prévention des infections et risque de partage du matériel dans un contexte de sexualité prolongée et multipartenaires.
- Baisse de la vigilance sous l'influence des produits (et éventuelles violences sexuelles telles que le viol, agression ou vol).

1. [Film de prévention] Plan perché (2020), COREVIH Lyon Vallée du Rhône <https://vimeo.com/699722392>

2. Milhet, M., Etude APACHES Attentes et Parcours liés au CHEmsex, mai 2019, OFDT. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/etudes-et-recherches/2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex>

⚠ Ce n'est pas en soi l'association de la consommation de substances et d'actes sexuels qui explique l'apparition de problèmes sanitaires ou sociaux, mais le contexte social et psychologique de la personne. Un vécu de violences et de carences ou des souffrances psychiques (homophobie, rejet) peuvent expliquer le développement d'un rapport problématique au produit ou au « sexe sous-produit », que facilitent des applications numériques spécialisées omniprésentes.

⚠ À la domination masculine s'ajoute une hétéronormativité, facteur de risques sanitaires et sociaux.

Facteurs de risques liés au sexe

Les différences d'appréhension des substances psychoactives sont sociales et culturelles, elles sont aussi biologiques. Et le sexe biologique, tout comme le genre, l'âge, les expériences passées, a des effets de protection comme de vulnérabilité. Hommes et femmes n'ont pas la même sensibilité physiologique et neuronale, ni les mêmes risques face aux SPA.

Risques somatiques : Si l'on considère les risques présentés par la consommation d'alcool, une même concentration d'alcool dans le sang ou alcoolémie a des effets plus délétères chez les femmes que chez les hommes. Les femmes sont davantage exposées au risque de maladies hépatiques, cardiaques, cardiovasculaires, accidents cérébraux vasculaires, et à l'exposition de leur fœtus en cas de grossesse. Se voyant prescrire davantage de médicaments psychotropes, elles sont également plus à risque des méfaits liés à l'interaction de l'alcool avec ces médicaments. Les risques spécifiques des femmes sont le cancer du sein, le dérèglement du cycle menstruel, et l'exposition de leur fœtus en cas de grossesse (Syndrome d'alcoolisation fœtale). Elles sont davantage exposées au risque de maladies hépatiques, cardiaques, cardiovasculaires, et d'accidents cérébraux vasculaires. L'évolution de la dépendance à l'alcool est plus rapide chez les femmes, et les alcoolisations ponctuelles massives ont sur elles davantage d'effets négatifs à long terme. Enfin, se voyant prescrire davantage de médicaments psychotropes, les femmes sont également plus à risque des méfaits liés à la potentialisation de l'alcool et de ces médicaments.

Risques de dépendance : Il existe d'importantes différences entre les sexes en ce qui concerne les troubles liés à la consommation de substances, les femmes étant davantage à risque de développer une dépendance. L'évolution de la dépendance aux substances psychoactives semble être plus rapide chez les femmes. Ces différences en termes de sexe biologique concernent également l'apparition d'un besoin irrésistible de consommation d'un produit psychoactif ou « craving », l'apparition des symptômes de manque ou de sevrage.

Deux exemples observés :

- Le cannabis : ses effets sur le cerveau dépendent du sexe (en jeu, la progestérone qui tendrait à augmenter la dépendance au THC, substance issue du cannabis, tandis que la testostérone à un rôle protecteur chez l'homme). Les femmes développent plus rapidement une dépendance et expérimentent de plus forts symptômes de sevrage¹.
- Les opioïdes² : les femmes héroïnomanes sont plus susceptibles que les hommes d'être déprimées et de présenter un trouble de la personnalité borderline. Les tentatives de suicide et la mauvaise santé physique sont également plus fréquentes chez les femmes héroïnomanes que chez les hommes. Leurs symptômes de manque et leur craving sont significativement plus intenses³.

Le rôle des hormones : Aux différences de réactivité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA) au stress et aux substances psychoactives observées entre les femmes et les hommes, il faut ajouter les effets des hormones, et notamment de la progestérone, sur les risques sexospécifiques vis-à-vis de l'addiction. Un certain nombre d'études se sont intéressées aux différences dans les réactions aux drogues des hommes et des femmes, afin de comprendre la neurobiologie propre à la dépendance à la cocaïne. La neuro-imagerie a mis en évidence des changements sexospécifiques dans l'activité cérébrale de sujets auxquels de la cocaïne avait été injectée, notamment dans le transporteur de la dopamine⁴.

Aménorrhée, un risque de grossesse ignoré : La consommation de SPA (cocaïne, opioïdes, cannabis...) entraîne une perturbation du cycle menstruel. Ce phénomène entraîne parfois des phénomènes d'aménorrhées ou de ménorragies et s'observe également chez les femmes en situation de prostitution.

Deux risques essentiels apparaissent :

- Que chacune des causes de perturbation du cycle empêche de considérer d'autres sources (substance ? prostitution ? trouble alimentaire ? trouble hormonal ? maladie ovarienne ? ménopause ?)
- Cette perturbation hormonale et ses effets risquent d'être mal compris, et de faire évoquer une infertilité ou de ne pas percevoir une grossesse en cours, dépassant ainsi les délais légaux d'IVG.

1. « Science ou science-fiction : Le sexe et le genre ont-ils une influence sur la consommation de cannabis ? », Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH), Université Simon-Fraser, Vancouver, n°10, septembre 2017. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/igh_mythbuster_issue-10-fr.pdf

2. « Science ou science fiction : L'éducation liée aux opiacés : l'importance du sexe et du genre, ISFH, n°8, novembre 2016. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/igh_mythbuster_january_2017_fr.pdf

3. Etude Australian Treatment Outcome Study (ATOS ; 31) citée in : Studie E. Back et alii, Comparative Profiles of Men and Women with Opioid Dependence: Results from a Multisite Effectiveness Trial, The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, septembre 2011, 37(5): 313-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21854273>

4. Andersen, ML, Sawyer, EK, Howell, LL. Contributions of neuroimaging to understanding sex differences in cocaine abuse. Experimental and Clinical Psychopharmacology. Février 2012 ;20(1):2-15. doi: 10.1037/a0025219. Epub 2011 Aug 29. PMID: 21875225; PMID: PMC3269558. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21854273>

Maternité et grossesse, risque ou opportunité : La maternité est un facteur majeur de vulnérabilité, notamment face aux violences conjugales, car elle rend la femme dépendante de sa condition de mère et augmente sa stigmatisation et sa culpabilité si elle se trouve en situation d'addiction et/ou de prostitution.

Les femmes prostituées subissent de nombreuses violences liées aux maternités transnationales (enfants restés au pays d'origine ou dans l'un des pays traversés), à la maternité durant l'exploitation sexuelle, aux chantages parfois exercés¹. Cette vulnérabilité accrue est également très marquée chez les femmes usagères de substances, qui tendent à cacher leurs consommations de peur de se voir retirer la garde de leurs enfants ou d'être stigmatisées comme mauvaises mères². Cette vulnérabilité spécifique est observée au niveau mondial, et donc possiblement dans les pays d'origine des personnes migrantes³. Toutefois, la grossesse peut aussi représenter l'occasion d'une motivation au changement. On parle alors de « facteur à deux volets »

« Nous avons actuellement à Paris une femme hébergée et qui est enceinte. Elle n'a pas fait part de son addiction mais a beaucoup bu de bière durant le week-end, à tel point que les personnels ont appelé l'astreinte. Elle était de plus violente envers les autres personnes hébergées. Dans le déni tout d'abord, elle a par la suite réussi à dire à une collègue son addiction à l'alcool. Mais elle reste dans la fuite et n'est pas venue au rendez-vous qui lui avait été proposé. »

Une professionnelle de l'Amicale du Nid à Paris



Pour en savoir plus

Anne Wittaker, Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013.

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/03/Guide-complet-BAT2.pdf>

GEGA (Groupe d'Etude Grossesse et Addiction)

<http://www.asso-gega.org>

Réseaux régionaux « Maternité et addictions », « Périnatalité et addictions »
Le Fil Rouge, Equipe Mobile Parentalité et addiction (Marseille).

<https://www.addiction-mediterranee.fr/le-fil-rouge>

(À noter : une psychologue anglophone et une convention avec une association pour interprétariat)

1. Pascoal, R., Motherhood in the Context of Human Trafficking and Sexual Exploitation. Studies on Nigerian and Romanian Women, 2020. https://www.researchgate.net/publication/343246779_Motherhood_in_the_Context_of_Human_Trafficking_and_Sexual_Exploitation_Studies_on_Nigerian_and_Romanian_Women
2. Simmat-Durant, L. (dir.) (2009) Grossesses avec Drogues. Entre médecine et sciences sociales, Paris, L'harmattan - Collection Logiques sociales, 2009.
3. ONUDC, Rapport Mondial 2023. Résumé : https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Exsum_wdr2023.html

Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires (DAPSA).

<https://www.dapsa.asso.fr>

Solidarité Paris Maman pour femmes en grande précarité, Île-de-France (SOLIPAM).

<https://solipam.fr>

Facteurs de risques liés à l'âge (minorité)

Une vulnérabilité à la fois biologique et socialement construite : Les jeunes sont indubitablement les victimes les plus vulnérables du système prostitutionnel. Les facteurs de risques en sont assez bien connus, au premier rang desquels les violences sexuelles et notamment l'inceste. L'adolescence est de surcroît une période d'autonomisation et d'individuation progressive qui se caractérise par une transgressivité nécessaire et des prises de risques qui le sont tout autant. Toutefois ces prises de risque n'ont pas les mêmes implications pour tous-tes et dépendent fortement de la présence d'un cadre familial rassurant et ouvert au dialogue.

Ainsi la probabilité de consommer des substances et de développer des comportements à risque (conduites ordaliques, vitesse, violences interpersonnelles...) est-elle plus élevée chez les jeunes qui connaissent des difficultés scolaires et/ou des carences éducatives et affectives. Les troubles de l'attachement apparus dans les conditions difficiles d'évolution du.de la jeune concourent fortement au développement psychologique voire neurobiologique d'une addiction au(x) produit(s), le toxique prenant la place de l'objet interne sécurisant. Sur ces terrains déjà fragilisés, les accidents biographiques (séparation du couple parental, deuil, rupture amoureuse...) favorisent la vulnérabilité face aux « mauvaises rencontres » et à la prédation des criminels. Les mineur-es de l'Aide Sociale à l'Enfance ou les jeunes en difficulté hébergé-es en MECS (Maison d'enfants à caractère social) sont particulièrement à risque, de par leur vécu de violences et/ou de carences comme en raison des difficultés structurelles des institutions à remplir leurs missions¹.

On retrouve d'ailleurs de nombreux auteurs (proxénètes ou clients prostitueurs) issus de ces parcours.

Ces mineur-es très fragilisé-es durant leur minorité et régulièrement confronté-es à la précarité résidentielle (placements en foyers ou familles d'accueil), sont les plus à risque de développer des dépendances à l'âge adulte et de connaître des difficultés majeures face à l'emploi et au logement (1/3 seulement accède, à leur sortie du

1. Legardinier, C., Dossier Prostitution des mineurs, de jeunes victimes à l'abandon, Prostitution et Société n°182, Mouvement du Nid, <https://mouvementdunid.org/wp-content/uploads/2014/08/ps182dossier.pdf>

dispositif de l'ASE, à un logement autonome qui peut ne pas être pérenne¹). L'absence d'hébergement ou de logement est vecteur de risques d'inscription dans des situations de « prostitution contre hébergement ». Ce contexte touche également une partie de la population estudiantine. La prévention des situations de précarité des jeunes adultes précédemment accompagné-es dans le cadre de la protection de l'enfance entre également dans la prévention des addictions et des situations de prostitution de survie ou d'exploitation par un-e proxénète.

Une mise sous emprise : Le développement, à côté de la vente de stupéfiants, de pratiques d'exploitation sexuelle comme activité criminelle n'est pas un phénomène nouveau mais il a pris de l'ampleur ces dernières décennies à la faveur de sa relative banalisation, parfois de son incitation, à travers les réseaux sociaux. Cette mise en prostitution, pour la très grande majorité de jeunes filles précaires, par des jeunes hommes un peu plus âgés et souvent également précaires, prend la forme initiale de rapports sexuels contre services, objets valorisés, alcool et autres substances psychoactives dont la consommation se chronicise progressivement à la faveur de la répétition du psychotraumatisme qu'implique la répétition d'actes intimes non désirés avec des personnes inconnues.

Dans ce contexte, les mineur-es peuvent consommer des substances psychoactives de manière volontaire :

- Pour les mêmes raisons qui poussent d'autres jeunes à consommer (expérimentation de sensations nouvelles, recherche de plaisir, de socialisation) ;
- En conséquence d'une situation de prostitution, pour se dissocier, tenter de faire taire sa détresse, trouver le sommeil.

Elles et ils peuvent aussi être y fortement incité-es par des proxénètes, des clients prostitueurs, ou d'autres jeunes en situation de prostitution. L'objectif de ces consommations est clair : il s'agit de mettre le ou la jeune sous emprise, chimique et/ou financière, l'addiction venant renforcer le lien d'emprise prostitutionnelle et d'éventuelles circulations de produit contre sexe ou argent.

« Le lien entre prostitution et toxiques est évident mais rares sont les mineur-es qui initient la prostitution dans le but de se fournir de la drogue. La prostitution commence pour des raisons variées et complexes, et les toxiques sont consommés dans le but de supporter cet environnement. S'installe alors un cercle vicieux : prostitution, drogues pour supporter, prostitution pour les financer. Il est avéré également que les proxénètes offrent de la drogue pour rendre les mineur-es addict-es, même si elles et eux l'achètent également. Ce système permet de les piéger. Certain-es mineur-es sont d'ailleurs mules avant d'être en prostitution. »

Infirmière, Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône

1. Enquête ELAP – Enquête Longitudinale sur l'Autonomisation des jeunes après un Placement, 2013-2019, Institut National d'Etudes Démographiques et le laboratoire Printemps Université Paris Saclay, <https://elap.site.ined.fr>

Un travail préalable sur les addictions les plus installées ou significatives peut parfois être positionné par les équipes en amont d'une réflexion partagée sur la situation de prostitution :

« Tous les mineurs que nous accompagnons ont des conduites addictives (polyconsommations, alcool, cannabis) et des mésusages médicamenteux importants, notamment chez les mineur-es non accompagné-es. On observe deux entrées : le produit est soit un facteur d'entrée en prostitution, soit un facteur déclenchant (le proxénète instaurant une dépendance). Une fois installé, il est un acteur de maintien dans la situation de prostitution. Dans nos accompagnements nous donnons priorité aux dépendances les plus importantes, leur proposant une orientation vers le soin pour ensuite pouvoir travailler sur la question prostitutionnelle. »

Une professionnelle du service mineur-es Amicale du Nid du Rhône lors d'un partage de pratiques professionnelles avec Addictions France

Selon une étude du département du Nord¹ dans 73% des situations, les mineurs prostitués sont en situation d'errance et 52% souffrent de conduites addictives, majoritairement à l'alcool (76,2% des cas) et au cannabis (57%,1% des cas), loin devant le protoxyde d'azote (19% des cas) et la cocaïne (9,5% des cas²).

Le croisement entre minorité et genre : Le risque de dépendance, nous l'avons vu dans les pages qui précèdent, est particulièrement marqué pour les femmes et pour les personnes appartenant aux minorités de genre. Comme pour les adultes, les jeunes filles présentent, biologiquement, un risque de morbidité, de mortalité, et d'addiction plus élevé que les garçons au même âge. Les jeunes appartenant à des minorités de genre partagent avec elles une vulnérabilité spécifique aux violences, notamment sexuelles. Cette vulnérabilité est dramatiquement renforcée par la modification de l'état de conscience recherchée pour ses effets dissociants³ ou sédatifs et qui peuvent aller jusqu'à l'inconscience.

« Chez les mineurs, la consommation de produits n'a pas de lieux, elle se fait partout et s'intensifie lors des passes ou des « soirées organisées ». Il y a également chez eux une difficulté voire une impossibilité à se confronter à leurs traumatismes, une banalisation de la violence et de la drogue, un environnement toxique et consommateurs de drogues. De plus, les addictions sont déjà parfois bien installées. »

Infirmière, Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône

1. Enquête sur les conduites prostitutionnelles de mineurs dans le Nord, Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance 59, 2021
2. Synthèse du Rapport du groupe de travail sur la prostitution des mineurs. 12 juillet 2021, op.cit., p. 5.
3. Attention à ne pas confondre la fonction dissociante d'une consommation suite à l'expérience d'un psychotraumatisme et les drogues dissociatives, principalement les psychédéliques, qui, bien encadrés, peuvent constituer un traitement efficace du syndrome de stress post-traumatique.

⚠ Fortement nocif en raison de l’immaturité du cerveau juvénile, l’usage de deux substances à l’adolescence est fortement prédictif d’une polyaddiction à l’âge adulte. De plus, un comportement de consommation répétée précoce, avant la maturation du cerveau vers l’âge de 25 ans, s’inscrit plus fortement dans les circuits neurologiques et accroît la vulnérabilité aux addictions futures. Cette précocité est aussi un facteur de risques face aux troubles de santé mentale et aux troubles cognitifs, dont la capacité d’apprentissage. L’entrée récente dans l’usage de substances expose le ou la jeune à plus de risques sanitaires et sociaux : mauvaise identification du produit, mauvais dosage, préparation impropre ou aseptie incomplète en cas d’injection, peuvent mener à des infections (dont VIH, VHB, VHC), des intoxications, ou des surdoses parfois mortelles.

Une manière de parler prostitution et addiction différente des adultes :

« Pour nous, parfois l’addiction est la porte d’entrée du lien avant même de parler de prostitution. Pour beaucoup de jeunes, il est plus simple de parler consommations que prostitution. Avec les MNA, nous avons même identifié où potentiellement se produisent les passes mais cela reste très dur d’en parler. On ne va pas lâcher pour autant, mais sans doute n’arriverons nous pas avec la casquette « prostitution ». Il nous faut le cacher dans un premier temps pour ne pas mettre en péril le lien établi. La porte d’entrée que nous observons, c’est l’addiction. D’ailleurs l’entrée dans la prostitution pour ces jeunes se fait par le produit, en deuxième lieu par l’emprise violente. »

Un.e professionnel.le du service Mineur-es Amicale du Nid du Rhône lors d’un groupe de travail transversal « Addictions des mineur-es »

Le concept d’addiction n’est d’ailleurs pas le plus pertinent à bas seuil et mieux vaut une approche en termes de consommations et de leurs effets (effets attendus, contre-effets, modes d’usage, représentations, diversité des fonctions, mélanges...).

« Les mineur-es parlent facilement de leur consommation, disent souvent qu’ils ou elles « ne peuvent pas s’en passer » mais ne prononcent pas le mot « addiction ».

Infirmière de l’Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône, Marseille

Des risques sexuels accrus par les effets psychoactifs des substances : Les consommations, surtout lorsqu’elles sont intenses et répétées, sont liées à une augmentation des risques sexuels (pratiques sexuelles à risques, absence ou retrait non consenti du préservatif), qu’aggravent pour ces adolescent-es en souffrance une image de soi fragilisée, et une connaissance imparfaite des modes de transmission des IST ou de la prévention des grossesses. Une consommation unique, en raison de l’état modifié de conscience qu’elle implique, représente également un risque pour la santé et la sécurité.

« Les jeunes ont peu de connaissances sur les drogues, les conséquences, les risques. À cela s'ajoute une mauvaise notion des risques spécifiques à l'adolescence et une volonté d'expérimenter les limites. »

Infirmière de l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône, Marseille

Les principales substances consommées, au-delà du tabac dont la fonction est occupationnelle et de gestion du stress, sont le cannabis, l'alcool, les médicaments psychotropes détournés (essentiellement benzodiazépines, mais aussi prégabaline (Lyrica®), voire antipsychotiques tel le Tercian®), la cocaïne (essentiellement sur les temps de prostitution et dont l'usage est souvent imposé par le ou la proxénète), le protoxyde d'azote, et plus marginalement la 3-MMC.

Le protoxyde d'azote¹, utilisé à haute fréquence par les jeunes les plus fragiles et les plus éprouvés, qui ont par conséquent plus de difficultés à gérer leur usage, est la cause de troubles neurologiques et neuromusculaires mais aussi psychiques majeurs, fréquemment déplorés. Si l'augmentation rapide des doses et l'habitude qui s'ensuit est un facteur important de risques sanitaires et sociaux, le risque immédiat est aussi la chute, la perte de connaissance, et la vulnérabilité aux agressions, notamment sexuelles. La compréhension immédiate et la remémoration de la situation vécue et des pratiques sexuelles à risque subies ne sont pas assurées, éloignant encore le pouvoir d'agir du jeune sur son corps et sa santé.

« Psychiquement, on retrouve une mésestime de soi, une dissociation chronique, des épisodes dépressifs, une errance, une difficulté à rester posé, un sentiment d'insécurité. Sexuellement, une méconnaissance des bases indispensables à une bonne santé sexuelle : connaître son corps, savoir se protéger, connaître ses droits. Dans leur cas, évidemment, la prostitution et les violences subies insécurisent et biaisent leurs relations avec leur corps et les autres. »

Infirmière Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône, Marseille



Focus

Un public difficile à rencontrer et accompagner : les Mineur-es non accompagnés-es

Autre public particulièrement vulnérable aux addictions et à la polyaddiction ; les Mineur-es non accompagnés-es (MNA).

1. « Les usages psychoactifs du protoxyde d'azote, Tendances, hors-série, aout 2022. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxgcg2c8.pdf>

La désaffiliation caractéristique de ces mineur-es exilé-es et le psychotraumatisme lié aux circonstances du voyage puis de l'errance¹, sont porteurs de risques spécifiques qui se traduisent souvent par des consommations importantes de substances pour « tenir », « se donner du courage » avant de réaliser des actes criminels (le plus souvent des vols) ou supporter les violences de la prostitution à laquelle des adultes les contraignent.

Au nombre de ces substances, on compte des médicaments psychotropes détournés, souvent déjà connus de ces jeunes dans le pays d'origine, en particulier au Maghreb, et notamment des benzodiazépines, des antiépileptiques tel que le Lyrica®, des anticonvulsivants tels que le Rivotril®, ou l'Artane®, un antiparkinsonien surnommé « Madame Courage » en Algérie. Les mélanges sont effectués pour répondre aux différents besoins attendus, apaisement ou dissociation. Il en résulte de fréquentes violences mutuelles entre jeunes, automutilations, épisodes de manque et détresse due à d'intenses craving.

La sortie de rue doit pour ces jeunes être progressive et il convient de comprendre le rôle des solidarités et d'identité de groupe dans lesquelles ces jeunes ont pu se construire face à l'adversité. Au-delà du soin, la RDRD adapté à leur minorité peut constituer une ressource essentielle en ce qu'elle permet, en attendant de pouvoir mettre en place un réel accompagnement, de développer le pouvoir d'agir (PDA) de ces mineur-es aux caractéristiques et consommations bien particulières².

« Les mineur-es [MNA] de l'ASE débouté-es de leur minorité n'ont plus droit à l'hébergement, donc ils basculent et sont parfois récupéré-es par des proxénètes qui leur proposent un logement contre du sexe (parfois dans une simple voiture).

Elles et ils se voient également proposer des substances. La prostitution des garçons touche par exemple des mineurs venus du Pakistan. Ils contractent des dettes parfois supérieures à 200 000 euros, et diverses pressions et violences sont exercées sur la famille restée au pays, photos à l'appui. Ces familles peuvent aller en prison pour dettes car les réseaux de trafiquants ont beaucoup de pouvoir.

Ces recruteurs pakistanais se trouvent notamment autour de la Gare du Nord, possiblement en raison de la proximité des antennes d'ambassades d'Inde et du Pakistan qui se trouvent à proximité. »

Une professionnelle de l'Amicale du Nid en Seine-Saint-Denis

1. « Le psychotraumatisme chez les exilés. Blessure, corps et âme », Mémoires 2018/2 n°73, Centre Primo Levi. <https://www.infomie.net/IMG/pdf/cpl-magazine-memoire-no73-bd.pdf>. Sur la clinique transculturelle comme levier thérapeutique de ces publics, voir : Bouche-Florin, L. « L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit », Psychotropes, vol. 25, no. 1, 2019, pp. 25-45. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2019-1-page-25.htm>
2. Flye Sainte-Marie, G., Prise en charge pour les mineurs non accompagnés, retour d'expérience, SWAPS n°100, automne 2021. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=32015

LA CHAÎNE CAUSALE ENTRE ADDICTION ET PROSTITUTION

Comment comprendre les liens complexes entre addiction et prostitution ? Quelle place occupent les violences tant symboliques (domination, emprise), que physiques, psychiques et sexuelles dans cette intersection ? Quelles peuvent être les stratégies des personnes en termes de pouvoir d'agir - et de réduction des risques et des dommages¹ ?

La revue de littérature *Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne*² met en évidence deux orientations respectives des phénomènes, entre violences subies, addictions et prostitution :

- Les traumatismes sexuels et les violences vécues durant l'enfance ou l'adolescence sont fréquemment cités dans les parcours de vie des personnes souffrant d'addictions, et en particulier des femmes.
- À leur tour, les addictions exposent ces femmes à des violences physiques ou sexuelles, ainsi qu'à des violences institutionnelles. Les groupes à risque parmi les usagères de substances sont les femmes enceintes (le moment de la grossesse accentuant leur vulnérabilité) et les personnes en situation de domination au sein du couple ou en prostitution.

On peut ajouter un troisième lien entre violences, prostitution et addictions, qui répond à la banalisation des substances psychoactives, et notamment des drogues illicites, dans nos sociétés de performance et d'immédiateté : l'emprise chimique par le partage de drogues avec le client prostituteur ou l'incitation/imposition de consommations par le-la proxénète.

ADDICTIONS, FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ ET RISQUES PROSTITUTIONNELS

S'il est vrai que la prostitution favorise le recours aux substances licites ou illicites pour supporter les violences et la réactivation quotidienne des agressions sexuelles

1. Sur les liens entre agentivité, empowerment et réduction des risques et des dommages, il faut rappeler que la réduction des risques est née de l'initiative militante et de la mobilisation en groupes d'auto-soutien d'usager-es, soutenu-es par des soignant-es engagé-es mais stigmatisé-es, face à la crise du VIH/SIDA et l'absence de matériel d'injection unique et sécurisé dans un contexte de diffusion importante, sur le marché européen, de drogues injectables comme l'héroïne. Cette posture longtemps dénigrée et combattue par l'addictologie, a fait la preuve de son efficacité et est aujourd'hui pleinement intégrée, quoiqu'adaptée, inspirant jusqu'à la gestion publique de la crise sanitaire du Covid-19.
2. Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. Revue de littérature et élaboration de pistes de recherches, P-PG /Gender, Groupe Pompidou, 2015, <https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>

primitives¹, il convient d'infirmier l'hypothèse populaire (et combien sexiste) d'un lien systématique entre addiction et prostitution (la première entraîne l'autre), la majorité des femmes en situation d'addiction ne se tournant pas vers la prostitution pour financer leur consommation. Elles ont en très grande majorité recours à l'emploi ou leurs capitaux personnels, et pour une minorité précarisée, à divers petits délits (trafics, arnaques, vols...). Ce sont les femmes les plus précarisées et marginalisées qui, une fois épuisées ces possibilités, se tournent vers la prostitution en raison de son paiement en espèces, ou substances, immédiat.

Les niveaux de prostitution pour financer la consommation d'une substance qu'a connu la France avec l'héroïne dans les années 1980, avant que ne soient mis en place des programmes de substitution, ne sont pas ceux observés depuis les années 1990 avec la cocaïne poudre ou base (crack). Cependant, s'ils sont marginaux et concernent surtout les personnes les plus vulnérables sur le plan psychique et social, et certaines substances comme la cocaïne (poudre et base) et les opioïdes semi-synthétique (héroïne), ils n'en constituent pas moins une réalité. La prostitution n'est alors souvent pas reconnue comme telle par celles qui y ont recours, d'où l'emploi de périphrases telles que « sexe contre argent » (pour acquérir le produit) ou « sexe contre produit ». Les plus précaires des usagères de drogues illicites sont plus à risque de s'engager dans des formes de prostitution, cependant la prostitution masculine pour produit existe également bien qu'elle fasse l'objet d'une importante sous-déclaration.



Analyse des pratiques intersectorielles

Groupe de partage de pratique – Amicale du Nid-Associations Addictions France à Marseille – mai 2023.

Analyse clinique : situation d'une femme accompagnée au sein de l'établissement de L'Amicale du Nid 13.

Identification de trois domaines d'intervention : parentalité, prostitution, addiction.

Questionnement connexe : la question du contrat hébergement a pu être abordée, impliquant les sentiments intriqués de loyauté, peur de dire et de confier.

Pistes de travail en accompagnement :

- Interroger davantage le financement des stupéfiants, la provenance pour

1. Il revient aux personnes de dire ce qui, derrière chacune de leur consommation et chacune des substances convoquées, motive leur geste – lorsque bien sûr elles ne sont pas imposées par autrui, car il s'agit dans ce cas de soumission chimique. Derrière la mécanique répétitive de l'addiction se trouve une recherche première qui résiste à la seule biologie et qu'il faut comprendre : la fonction occupée par le produit. C'est à la personne d'y réfléchir, aidée en cela par les professionnel·les, éducateur·ices ou intervenant·es socio-sanitaires. La réponse n'est jamais simple et demande souvent un long cheminement intérieur.

identifier le troc sexuel

- Côté professionnel-les : questionner son propre rapport à l'intime : sexualité, addiction
- Renvoyer à la personne son statut de victime pour se décaler d'une culpabilisation et faire entrevoir le système (prostitutionnel et de l'addiction)

Du point de vue de l'organisation partenariale :

- Favoriser une véritable transmission pour qu'il y ait plus de continuité, et transmettre les organigrammes respectifs à chacun-e

L'Enquête InVS-ANRS 2004-2007 Coquelicot¹, dont la cohorte a été recrutée dans les dispositifs spécialisés d'addictologie et chez les médecins de ville prescripteurs de substitution, indiquait pour ces publics une vulnérabilité accrue face au risque sexuel, avec :

- 32% de femmes contre 2% d'hommes déclarant des pratiques de « sexe contre drogue » dans les 6 mois précédents
- 72% de femmes contre 3% d'hommes, de « sexe contre argent » (là encore, probable sous-déclaration masculine)
- « Prostitution » : elle concerne, dans les 6 mois précédant l'enquête, 29% des répondantes contre 1% des répondants.

Lorsqu'il y a partenaire, celui-ci est souvent usager de produits psychoactifs², ce qui expose à des risques de contamination au VIH et VHC et à divers agents pathogènes, de même qu'à un accès secondaire aux ressources et matériels de RDRD et au soin. Comme d'autres espaces sociaux, celui des usager-es de substances ne fait pas exception à des rapports sociaux de genre très globalement défavorables aux femmes, les usagers hommes accèdent prioritairement aux ressources (substances, matériel d'usage et de RDRD).

Les auteur-ices de l'étude indiquent que, dans ce contexte de précarité spécifique, « les femmes [usagères de drogues] UD sont dans une situation de double fragilité dans la sphère de la consommation de produits et dans la sexualité. Cette vulnérabilité est principalement liée à leur dépendance financière vis-à-vis des hommes pour se procurer des drogues ». Elles sont globalement plus précaires et leurs trajectoires de vie, encore plus chaotiques. Elles sont davantage exclues des solidarités familiales et leur autonomisation précoce résulte fréquemment de violences subies dans l'enfance et l'adolescence. Leur plus grande fragilité économique et leur moindre insertion socioprofessionnelle par rapport aux hommes les rendent plus vulnérables au risque prostitutionnel.

1. Jauffret-Roustide, M. et alli, Poster Trajectoires de vie et prise de risque chez les femmes usagères de drogues, Enquête InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/trajectoires-de-vie-et-prises-de-risque-chez-les-femmes-usageres-de-drogues.-enquete-invs-anrs-coquelicot-france-2004-2007.-journées-de-veille-sa>

2. Sur la co-dépendance, voir Guide Repères Conduites addictives. Travailler pour et avec les personnes de l'entourage, ANPAA, décembre 2018, <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Guide-reperes-Entourage.pdf>

Elles paient, comme usagères et comme victimes de violences sexuelles dont les violences prostitutionnelles, le prix le plus fort des stéréotypes de genre.

« Suite à une maraude numérique de l'Amicale du Nid des Côtes d'Armor, le binôme de travailleuses sociales a envoyé un message via la messagerie WhatsApp à une femme en situation de prostitution sur un site d'annonce. Témoignant en retour être consommatrice de crack et souhaiter un traitement de substitution, elle a opté pour une poursuite de l'échange avec le CAARUD via la messagerie WhatsApp plutôt que de s'y rendre physiquement, pour plus de discrétion. Avec l'équipe mobile du CSAPA de l'Association Addictions France de St-Brieuc, nous sommes en réflexion pour organiser une maraude numérique conjointe afin de croiser nos publics et mieux travailler ensemble. »

Chef de service, Amicale du Nid en Bretagne.



Focus

La prostitution liée au crack

« Le crack est une des appellations de la forme fumable (base) de la cocaïne, dont la forme chlorhydrate (ou cocaïne HCl), dite « poudre » est celle habituellement désignée par le nom de cocaïne. »¹

Sous sa forme fumable après transformation chimique (ou « crack », d'après le bruit caractéristique dégagé par sa combustion), la cocaïne basée semble aujourd'hui ne concerner que des hommes et des femmes particulièrement désocialisé·es et précarisé·es. Pourtant bien plus nombreux·ses sont les expérimentateur·ices inséré·es, que l'on voit peu dans les lieux de soin ou de réduction des risques. On parle à leur propos d'usager·es caché·es.

Pour les femmes les plus précaires et ayant un vécu de violences physiques et/ou sexuelles, et qui sont plus fortement et plus rapidement dépendantes que les usagers de sexe masculin (cf. plus haut le facteur de vulnérabilité biologique « Sexe »), le besoin ressenti d'un approvisionnement incessant de la substance mène à de fréquentes situations de prostitution. Cette prostitution est essentiellement imposée par certains usagers de drogues de la scène – de fait, des proxénètes – mais aussi des clients prostitueurs attirés par la vulnérabilité aigüe de ces femmes et la faible rémunération exigée en contrepartie de l'acte sexuel. Le risque de vol, de part et d'autre, fait partie du tableau général de cet abus de

1. Etudes Crack en Île-de-France, OFDT-INSERM, 2021. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/92994/download?inline>. Sur les violences, dont les violences sexuelles, et le proxénétisme exercés par d'autres usagers sur les usagères, voir notamment pp. 37 à 50 « 4. Focus sur les femmes » in Chapitre I Profils et trajectoires des usagers de crack.

faiblesse caractérisé et les altercations violentes sont fréquentes. Beaucoup de femmes sont aussi rackettées par des usagers masculins¹.

Les hommes de ces scènes ouvertes déclarent très peu de pratiques prostitutionnelles. Hommes et femmes ont par ailleurs recours à d'autres modes de financement : mendicité, vol, ou arnaque. Le modèle de l'usager-e-revendeur-euse est concernant le crack particulièrement difficile, sinon impossible, à réaliser car il suppose de ne pas consommer le stock destiné à la vente.

Dans certains espaces de consommation, la proportion de femmes serait particulièrement importante : l'Étude Coquelicot menée dans le Nord-Est de Paris comptabilisait 46% de femmes usagères de cette substance contre 23% sur l'ensemble des usager-es de drogues².

Il faut comprendre, comme autrefois pour l'héroïne avant la substitution, l'économie morale dans laquelle s'insère la lecture à la fois sociale et raciale des usager-es de crack/cocaïne basée les plus précarisé-es. Leurs troubles de santé mentale et leurs parcours de vie chaotiques émaillés de violences expliquent, plus que la seule substance (aussi addictive soit-elle, particulièrement en raison de son mode d'administration dont les effets en termes d'intensité et de durée sont comparables à ceux de l'injection), leur présence durable dans les rues des métropoles françaises.

Sur le site de la Colline dans le Nord-Est de Paris – scène ouverte depuis dispersée et reformée, un enquêteur interroge : « La plupart fument, pas toutes, la plupart se prostituent, pas toutes. Et il y en a qui ne sont ni prostituées ni fumeuses crack ». En effet, certaines femmes présentes vendent des boissons ou de la nourriture³.

« Il existe un lien fort entre prostitution des femmes (dont certaines transgenres) et trafic de crack remarqué peu de temps après l'arrivée du crack à Paris. Le dispositif TREND identifie la première occurrence de femmes revendeuses de crack dès 2001. Ces personnes sont d'origine Sub-saharienne mais aussi des pays de l'Est et sont d'anciennes prostituées. En 2019, toutes les femmes impliquées actuellement dans le trafic apparaissent usagères de crack. Celles-ci passent le plus souvent d'un statut à l'autre, entre usagère-revendeuse et usagère et leurs pratiques prostitutionnelles peuvent être plus ou moins occasionnelles. Si d'autres lieux sont concernés, les pratiques prostitutionnelles gravitant autour du trafic de crack, visant à en payer la consommation sont particulièrement décrites aux alentours de La Colline depuis de nombreuses années mais les intervenants

1. Rapport Etudes crack en Île-de-France, OFDT/INSERM, 2021, Focus sur les femmes, pp. 37-50. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/92994/download?inline>
2. Jauffret-Roustide, M., Enquête Coquelicot, InVS/ANRS, 2006.
3. Etudes Crack en Île-de-France, op. cit., p. 221.

rapportent leur généralisation. Les intervenants font également état de la présence de femmes transgenres exerçant parfois ouvertement une activité prostitutionnelle connue en dépit du danger potentiel représenté par certains usagers affichant leurs propos transphobes.

(...) (« le prix de la passe est indexé sur celui de la galette ») et selon les négociations avec le client, amenant la fellation autour de 10 ou 15 euros. Les clients, quant à eux, ne semblent pas répondre à un profil type : de nombreux clients insérés s'arrêtent en effet en voiture à proximité de La Colline, mais ceux-ci peuvent aussi être des personnes précaires et/ou consommatrices de crack qui viennent chercher à la fois le produit et des prestations sexuelles – bon marché – à La Colline.

L'engagement des femmes usagères de crack du site de la Colline dans les pratiques prostitutionnelles recouvre des réalités diverses. Certaines d'entre-elles ne s'identifient pas comme des prostituées, dans la mesure où la pratique peut être utilisée comme un moyen d'accès ponctuel aux produits et non comme une activité de travail régulière et pérenne. En outre, la diversité des formes d'échanges economico- sexuels décrits à la Colline s'inscrivent en dehors des filières et réseaux organisés de la prostitution. Néanmoins, cette prostitution de fait constitue pour les plus précaires de ces femmes la seule ressource pour subvenir au besoin de consommation, les plaçant dans des situations d'extrêmes faiblesse et vulnérabilité. » (P. 224 et suivantes).



Analyse des pratiques intersectorielles

Groupe de partage de pratique - Amicale du Nid-CSAPA AAF Fort Notre-Dame - Juin 2023

Cas clinique : présentée par la Dre Valérie ZARCA (CSAPA AAF Fort Notre-Dame), ici relaté par travailleur-ses sociaux-ales :

« Il y a un an est venue au CSAPA une femme de 34 ans, originaire d'Algérie, en situation de prostitution, avec d'importantes consommations d'alcool. Sa problématique était de devoir arrêter l'alcool pour récupérer la garde de ses deux enfants placés. La docteur précise être alors très contente car le lien était là et le travail fonctionnait. Madame était totalement abstinente au bout de quelques mois. Elle a un logement. La crainte était que si Madame n'a pas la garde de ses enfants elle rechute et reconsomme de l'alcool. Les enfants ont été placés après que Madame a été violente avec eux en public et elle s'est vue refuser la garde de ses enfants. Elle dit que la Maison de santé (MDS) avait pointé du doigt la prostitution comme un élément négatif à la garde des enfants. Madame est en prostitu-

tion à la Rotonde [Square Labadié, mêlant prostitution, trafics et consommations de substances] et dans des bars. [Depuis ces événements], elle vient au CSAPA uniquement pour faire signer sa feuille d'obligation de soin, le lien n'est plus là. Elle n'est plus dans le soin.

Questionnement :

La Docteure demande si la question de la prostitution aurait pu être mieux travaillée lors des entretiens, et comment ?

Pistes de réflexion :

Poser des questions naïves sur la prostitution permet de laisser la personne s'exprimer avec ses propres mots. Ne pas ignorer la prostitution dès lors qu'elle est sue ou dite. S'il y a prostitution à la Rotonde, questionner sur la cocaïne basée qui y est très présente. Lui demander ce qu'elle veut faire vis-à-vis de la prostitution.

« Madame a aujourd'hui une heure par mois de visite médiatisée auprès de ses enfants. Elle déclare « je me sens jugée » par la MDS.

Questionnement :

La Docteure demande à l'équipe AdN comment se sentir légitime pour parler de prostitution ? De son côté, l'équipe AdN demande s'il cette reconsommation représente un échec ?

Pistes de réflexion :

Non ce n'est pas un échec. Le CSAPA est identifié et Madame revient même si la relation est déstabilisée. Madame a mis l'alcool à distance longtemps, c'était un bon travail : « Si elle a arrêté l'alcool et la prostitution c'est énorme ! Et si elle a arrêté l'alcool mais qu'elle se prostituait c'est quand même énorme ! Parce que se prostituer sans produits, c'est violent ! » « Les personnes font des allers-retours, ce n'est pas forcément un échec ».

Conclusions :

Les équipes partenaires identifient bien ces mouvements d'allers-retours et cette temporalité particulière partagée par les personnes en situation de prostitution et celles en difficulté avec une ou des substances.

PROSTITUTION ET « ADDICTION-BÉQUILLE »

Les conduites addictives sont souvent présentées comme des « béquilles » psychiques face à une béance narcissique précoce que l’usager·e chercherait à combler par l’incorporation de telle ou telle substance. L’addiction fait alors office de mécanisme de protection psychique du sujet et peut être activée par divers traumatismes secondaires (violence subie, deuil, perte...) tout au long de l’existence.

Ce qui motive une consommation doit être mis en rapport avec les effets recherchés d’une substance¹. Ces effets recherchés, ou « effets d’attente », peuvent être, selon la personne et les circonstances, la relaxation, l’apaisement, la sédation, ou au contraire la stimulation, la levée d’inhibition, la dissociation. Le contexte hostile et dangereux dans lesquels s’exerce la prostitution exige d’augmenter sa vigilance, son agressivité et de pouvoir demeurer des heures sans dormir ou manger. D’autres consommations permettent ensuite une adaptation à la nécessité physiologique du sommeil.

« Un grand nombre de personnes en situation de prostitution nous dit consommer des substances, majoritairement de l’alcool et du cannabis, afin de « survivre » à la passe, aux clients qui se succèdent. Beaucoup développent une addiction pendant la période d’exploitation par des proxénètes, ce qui a un impact important sur leur quotidien et sur leur santé à long terme..

Elles manquent généralement d’informations sur l’impact d’une consommation de produits importante, quotidienne, sur leur santé. Les addictions sont souvent vécues comme un tabou, les personnes n’évoquent pas le sujet et ne demandent pas spontanément de l’aide. Un certain nombre d’entre elles sont dans le déni de leur consommation. Quelques-unes ont des représentations sur les produits qui seraient plus « bénéfiques » que d’autres ».

Ateliers santé avec l’Association Prométhée et le CSAPA CODASE Point-Virgule, à l’Amicale du Nid en Isère

Dans le contexte prostitutionnel, on observe le recours à ou l’administration de substances psychoactives :

- **Aux abords ou dans le cadre d’un acte prostitutionnel**, pour réduire le stress, engourdir les sens, se donner du courage ; pour le proxénète ou le client prostitueur, pour exercer une emprise. On retrouve le plus souvent dans ce cadre l’alcool, le tabac (fonction occupationnelle et antistress), et le protoxyde d’azote pour les plus jeunes. La cocaïne est le plus souvent fournie (contre paiement) par les proxénètes.
- **Hors de l’acte prostitutionnel**, pour apporter le sommeil, le repos, tenter de rendre supportables les conséquences des actes subis, ou gérer les effets déplaisants de

1. On compterait neuf types de motivations à l’usage de substances : « stimulation, socialisation, conformité, réduction de l’anxiété, réduction de la dépression, réduction de l’ennui, amélioration des performances et transcendance (et) en cas de dépendance physique : la réduction des symptômes de sevrage », voir Högge, M, Addictions. Recherches et pratique n°7, décembre 2022. <https://www.federationaddiction.fr/actualites/les-motivations-a-lusage-de-drogues-une-diversite-trop-souvent-oublie/>

la disparition des effets d'une autre drogue (« descente ») ; les substances les plus consommées sont alors l'alcool, le cannabis, les médicaments détournés (benzodiazépines, opioïdes), et de nouveau le protoxyde d'azote pour les plus jeunes.

« Chez les femmes l'alcool est consommé, de façon cachée, en préparation de la soirée de prostitution. Mais ces consommations engendrent beaucoup de culpabilité des mères vis-à-vis de leurs enfants, vis-à-vis également des attentes de la famille. Il les aide malgré tout à tenir le coup. »

Un-e professionnel-le de l'Amicale du Nid à Paris lors d'un groupe de travail transversal sur les addictions et la santé mentale

De même, l'automédication, par des substances psychoactives licites ou illicites, des troubles mentaux souvent issus de l'expérience de maltraitements ou de carences graves durant l'enfance ou l'adolescence, tels que les troubles anxieux, la dépression, ou le syndrome de stress post-traumatique, est fréquemment observée. Elle répond alors à cette fonction de « béquille », qui est de répondre, au moins temporairement, aux besoins de soulagement des tensions ou des angoisses, ou de stimulation dans le cas d'une dépression, mais qui tend à masquer voire à aggraver certains symptômes. Le passage de l'automédication au soin accompagné ne peut se faire qu'avec la pleine adhésion de l'usager-e.

On retrouve dans cette catégorie du recours aux substances à des fins d'automédication : l'alcool, le cannabis, la cocaïne poudre ou base, les opioïdes, enfin les médicaments psychotropes détournés, obtenus par ordonnance ou sur le marché noir. A noter que le tramadol y occupe une place singulière car il est consommé par de nombreux-ses ressortissant-e-s des pays d'Afrique de l'Ouest et du Sahel où l'usage de ce médicament opioïde est aujourd'hui en forte augmentation. Son trafic est contrôlé par les mêmes groupes criminels nigériens¹ transnationaux impliqués dans la traite des femmes et des jeunes filles à visée d'exploitation sexuelle en Europe. Son dosage est bien supérieur à celui autorisé en Europe et son usage n'est pas toujours perçu comme relevant d'une addiction. La licéité d'une substance et sa construction sociale comme « drogue » ou « médicament » est une donnée centrale dans la compréhension des usages, ainsi que du faible recours aux services de soin et de réduction des risques et des dommages car le phénomène d'addiction n'est dans un premier temps pas identifié par l'usager-e.

Facilement accessible et socialement ambivalent, l'alcool est souvent une constante que d'autres consommations peuvent émailler au gré des rencontres :

1. Tisseron, A., « Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel », L'Afrique en questions, n°39, 12 octobre 2017. <https://www.ifri.org/fr/publications/editoriaux-de-lifri/lafrique-questions/tramadol-medicament-drogue-pauvre-afrique-de>

« Chacun, chacune a pu parler de la présence de l'alcool dans sa vie quotidienne en lien avec des problèmes d'orientation sexuelle. (...) L'alcool est présent dans leur parcours pour « tenir » dans la prostitution au départ, puis pour continuer pour payer les opérations de transformation. Celles-ci occasionnent des problèmes de santé qui peuvent amener alors plus de consommation d'alcool.

Les problèmes de santé liés à la consommation excessive d'alcool créent des problèmes de santé plus irréversibles selon ces 5 personnes rencontrées que la prise d'autres produits illicites comme la cocaïne ou la marijuana.

Elles ont découvert ces produits illicites dans un second temps en lien avec le système prostitutionnel, parfois initiées par des clients. La prise de produits peut avoir un effet coupe faim, anesthésiant qui peut amener à prendre moins soin de soi et isoler encore plus, ce qui amène une désocialisation. Cette prise de toxiques peut donner le sentiment de quelque chose de festif qu'on pratique en groupe, mais quand on veut arrêter on s'aperçoit qu'il n'y a pas d'amis. »

Un-e professionnel-le de l'Amicale du Nid à Paris lors d'un focus groupe sur les addictions

Au-delà de l'automédication et des consommations visant une adaptation au climat hostile et violent du milieu prostitutionnel, une hypothèse soutenue par le Dr. Trinquart est que les consommations répétées pourraient aussi, en reconduisant le phénomène de dissociation psychique (ou « décorporalisation ») éprouvé lors d'un traumatisme, avoir pour objectif la reproduction des effets chimiques dissociants du syndrome de stress posttraumatique initial.

« Ce processus est provoqué par la nécessité de s'adapter à un contexte d'effractions corporelles répétées et régulières, ou imposant un vécu d'instrumentalisation extrême du corps de l'individu. »

Trinquart, 2002, op.cit.

L'exposition à un évènement traumatique, et plus encore la chronicisation des atteintes au corps et à la psyché d'un individu sont en effet sources d'une production par l'amygdale de taux toxiques d'hormones de stress (adrénaline et cortisol) qui amènent le cerveau, pour en contrebalancer les effets, à sécréter d'importantes doses de neurotransmetteurs morphine-like et kétamine-like aux effets tant anesthésiants que dissociants.

Ce sont ces effets anesthésiants que les personnes soumises à des formes de stress intenses ou répétés cherchent à reproduire par la prise de substances. La chronicité des violences sexuelles subies dans le cadre de la prostitution est ainsi un facteur aggravant de ces consommations.

Il ne faut toutefois pas réduire la recherche d'altération de l'état de conscience à une fuite ou à l'effet de violences subies. Le plaisir, la détente, la stimulation ou l'expérimentation peuvent être autant d'effets recherchés par la personne, qu'elle soit ou non victime de violences.

De plus, la dimension rituelle de toutes les consommations de substances est une constante anthropologique. Même les consommations solitaires possèdent leur dimension rituelle (étapes liminaires de préparation de la substance et d'administration, moments de « montée » et de « descente »). Les pratiques de consommation, qu'elles soient individuelles ou collectives, cachées, marquées par la honte, ou socialement valorisées sont toujours a minima structurées (même lorsque, dans le cas d'un usage déréglé, ces usages débordent la volonté de la personne). Ce caractère rituel, acquis principalement auprès d'autres usager-es au moment de l'initiation au produit, peut constituer le support d'une transmission de pratiques de réduction des risques. Lorsque la consommation est collective, elle remplit une fonction de lien, affirme des solidarités par le don, l'échange ou le partage, inclut dans un groupe.

Bien comprendre la valeur symbolique et la place de ces interactions dans un ensemble plus large de hiérarchies, d'abus, de violences ou de solidarités, est un impératif pour toute intervention sociale ou sanitaire auprès des personnes présentant des difficultés avec les substances, car les consommations de drogues sont avant tout des pratiques sociales porteuses de sens.

Parfois, dans les situations prostitutionnelles, la consommation de substances se fait à l'initiative, voire même à l'instigation quand il y a incitation pressante, du client prostitueur, qui peut également être consommateur. Ce phénomène, qui reste à évaluer et spécifier, est rapporté par de nombreuses équipes de terrain à L'Amicale du Nid et relaté par les personnes accompagnées elles-mêmes.

Il touche, dans les contextes sociaux qui leur sont propres, les femmes comme les HSH, les hommes travestis et les femmes transgenre. Les substances sont variées, souvent des stimulants (cocaïne, crack, cathinones...) ou des vasodilatateurs (poppers) pour faciliter la pénétration ou tenter de forcer la mécanique du désir sexuel.

LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES AVEC LE CLIENT PROSTITUEUR

La rencontre avec les substances psychoactives peut découler de la situation prostitutionnelle, que ce soit avec une personne usagère (personne prostituée, client prostitueur, proxénète) ou avec un lieu propice (lieu de deal, scène ouverte de consommation). On observe fréquemment l'association géographique de la vente/consommation de substances, notamment illicites, et de la prostitution de rue.

Deux raisons à cela :

- Prostitution de rue et vente de stupéfiants sont souvent associées à des lieux de passage, qui à la fois brassent un grand nombre de personnes et permettent un relatif anonymat. Ces espaces sont souvent relégués, excentrés ou dans des cœurs

de ville paupérisés ou abandonnés des services publics. Leur marginalité sociale, de même que la recherche d'une moindre distance pour faire passer de mains en mains argent et substances, tend à rassembler ces deux pratiques dans l'espace.

- Les personnes en situation de prostitution qui consomment fréquemment tendent à se rapprocher des lieux de vente de substance afin de pouvoir s'approvisionner plus facilement entre les actes prostitutionnels. Le risque que cela présente est qu'elles soient repérées par des vendeurs, qui tendront dès lors à sursolliciter leur achat de drogues. On observe d'ailleurs des modes d'approvisionnement organisés en substances (dealeurs livreurs), mais aussi en cigarettes, boissons, lubrifiant intime et préservatifs.

La rue est un espace de rencontres, y compris avec les substances et leurs initiateur-ices :

« Il semble que, pour les jeunes qui sont suivis ou rencontrés par la Mission mineur-es de l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône, le crack soit consommé dans un deuxième temps et que la situation de prostitution est première. C'est à l'occasion de rencontres dans la rue que se fait l'initiation au produit, puis sa consommation régulière. »

Un-e professionnelle de l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône lors groupe de travail transversal « RDRD et outils de repérage et d'information aux personnes »

La multiplication, la diversification et la massification des substances psychoactives observées ces dernières décennies ont été amplifiées par l'Internet, les réseaux sociaux, enfin par les messageries cryptées de bout en bout qui en ont favorisé la dissémination sur l'ensemble du territoire et dans tout le corps social, chaque groupe social ou professionnel en usant selon ses besoins et modalités propres.

Les usager-es les plus vulnérables physiquement, psychologiquement ou socialement subissent les conséquences de ces consommations de manière plus prononcée et ont moins de ressources pour en atténuer les effets sanitaires ou sociaux négatifs. Parmi elles.eux, les personnes en situation de prostitution sont particulièrement exposées à des demandes de consommation. Il n'est en effet pas rare désormais que des clients prostitueurs consomment avant ou durant l'acte prostitutionnel, mais également proposent, voire exigent, une consommation de substance.

« J'ai croisé des hommes qui me disaient « Il faut que tu boives de l'alcool ! », parce que ça fait partie de leurs fantasmes. Parce que une fois l'alcool est dépassé tu peux faire de choses que tu ne pourrais pas faire avant, voilà tu ne peux pas te contrôler. (...) Quand je bois j'accepte tout avec le client, même des choses dégueulasses. Pour ne pas voir ça je buvais, et j'acceptais forcément. Je bois encore mais je diminue, j'ai discipliné mais il y a des fois quand j'ai des soucis... »

Une femme accompagnée lors d'un atelier santé consacré à l'alcool à l'Amicale du Nid en Seine-Saint-Denis.

Du côté du client prostitueur, cette recherche d'états dissociés, imposés ou partagés, qui est aussi recherche d'une vulnérabilité accrue de la personne prostituée, est un phénomène en développement qu'il faut prendre en considération dans un contexte d'augmentation globale des consommations dans la population générale. Personnes en situation de prostitution et substances psychoactives figurent parfois comme des « produits » complémentaires, que l'on peut acheter en gros ou en détail selon ses capacités financières :

« Au cours des maraudes numériques que nous effectuons, nous observons régulièrement ce type d'annonces proposant, par exemple, une ou deux jeunes filles/femmes, 1 bouteille d'alcool et 2gr de cocaïne. Cela se passe notamment sur la messagerie cryptée Telegram. »

Un-e professionnel-le de l'Amicale du Nid en Seine-Saint-Denis

Dans certains contextes prostitutionnels, la consommation peut même s'avérer incontournable :

« Dans les boîtes de nuit et les saunas, on consomme du GHB et de la 3MMC. Si on veut travailler il faut consommer. (...) Dans la prostitution, c'est le client qui impose. Il veut du fun, du plaisir, une soirée de folie. L'avantage, c'est qu'ils deviennent plus doux avec le produit, ils sont parfois plus généreux. Mais d'autres font des paranoïas. Après la nuit de consommation vient la descente, la fatigue, le client est frustré. Il faut faire attention, ça peut être dangereux. » (...) « Le client, il ne veut pas s'embêter avec Meetic et tout ça, il rassemble tout, l'argent et les produits, et voilà ! Il se sent roi. » .

Un homme travesti lors du focus groupe « Consommations en situation de prostitution » à l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône

Ces consommations ne vont pas sans risques supplémentaires :

« J'accompagne monsieur pour boire mais c'est long après et il fait de problèmes. »

Une femme, atelier santé sur l'alcool à l'Amicale du Nid en Seine-Saint-Denis

Ces témoignages, récurrents auprès des professionnel-les de l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, incitent à souhaiter que soit interrogée cette dimension spécifique des consommations de psychotropes, et d'éventuelles addictions, auprès des clients prostitueurs rencontrés par les associations ou dans les stages de responsabilisation des clients de la prostitution¹.

On sait par ailleurs que la consommation d'alcool est associée à des situations de violences (violences interpersonnelles diverses, violences conjugales et plus largement

1. Décret n° 2016-1709 du 12 décembre 2016 relatif au stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple ou sexistes et au stage de sensibilisation à la lutte contre l'achat d'actes sexuels. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033586137>

violences sexuelles et sexistes, féminicides, homicides). S'il n'y a pas de relation causale entre consommation d'alcool et violence, on ne peut sous-estimer le facteur de risque qu'elle représente, notamment lorsqu'y sont associés d'autres facteurs de vulnérabilité telle que la situation éminemment inégale de la prostitution.

En outre, des études observent que le partage de drogues [illicites] avec des clients représente une source de violences : une étude déjà ancienne réalisée au Canada¹ révélait que 59% des femmes en situation de prostitution de survie [catégorie de l'étude] interrogées avaient partagé des drogues avec des clients dans les six mois écoulés [du crack principalement] et que la consommation de drogues à des fins sexuelles était statistiquement associée à l'emprunt d'une pipe à crack usagée, un usage intensif de substance, une utilisation irrégulière des préservatifs, un harcèlement verbal et des agressions physiques et/ou sexuelles. Si la consommation de drogues à des fins sexuelles résultant d'une demande du client est parfois rapportée comme une possibilité de gagner plus d'argent, des risques sont fréquemment évoqués :

- La durée plus importante des rapports et les risques de troubles de l'érection, entraînant de nouvelles consommation (Viagra®) et de possibles violences ;
- Le moindre recours au préservatif, la conscience du risque étant émoussée par les effets psychotropes des substances consommées.

Certaines substances, ou dosages ou mélanges de substances, permettent de rendre une personne plus malléable, lever ses inhibitions, voire l'immobiliser ou l'amener à l'inconscience : on parle d'emprise chimique », voire de « soumission chimique » lorsque l'administration de substance est caché.



Focus

Soumission – Emprise – Vulnérabilité chimique

Emprise chimique : sujétion par l'administration de substances psychoactives.

Vulnérabilité chimique : état de vulnérabilité induit par la consommation, volontaire ou involontaire, sue ou insu, d'une ou de plusieurs substances modifiant les capacités cognitives, les perceptions, les sensations. Au-delà des effets immédiats d'une substance psychoactive, l'addiction comme phénomène neuropsychologique entraîne une baisse de la motivation, des troubles de la mémoire et de l'apprentissage, et peuvent entraîner, pour certaines substances telles que l'alcool, un déficit

1. Shannon, K. et al., « Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers », *Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, Volume 20, 2008, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120701561270>

cognitif. Ces altérations avantagent le système prostitutionnel, qui en tire profit. Les conduites addictives, d'à peine tolérées autrefois, sont aujourd'hui plus ou moins directement encouragées, quand le proxénète ou le client prostitueur ne sont pas les fournisseurs du produit. Le caractère volontaire de la consommation n'enlève pas que soient affectées perceptions et capacités puisqu'il en découle : incapacité à donner son consentement, cognition diminuée et état de vulnérabilité.

Mais la crainte de n'être pas cru·e ou d'être blâmé·e pour ses consommations freine fortement la démarche de plainte ou de demande de soin.

Enfin, la confusion entre les effets des consommations volontaires – qu'elles soient récréatives ou relèvent de l'automédication ou de la recherche de dissociation traumatique, et ceux des consommations involontaires relevant de la soumission chimique, bénéficie aux auteur·ices, souvent opportunistes, de ces agressions.

« Faire reposer la responsabilité et la culpabilité sur les épaules des victimes est une violence supplémentaire et constitue un obstacle dans la libération de la parole, la recherche d'aide, le dépôt de plaintes et l'application de la loi. Il est essentiel de souligner que les victimes de violences ne sont en aucun cas responsables des agissements de leurs auteur·es. »

« Violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues », Eurotox – mai 2022. <https://eurotox.org/2022/05/09/violences-sexuelles-facilitees-par-la-consommation-de-drogues/>

Soumission chimique¹ : selon le Code Pénal à l'article 222-30-1², elle désigne « le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle » (Loi 2007-287 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance).

Unique ou répétée, la soumission chimique est un mode opératoire d'agression (physique, sexuelle et/ou économique) qui permet à l'agresseur de s'assurer, selon les substances employées, de l'immobilité ou de la docilité de sa victime tout en retardant sa capacité physique et cognitive à porter plainte.

« La soumission chimique s'exerce soit sur des victimes « endormies », sédâtées avec troubles de la conscience ; soit sur des victimes « actives », conscientes mais qui commettent des actes contre leur volonté, à leur insu, sous le contrôle de l'agresseur dans un cadre « d'amnésie automatique ». Les sujets sont alors capables de réaliser des

1. Samaille, M., La soumission chimique, état des lieux, mutations, prévention et perspectives. Thèse de doctorat en pharmacie, Université Grenoble Alpes, 2021.
2. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037287345 Article 222-30-1 du Code Pénal. Version en vigueur depuis le 6 aout 2018 : Le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende.

tâches complexes (acte sexuel, conduite d'un véhicule), sans en avoir conscience et sans en conserver le moindre souvenir [14]. (...) Les médicaments appartenant à la classe des benzodiazépines et dérivés apparentés sont retrouvés dans environ trois cas sur quatre. Le GHB (acide gammahydroxy-butyrique) présente également un tel profil, appelé souvent à tort « la drogue du violeur », car en réalité son usage est rare »

Goullé, J-P. et alii., La soumission chimique, un problème de santé publique? Académie nationale de Médecine, Séance du 23 février 2010. <https://www.academie-medecine.fr/la-soumission-chimique-un-probleme-de-sante-publique/>

Ce mode d'agression peut lui-même engendrer des consommations de substances (alcool, cannabis, benzodiazépines) pour faire face au stress et à l'anxiété découlant de l'effraction¹.

Circulaire DHOS/O 2/DGS n°2002-626 du 24 décembre 2002 relative à la prise en charge dans les établissements de santé autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences, de personnes victimes de l'administration à leur insu, de produits psychoactifs².

- « L'accueil des victimes est obligatoirement assuré dans les établissements de santé autorisés à exécuter une activité d'accueil et de traitement des urgences »
- Victime mineure de moins de quinze ans ou personne fragile : Obligation de signalement à l'autorité judiciaire (article 226-24 du Code de procédure pénale). N° national d'aide aux victimes d'infractions pénales : N° Azur 0 810 09 86 09 (lundi-samedi, 10h-22h)

Deux publics sont spécifiquement à risque de se voir administrer à leur insu des drogues ou médicaments psychoactifs à des fins de viol : les femmes³ en général et les HSH victimes d'homophobie. Les personnes en situation de prostitution, hommes, femmes ou transgenres, voient leurs risques encore accrus par la dimension inégalitaire de la relation.

Le cadre du chemsex comme pratique volontaire de sexe sous-produit n'est pas exempt de situations de viol mais celles-ci sont complexes, car l'ensemble des acteurs s'y trouve affecté par la prise de substances désinhibantes qui brouillent les repères du consentement.

À noter enfin que le tabou sur les agressions sexuelles commises sur des hommes participe à leur sous-évaluation numérique et à leur moindre prise en charge.

1. Samaille, op.cit., p. 73

2. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-04/a0040202.htm>

3. « Les victimes sont en majorité des femmes et les agressions sexuelles qui constituent 50 % des déclarations sont prépondérantes chez les femmes, alors qu'il s'agit essentiellement de vols chez les hommes » (Enquête sur l'usage criminel des produits psychoactifs, Afssaps, 2005-2009 : www.afssaps.sante.fr); Enquête 2019 Soumission chimique, Afssaps/ANSM. <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/04/19/plaquette-sc-n15-2019-vf.pdf>. Synthesis Report on Violence, Women and Rape Drugs, P-PG/Gender, Groupe Pompidou, 2017. <https://rm.coe.int/2017-pg-gender-2e-final/1680784f58>



Focus

Le chemsex dans le cadre prostitutionnel

De l'anglais *chemical* et *sex*, le chemsex – appelé aussi en France « plan perché » ou « chem's » – est le nom donné à une pratique de consommation de psychostimulants, habituellement des cathinones et du GBL/GHB, par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et qui peuvent indifféremment se considérer comme homosexuels, bisexuels, ou hétérosexuels, dans l'intention d'avoir une sexualité modifiée par les produits, avec la recherche de partenaires par application de rencontre géolocalisée sur smartphone.

Les temps de chemsex sont souvent longs (plusieurs heures à plusieurs jours). La prise de produit(s) est répétée et peut prendre la forme de l'injection (appelée par les chemsexeurs « slam ») de cathinones (3mmc, 3cmc, 2mmc, 2cmc, NEP, Alpha PVP). La polyconsommation est souvent présente avec association simultanée de substances. Les produits les plus retrouvés sont le GBL (bu, il est synthétisé par l'organisme en GHB, et est consommé à des fins de désinhibition), parfois également de la cocaïne ou de la kétamine.

Le modèle expérientiel est complexe. Selon la définition de Morris Holbrook et Elizabeth Hirschman¹, le modèle expérientiel (ou « modèle de recherche d'expériences ») appliqué au chemsex se caractériserait par :

- des caractéristiques multi sensorielles des produits permettant une sexualité plus intense, une désinhibition, et une plus forte libido ;
- des expériences sociales vécues permettant de lutter contre l'isolement et l'exclusion ;
- des émotions et des sentiments exacerbés lors du rapport sexuel avec un ou plusieurs personnes ;
- une contrainte temporelle dans la poursuite du plaisir, qui dans le chemsex se traduit par des « plans » qui durent des heures et dans lesquels la jouissance est retardée.

Le chemsex est apparu dans les années 2010 en Angleterre, principalement dans la communauté homosexuelle, où quasiment tous les participants, au début, étaient porteurs du VIH. Aujourd'hui cette pratique est répandue plus largement parmi les homosexuels, porteurs du VIH ou non, notamment avec l'émergence des applications de rencontre sur smartphone, l'accès aux drogues de synthèse par commandes sur internet et livrées par la poste, l'arrivée de la prophylaxie

1. The Experiential Aspects of Consumption : Consumer Fantasies, Feelings, and Fun, *Journal of Consumer Research*, 1982, vol. 9, numéro 2, pp. 132-140.

pré-exposition (PrEP) et de la sexualité sans préservatif, enfin l'impact des confinements lors de la crise sanitaire liée au COVID -19.

Tout comme ses avantages, les risques de cette pratique sont multiples. Le consentement éclairé est difficile à maintenir sous l'influence des produits qui y sont consommés, notamment si les pratiques acceptées et les limites attendues ne sont pas correctement discutées entre les participants en amont d'une prise (par exemple avant une prise de GHB). Plus la consommation prend les caractéristiques d'une addiction, plus les risques d'isolement, de rupture sociale, et de difficultés financières peuvent apparaître. Les risques pour la santé sont à la fois psycho-sociaux et sanitaires : addiction, contaminations aux IST et surmortalité due aux conséquences de certaines de ces IST ainsi qu'aux surdoses. Parfois, la pratique du chemsex peut être observée dans des populations proches des hommes homosexuels, comme chez les personnes LGBTQIA+, dans la communauté trans, dans le milieu de la prostitution travestie et masculine, et chez certaines femmes cis hétérosexuelles.

Il est à différencier avec l'usage festif du GBL/GHB qui est de plus en plus présent en festivals, clubs et soirées – avec néanmoins les mêmes risques psychosociaux et sanitaires en cas de transmission d'IST, de surdosage, et d'addiction que dans le chemsex. D'autres substances enfin sont consommées par la population hétérosexuelle dans le cadre de consommations sexualisées mais elles n'ont pas les caractéristiques premières du chemsex ni sa définition culturelle, essentielles à la compréhension genrée de ce phénomène.

Pour Jonathan Rayneau, Chargé de projet soins résidentiels – sexualité/chemsex – santé femmes à la Fédération Addiction :

« Il n'y a pas de preuve de passage du chemsex à la population globale, contrairement à ce qui est affirmé parfois. Il est nécessaire de ne pas diluer la spécificité de l'expériences homosexuelle, comme pour l'expérience singulière des femmes). Ce sont des publics spécifiques, qu'il faut étudier comme tels. »

Jonathan RAYNEAU, Chargé de projet soins résidentiels- sexualité/chemsex-santé femmes à la Fédération Addiction – Entretien le 21/06/2022

Selon David Stuart¹, le chemsex est **un phénomène exclusif à la culture gay en raison de différents facteurs qui lui sont propres.**

1. Stuart, D., (2019) «Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture», Drugs and Alcohol Today, Vol. 19 numéro 1, pp.3-10. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>

Il explique que le plaisir lié à la sexualité a été, dans la **communauté gaie, particulièrement détérioré** notamment par :

- Le **traumatisme et la stigmatisation liés à la crise du VIH/SIDA**,
- Les comportements sociétaux, culturels et religieux qui ont contribué au **rejet, voire au dégoût de la sexualité gaie**,
- Une **culture du rejet spécifique à la communauté gaie** exacerbée par l'apparition d'applications de rencontres misant sur le « marketing » de soi à travers différents critères d'appartenance à un sous-groupe, de perfection du corps, d'origine ethnique ou encore de **performance sexuelle**,
- L'**association systématique du risque** lié à la sexualité gaie.

L'ensemble de ces facteurs peuvent ainsi contribuer à l'expérience du chemsex. Un usage commencé dans un contexte festif peut dans certains cas devenir quotidien et impacter négativement la santé physique et psychique (baisse du niveau de dopamine, besoin ressenti de reconsommer pour retrouver le niveau initial).

En situation de prostitution, la pratique du chemsex est porteuse de risques supplémentaires tant sanitaires que psychosociaux, de par l'inégalité constitutive de la relation, et la présence d'argent voire de substances comme paiement de l'acte prostitutionnel.

Enfin, si le chemsex ressort d'une situation spécifiquement située en termes d'histoire du genre et de l'homosexualité qu'il convient de ne pas invisibiliser, la consommation sexualisée peut concerner – bien que dans une moindre mesure – d'autres populations.

Par exemple :

« Certaines femmes qui ont été victimes d'abus sexuels pourraient par la suite consommer pour avoir des relations sexuelles », explique Maxime Blanchette, travailleur social et doctorant en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke (Canada). »

Maxime Blanchette, in Haslin A. « Quand les substances psychoactives et la sexualité se mêlent ». Aidedrogue.ca. <https://www.aidedrogue.ca/consommation-sexualisee>



Pour en savoir plus

Rapport Chemsex 2022 pour le Ministre de la Santé

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/284486.pdf>

Site Chemsex.fr de COREVIH Lyon Vallée du Rhône

<https://chemsex.fr>

Carte interactive des ressources en France : Trouver un spécialiste (association/addicto/santé mentale/santé sexuelle)

<https://chemsex.fr/trouver-un-specialiste>

[Vidéo] Chemsexeur. COREVIH Lyon Vallée du Rhône. Réalisation : Barbara Arsenault, La Bobine Production, 2018

<https://www.youtube.com/watch?v=sew63vko3tg>

[Vidéo] Plan perché, COREVIH Lyon Vallée du Rhône. Réalisation : Barbara Arsenault, La Bobine Production. 2021

<https://chemsex.fr/plan-perche>

Sur la prostitution masculine, l'abandon du préservatif et la santé globale, voir : Bertrand K. et J. Flores-Aranda, Prostitution masculine, internet et conduites à risque : l'importance d'une approche globale de réduction des risques, Sciences sociales et santé 2019/3, Vol. 37, pp. 97-104.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-3-page-97.htm>

Sur les effets de la consommation de substances sur les pratiques sexuelles : Les impacts de la consommation de substances psychoactives sur les pratiques sexuelles chez l'adulte, Patricia Beaulac, M.I.T., Infirmière clinicienne, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, Myriane Tétrault, Ph. D. / Psychologue, Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, Mathieu Goyette, Ph. D, Professeur adjoint, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke, dans la revue L'intervenant, volume 30 numéro 04, juillet 2014. [Numéro d'appel «Chemsex Urgences» de AIDES : 01 77 93 97 77](#) (numéro non surtaxé) ; [ou sur WhatsApp : 07 62 93 22 29](#).

Chemsex. Livret d'information pour les professionnels[le]s et les intervenant[e]s de santé. RESPADD, 2016.

<https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/ChemSex-BAT5.pdf>

Conception d'outils de réduction des risques sexuels dans la pratique du chemsex

<http://www.safe.asso.fr/index.php/conception-d-outils-rdr>

Outils de compatibilité entre traitements anti-rétroviraux et différents substances ou médicaments :

<https://www.hiv-druginteractions.org/> / <https://www.actions-traitements.org/reglette>



À RETENIR

La prostitution comme les usages de substances sont déterminés par la dimension socialement construite du genre. Il faut donc l'intégrer, avec d'autres comme la « classe » ou la « race », à l'analyse des inégalités sociales de santé.

« Ne pas oublier que l'addiction chez les femmes reflète avant tout le statut des femmes en général. » (Marijo Taboada)

L'absence de perspective de genre dans les programmes de soin et de réduction des risques et des dommages est un frein à la santé souligné par l'Organisation Mondiale de la Santé. « Même si elles sont également induites par des inégalités sociales qui se répercutent sur la santé, des efforts doivent être entrepris pour que sexe et genre soient mieux intégrés, tant dans les stratégies de santé publique que dans leur déclinaison opérationnelle. »

Les consommations de substances psychoactives chez les femmes résultent fréquemment de stratégies d'adaptation ou d'automédication de troubles mentaux souvent consécutifs à des violences sexuelles subies dans l'enfance ou l'adolescence. Le facteur biologique de sexe explique ensuite, chez les femmes, le développement d'une dépendance plus forte et plus rapide, et de pathologies spécifiques.

Pour comprendre les addictions chez les femmes en situation de prostitution, il faut intégrer la **triple stigmatisation** : comme **femme ou mère**, comme **usagère de substances**, comme personne **prostituée** ; les violences physiques et symboliques diverses subies avant comme dans le cadre de la prostitution et dans celui des consommations ; le manque de soutien social et familial, les ressources économiques moindres ; les difficultés à entrer et rester dans le soin.

La stigmatisation des usager-es est un frein à l'accès au traitement et à son maintien. **Le travail sur les représentations associées est un préalable à la compréhension de ces phénomènes multidimensionnels.** La multiplicité des approches bio-psycho-sociales doit être considérée de préférence à une approche unique.

Il ne s'agit pas de considérer toute addiction sous l'angle unique du « traumatique ». Les addictions sont un phénomène complexe, non réductibles au seul psychotraumatisme. En revanche, si la consommation de SPA ne répond pas nécessairement à un vécu de violences subies ou à de carences, certains parcours de vie exposent à un surrisque d'addictions ; lesquelles entraînent une vulnérabilité accrue aux violences, notamment sexistes et sexuelles, dont la prostitution.

Il n'y a pas de causalité directe, mais des **corrélations fortes, entre les violences, carences et autres facteurs de vulnérabilité, dont les dépendances ou addictions aux SPA, et les situations de prostitution**. De nombreuses personnes en situation de prostitution n'ont pas connu de parcours difficile ou de carences particulières, et toutes les victimes de violences sexuelles et même d'inceste ne sont pas en situation de prostitution. Il s'agit de facteurs de vulnérabilité prédictifs d'un risque, non d'une destinée naturalisée.

Il n'existe pas de groupes homogènes de personnes dépendantes ou prostituées, mais des **individualités au parcours et aux ressources uniques**. Leur situation de victimes de violences structurelles, genrées, racialisées, classistes, ou validistes, n'empêche pas leur agentivité individuelle ou collective et leur capacité d'agir.

La santé sexuelle des personnes usagères de substances doit être promue, comme y invite la **Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030** qui préconise notamment de :

- Prendre en compte les pratiques émergentes mêlant pratiques sexuelles et consommations de substances psychoactives dans les stratégies d'aller-vers des établissements médico-sociaux ;
- Mettre en place des actions de prévention et d'éducation combinant la santé sexuelle et les consommations de produits psychoactifs spécifiques aux femmes et aux jeunes ;
- Développer des réseaux de partenariat avec des acteurs associatifs et institutionnels ;
- De la santé sexuelle pour répondre aux mieux au besoin des UD (...).

À noter parmi les 27 cibles de cette Stratégie nationale : « **5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle** » et « **8.7 mettre fin à l'esclavage sexuel, à la traite des êtres humains** » .

Le Guide « Ma santé sexuelle, ma priorité. M'informer, me protéger » élaboré par le Réseau de Prévention des Addictions-RESPADD est un outil développé pour le public. Proposant conseils et ressources pour soutenir une démarche d'amélioration de la santé sexuelle et de prévention des conduites à risques, il peut aussi servir de base de dialogue et d'accompagnement des personnes.





PARTIE 4

APPROCHES CONCRÈTES : REPÉRER, ORIENTER, ACCOMPAGNER

L'IMPERATIF D'UNE COLLABORATION MULTISECTORIELLE

L'IMPORTANCE DE L'INTERSECTORIALITÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de bonnes pratiques de prévention des addictions et de prévention des risques et des dommages dans les ESSMS (Secteur de l'inclusion sociale) (2023¹) préconise l'inscription des structures dans un réseau territorial de partenaires et la définition d'objectifs partenariaux clairement définis (sensibilisation et formation réciproques des structures, coordination des accompagnements, mutualisation d'actions envers les publics similaires d'un même territoire). La formalisation de ces partenariats permet une définition claire des missions, objectifs et moyens d'agir de chaque acteur institutionnel (p.28).

Combinant les approches, savoirs et champs de compétences des professionnel·les et des institutions, l'intersectorialité répond avant tout à l'impératif moral d'adapter les institutions aux personnes plutôt que l'inverse. Cette conception globale de la personne, au-delà de la spécialisation de l'institution qui l'accompagne prioritairement, oblige à un décloisonnement des secteurs sociaux et médicosociaux et au développement de leurs partenariats. Dans l'intérêt des publics, l'interconnaissance des structures et de leur cadre d'action en est un prérequis et peut se réaliser sous des formes diverses, plus ou moins incarnées dans une pratique de terrain : rencontres partenariales, sensibilisations et formations croisées, immersion, maraudes communes, dispositifs mobiles de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique-TRODS, permanences et consultations avancées...

Ce partage d'expériences et de compétences peut ainsi déboucher sur :

- **Une mutualisation cohérente des moyens d'action.** Lorsque cela est possible, mettre en place des parcours coordonnés pour éviter l'exclusion, voire l'auto-exclusion de la personne consommatrice de substances. Les parcours coordonnés impliquant tous les acteurs favorisent le rétablissement (d'après le concept initial de « recovery ») des personnes et leur inclusion ou retour dans le droit commun.
- **Un maintien du principe d'accueil inconditionnel et à bas seuil**, mais aussi adapté

1. Haute Autorité de Santé, Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS, Secteur de l'inclusion sociale, Validé par la CSMS le 29 novembre 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf. Synthèse La prévention des addictions et la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) dans les ESSMS, validée le 9 novembre 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/synthese_rbpp_addictions_vd.pdf

- aux personnes (femmes, précaires, personnes transgenres, migrantes, handicapées...).
- **Une extension des perspectives sur l'objet d'intervention.** Créer des passerelles¹ et améliorer la qualité et la justesse de ses accompagnements, sans sortir de son domaine initial d'intervention.

Son intérêt est double pour les professionnel·les :

- **Pour le secteur social :** le manque d'outillage des professionnel·les des établissements sociaux, la persistance de représentations imprécises ou fausses des consommations et des consommateur·ices de substances psychoactives, comme des mécanismes même de l'addiction, ou le manque d'aisance face à ces questions souvent jugées extérieures au champ d'application du cadre associatif, peuvent impacter la qualité de l'accueil et son inconditionnalité. Cela peut être un facteur d'inconfort pour les professionnel·les, confronté·es à des situations spécifiques et des temporalités contraintes.
- **Pour le secteur sanitaire et social :** les publics précaires, dont les personnes migrantes, sont les plus éloignées du soin (souvent non-adapté et presque toujours andro-centré) et les établissements de travail social représentent une porte d'entrée appréciable pour les professionnel·les du soin et de la RDRD, qui peuvent ainsi améliorer leurs pratiques d'aller-vers et situer leur intervention au plus près des personnes.
- **Pour les deux secteurs :** un élargissement des données épidémiologiques, encore trop lacunaires, localisées et particularisées par type de public, sur l'intersection entre prostitution et consommations de substances psychoactives est requis afin de saisir les différents contextes de cette intersection et leurs données communes.



Focus

Intersectorialité, champs d'intervention, et cultures institutionnelles

Il est à souligner que l'intersectorialité est en cours de développement. La circulaire interministérielle n°dgs/sp3/miprof/2021/146 du 2 juillet 2021 relative à la mise en place de référents sur les violences faites aux femmes dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages (CAARUD), témoigne de la volonté de la puissance publique à favoriser cette approche².

Dans le présent projet, l'objectif est de créer de l'intersectorialité sur les champs

1. Les personnes sont trop souvent accueillies comme relevant de l'une ou de l'autre catégorie et doivent s'adresser à autant d'instances qu'elles ont de vulnérabilités ou de pathologies. On constate par ailleurs que les personnes elles-mêmes tendent à choisir leur « porte d'entrée » vers le soin, la réduction des risques ou l'accompagnement. C'est alors à la structure spécialisée identifiée par la personne comme première, principale, ou seulement possible, d'articuler son approche avec d'autres secteurs, en suivant l'identification initiale comme fil conducteur. Cela permet de lever une partie des freins à l'accès au soin ou à l'accompagnement, allège le parcours social ou médico-social des personnes, et enrichit les pratiques professionnelles.

2. https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45224?origin=list&page=1&pageSize=10&sortValue=PUBLI_DATE_DESC&tab_selection=all

de compétences de chaque partenaire afin d'œuvrer au bien-être global des personnes par une approche intégrée.

Une valeur partagée : le bas seuil d'exigence

Si les personnes se déclarant désireuses d'un accompagnement de type communautaire seront in fine orientées vers des associations réglementaristes, l'Amicale du Nid ne fait pas de l'éloignement de la prostitution une condition de son accompagnement. Elle se positionne toutefois pour l'abolition de la prostitution, pour l'application de la loi de 2016 et évoque la possible sortie de la prostitution via son accompagnement.

De leur côté, les dispositifs de RDRD en addictologie ne conditionnent pas l'inscription des usager-es dans un arrêt ni même une démarche de changement de leurs consommations. Sécuriser les pratiques, nouer du lien, accueillir inconditionnellement et accompagner vers le droit commun sont les valeurs communes de l'accueil du travail socio-sanitaire et social. Ils permettent l'établissement de relations partenariales lorsqu'elles sont clairement cadrées.



Analyse des pratiques intersectorielles

La coanimation de maraudes numériques

Début 2024, à la suite du travail de partage (sensibilisation, formation, groupe d'analyse des pratiques intersectionnel), la Direction régionale d'AAF et L'Amicale du Nid Bretagne ont expérimenté un dispositif entièrement nouveau constituant à la coanimation de maraudes numériques. En effet, la grande dispersion (et mobilité) des personnes concernées sur le territoire breton et la difficulté à se rendre physiquement disponible à tous-tes ont motivé une réflexion commune sur cette alternative à la mise en place d'un atelier santé tel que prévu au démarrage du projet partenarial.

L'Amicale du Nid Bretagne a pu faire bénéficier à AAF de son expertise sur l'aller-vers numérique et la réduction des risques en contexte prostitutionnel¹, tandis que l'Equipe Mobile du CAARUD d'AAF de Saint-Brieuc (29) a partagé son savoir-faire en réduction des risques et des dommages en allers-vers en addictologie².

1. Voir le Guide Repère « Allers-Vers » à destination des professionnel-les de l'Amicale du Nid (2024, à paraître). <https://amicaledunid.org/>
2. L'aller-vers en milieu rural, Fiche repères, juin 2020. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Repere-Aller-vers-en-milieu-rural.pdf>. Voir aussi : L'allers-vers en addictologie, Le média social, 10 février 2021. https://www.lemediasocial.fr/l-aller-vers-en-addictologie_UNWib3. Et : Addictions : des territoires et des espaces sans limites ? Fédération Addiction, Programme du Congrès national du 15 et 16 juin 2023, Orléans. https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/05/congresaddiction-2023-web_compressed.pdf

Les deux équipes travaillant dans les mêmes modalités d'aller-vers, leur rapprochement était facilité. Les professionnel.les réuni.es physiquement dans les locaux du CAARUD répondaient ensemble aux questions, demandes d'informations ou de rendez-vous de personnes désireuses d'entrer en contact avec le dispositif.

La prise de contact avait été amorcée par ce message envoyé à toutes les personnes répertoriées dans les fichiers contacts des deux équipes :

« Bonjour, Nous, c'est Barbara/Daniel et Gael de l'Equipe Mobile Addictions, on est avec Lola/Sarah/Enora/Mathieu de l'Amicale du Nid, une association qui soutient les escortes et hôteses. On est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions concernant des consommations ou autres. Si besoin de discuter, ou de matériel (pailles, seringues, préservatifs, etc.), N'hésitez pas à nous joindre au 06 71 52 16 43 (Barbara) ou 06 07 19 54 80 (Daniel). Dispo par SMS et Whatsapp. Vous pouvez aussi joindre l'Amicale du Nid au 06 13 30 93 19.»

Selon une professionnelle de l'Amicale du Nid : « L'équipe mobile constitue vraiment un levier. Nous préparons les entretiens en amont car les personnes apprécient quand on les aide à se projeter. »

En d'autres points du territoire breton, l'Amicale du Nid développe de nouveaux partenariats. Ainsi à Rennes (35), où une professionnelle le constate : « Les facteurs de repérage de situations de prostitution sont les mêmes que ceux des acteurs de l'addictologie pour des situations de deal par exemple (présence de plusieurs téléphones portables, argent liquide, changement de comportement, personnes venant les chercher devant le CHRS, etc.), fournissant un facteur d'accroche très intéressant avec les acteurs du territoire.

Suite à une rencontre avec l'Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité (EMPP) de Rennes – une des 8 présentes en Bretagne –, nous avons été intégré-es à un groupe d'échanges sur le thème « Addictions et Précarité ». Une rencontre inter-service Pôle Addiction et Précarité (PAP) du centre hospitalier santé mentale de Rennes est également prévue afin de présenter L'Amicale du Nid à tous.tes les professionnel.le.s du PAP.

Ces rencontres ont abouti à des demandes de partenariat et des invitations à des rencontres inter-services, comme dans le Centre Hospitalier de Fougères (35) ».



Analyse des pratiques intersectorielles

L'organisation d'une semaine dédiée aux addictions

La première Semaine sur les addictions a été organisée entre le 28 mars et 1er avril 2022, dans les locaux de l'Amicale du Nid des Bouches du Rhône. Elle réunis-

sait au sein de son accueil de jour deux associations de RDRD : le CAARUD Le Tipi (ASUD) et l'Association Santé ! Alcool et réduction des risques.

Comme l'ont exprimé deux professionnelles, à savoir, une infirmière et une éducatrice spécialisées, cette première initiative a été riche en découvertes. Elle a permis de tisser les liens pour traduire les partenariats dans la durée :

« Cette semaine fut l'occasion d'ouvrir la question des consommations de SPA dans une association auprès de laquelle les personnes ne sont pas habituées à trouver cette thématique abordée et qu'elles n'abordent elles-mêmes par conséquent que rarement. Cette semaine a suscité un réel intérêt et permis d'observer les difficultés à aborder un sujet difficile mais aussi la grande curiosité des personnes quant aux moyens de réduire les risques liés à une consommation ou à la faire cesser. La possibilité de permanences mensuelles de RDRD assurées par le CAARUD Le Tipi a été évoquée dans l'objectif de développer une meilleure prise en charge des usager-es parmi la population accueillie. »



Analyse des pratiques intersectorielles

La mise en place d'un parcours coordonné

Au sein de l'établissement de l'Amicale du Nid en Seine Saint Denis une professionnelle du Pôle Insertion témoigne de la mise en place d'une coordination en coréférence du parcours d'un bénéficiaire :

« Un homme hébergé avait des comportements inquiétants, notamment lors de ses états de manque, mais nous ne savions pas alors sa situation. Il nous a demandé de lui-même des coordonnées d'un établissement de soin, nous l'avons donc orienté vers le CSAPA Le Corbillon à St-Denis avec les éducateurs duquel nous étions déjà en relation. Il est aujourd'hui en résidence sociale. La confiance s'est construite, elle a été progressive. Ce partenariat le rassure beaucoup et cela a beaucoup débloqué la situation. »



Analyse des pratiques intersectorielles

L'accès à des groupes ressources

La fréquente barrière de la langue et la méconnaissance des codes culturels comme des termes émiques liés aux substances et modes de consommations employés par les acteur-ices sont un frein pour les équipes de travail social, pour lesquelles la coopération avec le secteur de l'addictologie est un avantage.

« En maraudes physiques auprès de nos publics, nous observons des consommations de cannabis, d'alcool, la présence de pipes à crack. Mais à l'accueil de jour les femmes ne

les verbalisent pas vraiment, sauf les plus jeunes. Il est difficile pour nous de travailler dessus, notamment pour les femmes roumaines qui restent dans le bidonville et en raison de la barrière de la langue. Il y a des publics, le public subsaharien notamment, pour lequel il n'est pas culturel de parler des consommations en général.»

Partage de pratiques professionnelles AdN-AAF à Lyon

Inversement, les professionnel·les de l'addictologie font face à des situations d'emprise voire d'exploitation sexuelle pour lesquelles elles et ils ne sont pas toujours suffisamment outillé·es¹ et qu'elles et ils peuvent présenter à leur·s partenaire·s spécialisé·es en violences sexuelles et sexistes et prostitution :

« Certaines situations d'emprise dans le cadre conjugal nous font suspecter des pratiques de prostitution de l'épouse par le conjoint, notamment dans des contextes de précarité économique ou de handicap mental de la femme dont on profite. Apprendre à accompagner le travail sur le consentement est pour nous nécessaire. Nous rencontrons également des situations qui débordent la distinction mineur·e/majeur·e : ainsi ce jeune polyconsommateur, avec son père comme porte d'entrée dans les consommations, qui se prostituait depuis ses 13 ans et utilisait le site internet Coco comme moyen, selon lui, de découvrir sa sexualité homosexuelle puis comme routine de prostitution pour financer sa consommation. Ou cette jeune étudiante qui se prostitue pour payer ses études ? Quel service prendra en charge cette jeune majeure ? Comment l'orienter ? »

Lorsque la situation de violence subie dans la prostitution n'est pas connue ou pas abordée, elle peut être facteur de blocage et d'échec de la mise en œuvre des actions de soins ; symétriquement, la situation de consommation problématique constitue un frein à l'insertion sociale ou professionnelle, d'appui à la parentalité ou autres actions. La méconnaissance ou l'absence de prise en considération d'un aspect ou de l'autre explique de nombreux échecs que la coopération intersectorielle est en mesure d'éviter.

AAF propose des **Groupes ressources** dont l'objectif est de **travailler ensemble autour d'une thématique ou d'une situation**. Ces espaces sont destinés aux professionnel·les qui accueillent du public, auxquels les membres des équipes de L'Amicale du Nid 69 ont été conviées à s'inscrire. On y aborde une thématique en particulier ou l'on travaille autour d'une situation rencontrée, tant dans le domaine du soin que de la prévention. Cela débouche sur des projets de prévention ou de partenariat et permet de savoir comment la prévention est rayonnée au sein des équipes après la tenue du groupe.

1. Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du Grenelle contre les violences conjugales, clôturé le 25 novembre 2019, en particulier la mesure 23, un·e référent·e « Violences faites aux femmes » doit être identifié·e dans chaque CSAPA et CAARUD. L'objectif est double : sensibiliser les professionnel·les et créer du lien avec les partenaires spécialisé·es.

LE TRAVAIL SOCIAL, UNE PORTE D'ENTRÉE VERS LE SOIN

Aborder la problématique des consommations de substances et d'addictions hors des seules structures en addictologie est utile aux personnes concernées : elle permet de lutter contre le non-recours au soin des femmes, plus éloignées de ces services que les hommes, et de renforcer la sensibilité au genre et aux violences sexuelles et sexistes des structures sanitaires et sociosanitaires partenaires.

Les femmes usagères de drogues sont spécifiquement vulnérables aux violences sexuelles (40 à 70% des femmes reçues en soin dans le monde ont connu de telles violences, contre 1 femme sur trois dans la population générale¹ ; 20% d'entre elles développeront des troubles mentaux, tels que l'anxiété, la dépression, le trouble de stress post traumatique-TSPT ou les troubles alimentaires.

Pourtant, les soins en addictologie et la DDRD restent encore très en-deçà des besoins de ces 20 à 25% de leur public, qui ne représentent sans doute qu'une partie des femmes en situation d'addiction étant donné l'orientation encore très masculine des soins et des services.

La trop faible intégration de la dimension de genre des politiques liées à la drogue et aux addictions peut être améliorée par la coopération des secteurs de l'addictologie et du travail social auprès des femmes et minorités de genres victimes de violences sexuelles et sexistes, et notamment des personnes en situation de prostitution, dont beaucoup sont étrangères voire sans-papiers, et qui subissent à la fois précarité et isolement social.



Focus

Le caractère androcentré des représentations sur les consommations et des pratiques d'accueil et de soin, un facteur de consultation tardive²

Invisibilisées dans les supports de prévention et le système de soin, hormis en situation de grossesse, les femmes tendent à dissimuler leurs consommations, plus que les hommes : elles n'ont culturellement pas droit à l'alcoolisation apparente. Stigmatisées sur le fait de boire, et donc de transgresser, et de fréquenter des lieux publics accaparés par les hommes, blâmées de leur perte de contrôle ou manifestations d'ébriété et souvent agressées sexuellement de ce fait, elles n'ont

1. Introducing a gender dimension into drug policy, Synthesis Report on Violence, Women and Rape Drugs, Groupe Pompidou/ Conseil de l'Europe, P-PG/Gender, 2017. <https://rm.coe.int/2017-pg-gender-2e-final/1680784f58>
2. In : Solène DAUGE, Matthieu FIEULAIN, « Boire au féminin : pour en finir avec la double peine », Rhizome 2023/2, n°85, pp.13-14, <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2023-2-page-13.htm>

que peu de stratégies. Parmi celles-ci : des consommations rapides et en décalé, le plus souvent seules, des achats séparés pour éviter d'être étiquetées comme buveuses, des justifications, des mensonges, des cachettes, de la honte.

Cela amène à l'isolement, pour ne plus subir regards de pitié ou sous-entendus accusateurs, ainsi qu'à des consultations tardives auprès d'un système de soin orienté hommes (20 à 25% de femmes accueillies en CSAPA, alors même que dans ces files actives la dépendance à l'alcool est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes : 68% vs 60%¹) qui ne fait pas toujours l'impasse sur de nouvelles stigmatisations et discriminations. Pour Solène DAUGE et Matthieu FIEU-LAINE, « il revient aussi aux soignants de combattre ces assignations, aussi mortelles que les effets de l'alcool lui-même sous peine de n'être que les complices tacites d'une norme qui, comme d'autres, perpétue la domination masculine ».



Pour en savoir plus

Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. Revue de littérature et élaboration de pistes de recherche, Groupe Pompidou/Conseil de l'Europe/CERMES - juillet 2015

<https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038>

Mutatayi, C. Résultats de l'Enquête Ad-femina. Accueil spécifique des femmes en addictologie, Tendances mars 2019, OFDT.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcmz3.pdf>

Women and Harm Reduction International Network (WHRIN), Réseau international de réduction des risques des femmes usagères de drogues.

<https://whrin.site/soutenir-et-non-pas-punir-les-femmes-qui-utilisent-des-droques>

Guide Fédération Addiction et la Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS), Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble, 2015

https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/02/guide_travaillerensemble_compressed.pdf

1. Palle, C., Tendances, août 2021, « Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution 2015-2019 », OFDT <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcp2b8.pdf>

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La Réduction des risques et des dommages (RDRD) désigne l'ensemble des pratiques visant à réduire les conséquences négatives de la consommation d'alcool ou de substances psychoactives. L'enjeu de la RDRD est d'avancer au rythme de la personne en se focalisant sur des objectifs atteignables, plutôt que de viser à tout prix le sevrage qui sera souvent difficile à atteindre dans l'immédiat.

La RDRD désigne l'ensemble des pratiques et comportements qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes aux niveaux santé, sociales et économiques de la consommation de substances psychoactives par choix des personnes elles-mêmes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas cesser de consommer « ici et maintenant ». Il s'agit pour les professionnel·les socio-éducatif·ives et de santé qui les rencontrent ou les accompagnent d'avancer à leur rythme, de manière adaptée à leurs souhaits, compétences, expériences et capacités, selon leur contexte de vie, en proposant des objectifs atteignables, sans poursuivre un objectif non souhaité ou difficile à atteindre dans l'immédiat.

La démarche de RDRD en Centre d'Hébergement vise à permettre aux personnes en situation de précarité et/ou d'addiction de réduire les risques liés à leur consommation de drogues.

Cette approche globale permet de mieux répondre aux besoins des personnes en situation de précarité et/ou d'addiction et de favoriser leur réinsertion dans la société.

Elle s'articule autour de plusieurs axes :

- La mise à disposition de matériel de consommation stérile et en quantité suffisante : les Centres d'Hébergement peuvent proposer aux personnes accueillies des seringues, des pipes à crack, des préservatifs, etc. Cette mise à disposition permet de limiter les risques de transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites, etc.) liées à l'utilisation de matériel de consommation non stérile.
- La proposition de conseils et d'informations sur les risques liés à la consommation : les professionnel·les des Centres d'Hébergement peuvent proposer des entretiens individuels et/ou collectifs pour informer les personnes accueillies sur les risques liés à leur consommation (risques sanitaires, sociaux, etc.) et leur proposer des pistes pour réduire ces risques.
- L'accompagnement à la réduction ou à l'arrêt de la consommation : les professionnel·les peuvent également proposer un accompagnement pour réduire ou arrêter la consommation de drogues. Cette démarche peut prendre la forme d'entretiens

individuels ou collectifs, de la mise en place d'un suivi médical ou psychologique, ou encore de la mise en place d'un projet d'insertion sociale et professionnelle.

- La collaboration avec les structures spécialisées en addictologie : les Centres d'Hébergement peuvent travailler en collaboration avec les structures spécialisées en addictologie pour proposer un accompagnement plus complet et adapté aux besoins de chaque personne.

Encadrement de la consommation d'alcool en centre d'hébergement

L'interdiction de l'alcool en centre d'hébergement peut avoir pour conséquence une consommation clandestine, potentiellement dangereuse et difficile à contrôler pour les professionnels des établissements.

L'interdiction pure et simple peut également avoir des externalités négatives (non-recours au droit, non demande d'accompagnement, consommations cachées etc.) et renforcer le sentiment de stigmatisation et d'exclusion chez les personnes accueillies.

À l'inverse, en évoquant avec la personne accompagnée la consommation d'alcool, les professionnel·les peuvent proposer des mesures de réduction des risques et des dommages¹, comme la mise à disposition de matériel de prévention ou la mise en place d'un suivi médical régulier. Ces mesures permettent de limiter les risques pour la santé des personnes accueillies, tout en respectant leur autonomie et leur choix de consommation.

Les conduites addictives varient selon les personnes hébergées. Elles doivent s'analyser de manière plus large comme un révélateur de difficultés plus globales.

Ainsi, au-delà d'un accompagnement individuel, l'établissement d'hébergement est un lieu propice pour initier un travail sur le vivre ensemble, le respect, l'engagement et la responsabilité autour des axes suivants :

- **En parler** : L'addiction n'est pas exclusivement du ressort des professionnel·les spécialisé·es, toutes les professionnel·les d'une structure peuvent aborder le sujet : équipe éducative, veilleur de nuit, administration ou encore direction, et pour que les actions soient cohérentes l'addiction doit faire l'objet d'une posture commune et d'une réflexion collective sur les limites du cadre institutionnel par exemple.
- **Accompagner les consommations sans les stigmatiser dans le respect des recommandations** : le fait d'avoir à se cacher pour consommer augmente les risques. Les habitudes de consommation peuvent par exemple être abordées dès l'accueil

1. Réduction des risques alcool en centre d'hébergement. Partages d'expériences et de ressources. Saint-Denis : Mission métropolitaine de prévention des conduites à risque, 2020, 41 p. <https://blog.addictions-france.org/actualites/alcool-en-centre-dhebergement-vers-une-approche-de-reduction-des-risques-523>

dans le cadre des procédures travaillées au sein de l'établissement.

- **Respecter les principes d'inconditionnalité et de continuité de l'accueil** qui suppose que toute personne puisse avoir accès à une offre d'hébergement et trouver des solutions adaptées à son parcours et à son profil.
- **Associer les résident-es à l'élaboration des règlements de fonctionnement** afin de co-construire les solutions, limiter les exclusions et fins de prise en charge, tout en veillant à ce que le principe fondamental de liberté coïncide avec la vie en collectif.
- **Privilégier les liens avec les structures d'Addictologie** pour trouver les réponses adaptées à chaque situation.

Règlement de fonctionnement

Les dispositions contenues dans le règlement de fonctionnement jouent un rôle clé dans la construction d'une démarche réduction des risques et des dommages – RDRD Alcool – en centre d'hébergement. En effet, ce document permet de formaliser les modalités de prise en charge des usager-es et d'encadrer leur comportement vis-à-vis de l'alcool.

Voici quelques exemples de ce que peut contenir le règlement de fonctionnement dans le cadre d'une démarche RDRD Alcool en centre d'hébergement :

- Les mesures d'accompagnement pour limiter les risques liés à l'alcool : le règlement peut prévoir la mise en place de mesures de prévention et d'accompagnement pour les usagers-es ayant des conduites addictives (soutien psychologique, orientation vers des structures spécialisées, etc.)
- Les sanctions en cas de non-respect du règlement : il est important de prévoir des sanctions claires en cas de non-respect des règles établies. Cela permet de garantir la sécurité et le bien-être de tous les usager-es de l'établissement.

Le règlement de fonctionnement permet de mettre en place un cadre clair et structuré pour la prise en charge des usager-es souffrant de conduites addictives en centre d'hébergement, en veillant à leur sécurité et à leur santé.

S'il est important que les professionnel·les connaissent ces enjeux, c'est la structure dans son ensemble en tant qu'institution qui est garante de leur prise en compte : on parle de portage institutionnel.

Celui-ci repose sur :

- Des personnes : membres du conseil d'administration, équipes, personnes accompagnés.
- Les documents institutionnels : projet de service, règlement de fonctionnement, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- La formalisation de partenariats, notamment avec des structures d'addictologie ou des intervenants sociaux-culturels.

Ainsi, en conclusion, évoquer et encadrer au sein des centres d'hébergement la consommation d'alcool est un préalable à la conciliation entre la sécurité et la santé des personnes accueillies d'une part avec la prise en compte de leurs besoins et de leurs habitudes d'autre part.



Pour en savoir plus

Pour une nouvelle posture face aux consommations dans les structures d'accueil – hébergement – insertion et logement. Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS).

<https://www.federationsolidarite.org/actualites/pour-une-nouvelle-posture-face-aux-consommations-dans-les-structures-daccueil-hebergement-insertion-et-logement>

L'INTÉGRATION DE LA RDRD DANS LES PRATIQUES

La prévention des risques et la réduction des dommages est une nécessité en structure sociale et médico-sociale¹. En effet, les consommations de substances psychoactives sont une réalité. Elles n'amènent pas toutes des comportements susceptibles de mettre à mal la quiétude ou la sécurité des personnes ou des professionnel·les.

Toutefois, il est opportun de mener une démarche de prévention et d'anticipation des besoins spécifiques des personnes par le biais de partenariats formalisés avec le secteur de l'addictologie. Pour ce dernier, le partenariat représente en retour la possibilité de suivre la personne sur son lieu de vie, par-là d'en améliorer l'accompagnement et le soin.

L'intégration de la démarche de RDRD dans le secteur de l'AHJ a pour objectifs de garantir :

- L'accueil inconditionnel des personnes hébergées lorsqu'elles font usage de substances psychoactives, mieux les accompagner et orienter, et anticiper les orientations.
- La sécurité des personnes et des personnels (risques de chute, d'accident, d'incendie, de violences).

Les modalités d'interventions consistent à :

- Adapter les principes de la RDRD aux besoins, particularités et missions de l'établissement
- Renforcer le portage institutionnel

1. Haute Autorité de Santé, Recommander les bonnes pratiques. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESMS. Secteur de l'inclusion sociale, validé par la CSMS le 29 novembre 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf

- Uniformiser pratiques et postures professionnelles
- Être explicite sur les sanctions pour éviter l'exclusion et anticiper les délais souvent longs d'accès au soin
- Ouvrir des espaces de parole avec les bénéficiaires hébergé-es pour favoriser la confiance et sortir du tabou.
- Mobiliser le CSAPA ou CAARUD du secteur, éventuellement orienteurs de la personne pour hébergement, pour faire tiers en cas de comportements problématiques non résolus



Analyse des pratiques intersectorielles

La prise en charge de situations d'ébriété : une mobilisation collective

« L'expérience nous montre que l'accueil d'une personne victime d'une addiction à l'alcool entraîne une mobilisation du travailleur social et de l'équipe éducative toute entière. Que l'heure de rendez-vous ne soit pas respectée, ou que la personne ne se présente pas, le travailleur social doit se dégager le temps de disponibilité nécessaire à son accueil, sans quoi une amorce d'accompagnement ne pourra pas se faire. En effet, la personne crée ces « ouvertures » dont le référent va se saisir.

Il arrive aussi souvent que la personne se présente spontanément, perdue dans le temps, en état d'ébriété. En l'absence de son référent, c'est l'équipe qui va accueillir. Ainsi, la prise en charge devient presque collective au sein du service, chacun étant mobilisé et intervenant à son niveau, en connaissance de cause.

Il s'agit alors d'accueillir matériellement : Installer la personne dans une pièce rassurante, isolée des autres usagers. Proposer des boissons et à manger sont les premiers gestes qui permettent d'apaiser, d'entrer ensuite dans un échange moins confus, si c'est possible. Pendant ce temps de repos plus ou moins long, une réflexion est engagée et la décision peut être prise de raccompagner ou de faire raccompagner la personne sur l'hébergement si elle le souhaite.

Il est à noter que nous n'avons jamais été confrontés à aucune sorte de violence de la part d'une personne ivre au service. Il est davantage question de confusion et de détresse à apaiser dans l'ici et le maintenant, pour pouvoir passer ensuite à un accompagnement fait d'objectifs. »

Professionnel·les. Amicale du Nid Paris/Hauts de Seine



Analyse des pratiques intersectorielles

La modification du règlement intérieur

« Au sein des hébergements, la question de la consommation de substances, notamment l'alcool, est un enjeu complexe qui nécessite une approche nuancée. Ainsi, plutôt que de se limiter à une interdiction stricte, la direction a fait le choix, depuis plusieurs années, d'intégrer cette problématique dans le règlement intérieur à travers des points de cadrage tel que : « l'usage excessif de l'alcool dans les hébergements peut être prohibé s'il provoque des comportements portant atteinte aux droits des autres personnes accueillies (...) ». Cet extrait du règlement intérieur illustre l'approche préconisée : en cas de manquement au règlement les personnes sont reçues par la cheffe de service en présence de la référente. L'entretien permettant d'aborder les difficultés vécues et les orientations possibles. »

Professionnel-les. Amicale du Nid Paris/Hauts de Seine

« L'usage de produits psychoactifs dans les chambres est encadré et nécessite l'élaboration d'un protocole de réduction des risques avec une structure de soins. Ce protocole vise à réduire les risques et les dommages de la personne hébergée et consommatrice de produits psychoactifs. En revanche, si la consommation porte atteinte aux droits des autres personnes accueillies, occasionne des nuisances pour le voisinage ou est susceptible de mettre la personne hébergée en danger, l'établissement peut faire le choix de l'orienter en lien avec le SIAO vers une structure plus adaptée en termes de soins. »

Extrait du projet de modification du règlement de fonctionnement à l'Amicale du Nid Paris



Analyse des pratiques intersectorielles

La mise en place d'entretiens / ateliers RDR

« En accompagnement hors hébergement : nous travaillons une démarche que l'on souhaiterait inscrire dans la RDR à partir d'entretiens individuels ou d'ateliers collectifs. Des orientations voire des accompagnements sont réalisés vers des CSAPA ou CAARUD. Les orientations sont facilitées par la présence d'un salarié de l'Amicale du Nid 13 qui maîtrise le sujet de l'addictologie. Il peut être à ce titre référent de la personne accompagnée. »

En Aller-Vers : des entretiens RDR sont réalisés lors des maraudes. Une maraude commune est réalisée une fois par mois avec un CAARUD du centre-ville. Enfin, un atelier auprès d'un groupe de femmes a lieu régulièrement au sein du CAARUD partenaire qui est le Sleeping. Au sein de nos hébergements, la consommation d'alcool est autorisée dans les espaces privés tant qu'elle ne cause pas de nuisance. »

Direction de l'Amicale du Nid dans les Bouches-du-Rhône



Ressources utiles

État des lieux et outils professionnels :

La réduction des risques et des dommages en établissement. Etat des lieux des pratiques et des besoins.

<https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/03/rdr-fdf-etat-des-lieux.pdf>

Guide « Repères pour l'action » du MMPCR « Réduction des risques alcool en centre d'hébergement » (2020).

Webinaires pour échanger sur les pratiques, fiches synthétiques :

<https://www.federationaddiction.fr/thematiques/publics-specifiques/reduction-des-risques-en-hebergement-des-outils-pour-lintegrer-dans-les-pratiques/>

Vidéo Portage institutionnel :

<https://www.federationsolidarite.org/actualites/pour-une-nouvelle-posture-face-aux-https-consommations-dans-les-structures-daccueil-hebergement-insertion-et-logement/>

Podcast La réduction des risques au service de l'accueil inconditionnel, 6 épisodes, dont Episode 3 « Un changement de pratiques et de l'institution » :

<https://www.federationsolidarite.org/actualites/podcast-federation-addiction-ep3-un-changement-des-pratiques-et-de-linstitution/>

Cartographie de la RDRD dans les centres d'hébergement :

<https://www.google.com/maps/d/viewer?hl=fr&mid=1WH0iADeQmf7KF3M2cTa-ruqXgwGuezuTo&ll=18.488106805344522%2C25.547263549999997&z=2>

Substances psychoactives, addictologie : glossaire, lexique, et dictionnaire raisonné :

Glossaire de l'OFDT

<https://www.ofdt.fr/glossaire>

Lexique Santé – justice de la Fédération Addiction

<https://sante-justice.fr/lexique>

L'Addictionnaire. Réflexion sémantique en addictologie, ANPAA (AAF), 2017

https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf



À RETENIR

Travailler en intersectorialité : Construire des réseaux d'allié-es, des annuaires de partenaires sanitaires et sociaux sensibilisé-es ou formé-es à l'intersection de ces problématiques (précarité, prostitution, addictions, santé mentale, violences conjugales, violences sexuelles et sexistes...).

Les objectifs du projet « Prostitution et Addictions » rejoignent largement les préconisations du groupe de travail « Femmes et Addictions » de la Fédération Addiction¹, notamment :

- Le développement des dispositifs d'aller-vers physique ou numérique,
- L'adaptation des structures et de leur accueil aux besoins des femmes,
- La mise en place d'un environnement sécurisant,
- La prise en compte des problématiques plus fréquemment rencontrées chez les femmes,
- L'amélioration des pratiques professionnelles en lien avec la grossesse et la maternité.

Poursuivre l'inclusion des valeurs et pratiques de la RDRD au sein des structures AHI : Il s'agit de s'inscrire dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé à destination du secteur social et médico-social portant sur la prévention des addictions².

La recommandation « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages dans les ESSM - secteur de l'inclusion sociale »³ indique que les gestionnaires des établissements doivent faire de la prévention et de la réduction des risques et des dommages un préalable à l'interdiction et à l'exclusion. **Les structures sont incitées à faire de la gestion des addictions un axe d'accompagnement dans leur projet d'établissement.** Cette nouvelle approche implique que les professionnel·les du secteur soient formé·es et sachent sécuriser les consommations lorsqu'elles existent (les substances illicites demeurant évidemment interdites). Le rapprochement des secteurs de l'AHI et de l'addictologie devient, dès lors, indispensable.

1. Guide Repères Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD, Fédération Addiction, 2016. <https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-femmes-et-addictions/>
2. Addictions : des recommandations pour outiller les professionnels des structures sociales et médico-sociales, Communiqué de presse - Mis en ligne le 25 janvier 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3405749/fr/addictions-des-recommandations-pour-outiller-les-professionnels-des-structures-sociales-et-medico-sociales
3. Validé par la CSMS le 29 novembre 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention__rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf



PARTIE 5

QUELQUES PROPOSITIONS POUR DES PRATIQUES OPTIMISÉES

PROMOUVOIR LA SANTÉ ET LES DROITS DES USAGER·ES

Constat : Les personnes les plus précaires socialement, cumulant une situation de prostitution et des troubles liés à l'usage de substances sont généralement éloignés des ressources de soin et de réduction des risques.

- **Mettre en œuvre des actions visant à l'égalité en matière de santé, en prenant en compte les besoins particuliers des publics en situation de prostitution et d'addiction** : femmes, jeunes, personnes transgenres, hommes gays ou HSH, personnes migrantes et réfugiées.
- **Promouvoir les droits des personnes usagères de substances psychoactives¹**. Leur marginalisation et la pénalisation des usages sont des facteurs aggravants des risques sanitaires et sociaux, et sont en particulier défavorables aux femmes². A contrario, une attitude non-répressive permet aux personnes, dans un premier temps, de mieux user des substances (moins, moins vite, moins souvent), pour dans un second temps se saisir de leurs propres déterminants de santé.
- **Assurer l'accès des personnes usagères de substances psychoactives à l'information sur leurs mésusages**. Les consommations de substances psychoactives mal maîtrisées peuvent être sources de troubles cognitifs qui peuvent accentuer une situation d'exclusion.
- **Assurer l'accès des personnes usagères de substances psychoactives, et notamment les drogues illicites, au matériel de RDRD** (cf. « 6^o Proposition de matériel adapté à la réduction des risques pour les usagers de drogues » in Décret n° 2017-281 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique)³.
- **Organiser des évènements récurrents de promotion de la santé**. S'appuyer pour cela sur les dates nationales ou internationales déjà repérées par le public et les institutions, telles que par exemple : le 26 juin Journée d'action mondiale Support. Don't punish (« Soutenez. Ne punissez pas »), le 4 septembre Journée de la Santé sexuelle, ou les campagnes de communication nationale Mois sans tabac en octobre et le Défi de janvier incitant, sinon à un arrêt brutal des consommations pouvant entraîner un syndrome de sevrage alcoolique (SSA) chez les personnes présentant une dépendance sévère, un risque présent même avec une simple diminution, du moins une incitation individuelle et collective à réfléchir à ses consommations d'alcool.

1. Plateforme Droits des usagers, par l'Observatoire des Droits des Usagers (O.D.U-ASUD) (ressources légales, guides d'usagers...) <http://www.asud.org/2022/09/26/plateforme-droits-des-usagers/>

2. Rapport de la campagne EWAUD 2023 – Elimination de la violence à l'égard des femmes usagères des drogues. <https://idpc.net/fr/publications/2024/01/rapport-de-la-campagne-evawud-2023-elimination-de-la-violence-a-l-egard-des-femmes-usageres-des>

3. Décret n° 2017-281 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique, IV. Amélioration de l'accès aux outils de prévention. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034134336>

RENFORCER L'INTERSECTORIALITÉ ¹

Constat : Les interventions isolées, sanitaires ou sociales, sur des problématiques complexes et intriquées sont peu efficaces.

- **Sortir des logiques de filière (travail social, addictologie, psychiatrie...)** pour une prise en compte des personnes dans leur totalité.
- **Au niveau opérationnel, privilégier les partenariats locaux et les projets « bottom up ».** Répondant à des besoins exprimés par les équipes et mis en évidence par des diagnostics préalables ils seront mieux appropriés. Favoriser les recherches-actions, qui donnent un accès direct au terrain.
- **Porter une attention spécifique à l'identification des parties prenantes** et au jeu d'acteurs qui en découle, de même qu'aux temporalités multiples de chaque acteur².
- **S'assurer du portage institutionnel** des projets partenariaux sur l'ensemble des échelons (directions, chef-fes de service, professionnel-les de terrain, membres du conseil d'administration).
- **Inclure dans les fiches de poste les temps affectés** à la mise en œuvre des partenariats. Les missions sans temps dédiés ne sont pas exécutées par les professionnel-les.
- **Valoriser les résultats des expérimentations menées** Le turn-over est un facteur important de déperdition de la valeur ajoutée apportée par les projets, en particulier lorsqu'ils sont transversaux. La valorisation des données qualitatives et quantitatives peut prendre des formes diverses et créatives. Leur communication interne comme externe est un facteur clé du repérage de l'institution comme actrice du domaine, aussi soigner les vecteurs de cette valorisation est essentiel.
- **Anticiper les partenariats et co-accompagnements** avec les secteurs de l'addictologie et/ou de la santé mentale pour garantir l'accueil inconditionnel des personnes hébergées lorsqu'elles font usage de substances psychoactives ou présentent des troubles de la santé mentale. Le facteur temps, vécu diversement par les acteur-ices (institutions, usager-es), est un élément à travailler pour parvenir à un alignement fructueux des agendas de tous-tes.

1. FNARS/Fédération Addiction, Guide Addictions et lutte contre les exclusions. Travailler ensemble, 2019. https://www.federation-naddiction.fr/wp-content/uploads/2023/02/guide_travaillerensemble_compressed.pdf

2. L'expérimentation sociale à l'épreuve du terrain. Un bilan d'une décennie d'expérimentations sociales en France. Agence nouvelle des solidarités actives, mars 2014, n°16 Les contributions. https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_Contribution16_ExperimentationSoc.pdf

MIEUX REPÉRER, ACCOMPAGNER, ORIENTER

Constat : L'ignorance est un facteur de risque pour les personnes. Les idées reçues sur les substances, leurs usages, et leurs usager-es sont un frein à leur santé.

- **Mutualiser les outils et les compétences** au sein des structures (entre services/établissements/institutions partenaires).
- **Elaborer collectivement les protocoles de repérage¹ et d'accompagnement** des personnes en difficulté avec une substance.
- **Concevoir un livret d'entretien abordant les situations spécifiques rencontrées par les personnes (femmes, hommes, trans) dans leur réalité prostitutionnelle** et informant des principaux risques et dommages (sanitaires, sociaux, juridiques) et des possibilités de les réduire. Ce livret destiné à guider les professionnel·les dans leur pratique d'entretien devrait être co-construit par des personnes volontaires concernées (démarche de pair-aidance et de valorisation des savoirs expérientiels).
- **Développer les missions d'aller-vers communs intersectoriels et les consultations avancées.**
- **Améliorer le repérage précoce des signes** des conséquences des violences vécues sur la santé mentale et autres troubles de la santé mentale, et améliorer la réponse immédiate aux crises psychiques, dont les crises suicidaires (formations de premiers secours en santé mentale, élaboration de protocoles d'intervention et de sécurisation des personnes).
- **Améliorer l'accompagnement et l'orientation vers le secteur de la santé mentale** (partenariats, co-accompagnements).
- **Poursuivre la montée en compétences des professionnel·les en ciblant les besoins préalablement identifiés par eux-elles** (ex : formation spécifiques publics mineurs ; formation spécifique addictions et précarité ; publics femmes ; publics en migration ; addiction et santé mentale...).
- **Renforcer tout particulièrement les compétences des professionnel·les dont les missions sont en lien avec la santé** (chargé-es de la promotion de la santé, infirmier-es, psychologues...).
- **Ne pas faire reposer sur un-e seul-e professionnel-le de l'établissement** la capacité à répondre à des questions de base en addictologie et orienter vers les structures de soin et de RDRD du secteur. Désigner plutôt les instances (directions, directions adjointes, chef-fes de services) qui assureront l'information aux nouveaux professionnel·les sur les questions de consommations de substances et d'addictions et les modalités pratiques de cette transmission.

1. Voir les auto-questionnaires en ligne à disposition des professionnel·les de santé (par exemple, infirmier-es): Repérage et autoévaluation, Respadd. <https://www.respadd.org/reperage-et-autoevaluation>

AMÉLIORER L'INTÉGRATION DE LA DÉMARCHE DE RDRD AU SEIN DE L'HÉBERGEMENT

Constat : Certains comportement de personnes présentant un trouble de l'usage de substances, un trouble de la santé, ou un trouble co-occurent (comorbidité) peuvent être sources de dangers pour leur propre santé, celle des autres personnes hébergées, ou l'équilibre du collectif (ex : surinvestissement des professionnel·les sur les situations les plus difficiles et les incidents récurrents).

- **Intégrer un axe « Prévention et accompagnement des conduites addictives »** au projet d'établissement et de service.
- **Adapter les principes de la RDRD** aux besoins, particularités et missions de l'établissement.
- **Garantir la sécurité de toutes les personnes hébergées** (malaises, comas, surdoses, intoxications involontaires d'un·e adulte ou d'un·e enfant, incendies...) **par des mesures, des équipements et des formations appropriées** de gestion des surdoses¹ d'alcool, de médicaments, de stimulants, de dépresseurs (notamment, présence systématique et formation à l'usage de kits prêts à l'emploi de naloxone², un antidote spécifique des opioïdes) pour intervenir dès le repérage des symptômes et parallèlement à l'appel des secours (112 n° d'urgence européen, 15 Samu ou 18 Pompiers). En cas d'inconscience (mais pas dans celui de convulsions), placer la personne en Position Latérale de Sécurité (PLS) et défaire tout ce qui gêne la respiration (col, ceinture).
- **Uniformiser pratiques et postures professionnelles.**
- **Soutenir et former les professionnel·les engagé·es dans ces démarches intersectorielles** ou spécifiquement touché·es dans leur pratique professionnelle par les problématiques d'addiction ou de santé mentale.
- **Mobiliser les CSAPA et CAARUD du secteur**, éventuellement orienteurs de la personne pour hébergement, pour faire tiers en cas de comportements problématiques non résolus en interne.
- **Définir et communiquer clairement les sanctions** pour éviter l'exclusion et anticiper les délais souvent importants d'accès au soin.

1. Overdoses Tome 1 : La dépression respiratoire. Opiacés, alcool, somnifères, tranquillisants... ASUD. <http://www.asud.org/2017/07/02/nouvelle-brochure-sur-lod-disponible> - Overdoses Tome 2 : Stimulants. Coke, speed, MDMA, cathinones...ASUD. <http://www.asud.org/produit/brochure-overdoses-tome-2>

2. Réagir à une surdose d'opioïdes: 1 heure pour apprendre à sauver une vie. <https://naloxone.fr>

METTRE LES PERSONNES AU CENTRE DES DISPOSITIFS

Constat : Les dispositifs pensés sans les usagers-es manquent leur cible. La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale¹ place les personnes au centre des dispositifs. Ce sont les institutions qui ont la tâche de se coordonner, par de la transversalité entre les différentes approches sociales et médico-sociales et par l'établissement d'un accompagnement global et pluridisciplinaire.

- **Permettre aux personnes d'être actrices de leurs processus de rétablissement** en levant les freins à l'expression sur leurs troubles de consommation de substances et leurs troubles de santé mentale.
- **Garantir les droits des usagers des services sanitaires et sociaux**, notamment en hébergement.
- **Soutenir les personnes dans leurs capacités de contrôle** des déterminants de santé qui les affectent/concernent dans le but qu'elles améliorent leur santé.
- **Valoriser l'expérience, le savoir expérimental, parfois même l'expertise, des usager-es** et renverser le paradigme de l'usager-e inconscient-e de ses actes et incapable de prendre soin de sa propre santé. Ensemble, soignant-es, travailleur-euses sociaux-ales, et usager-es, faire le tri des savoirs et pratiques utiles et des croyances ou pratiques nocives.
- **Promouvoir des espaces de parole et d'élaboration démocratique dédiés et clairement identifiés. Dans les lieux d'hébergement, ouvrir des espaces de parole, voire de consommation**, pour favoriser la confiance et sortir du tabou. Soumises au droit commun, ces consommations dans les établissements n'ont nulle raison d'être interdites, à l'exception des substances illicites. Elles doivent cependant être encadrées (réglementations liées à l'usage du tabac et de la cigarette électronique, réflexion autour de l'alcool).
- **Comprendre les usages de substances comme relevant aussi d'une recherche de plaisir et d'outils de socialisation et de convivialité** au sein d'un groupe de pairs, fonction rendue d'autant plus nécessaire dans le contexte d'isolement social et/ou de désaffiliation des personnes hébergées.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

LIMITER LES FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ¹

Constat : Les facteurs individuels (âge, sexe, genre, orientation sexuelle, origine sociale, origine culturelle, illiteracy, troubles de la santé mentale, pathologies parentales, handicap...) sont des variables importantes face au risque d'addiction.

- **Intégrer ces facteurs de risques individuels à l'organisation de l'institution** (règlements de fonctionnement, définitions des missions) **et y adapter les services** (situation géographique de l'accueil et de ses différents services, organisation du lieu, modalités d'accueil, horaires, mixité/non-mixité, prise en charge des enfants accompagnant leur mère...).
- **Comprendre les stéréotypes de genre (intériorisés) qui pénalisent les femmes dans leur santé** quand ils se traduisent en actes (discrimination dans les savoirs et les organisations).
- **Mieux prendre en compte les spécificités de santé dans leurs dimensions biologiques, psychiques et sociales.** En particulier concernant les femmes, dont les rôles sont multiples et la santé mal évaluée par des soins, et une offre de réduction des risques et des dommages pas encore largement une médecine androcentrée : renforcer leur accès au soin et prendre en considération les freins (charge de famille, solidarité économique ou psychologique vis-à-vis d'un compagnon ou d'une compagne, freins culturels, honte intériorisée, traumatisme ou trouble de la santé mentale non traité...).
- **Intégrer les vulnérabilités sanitaires et sociales spécifiques des personnes LGB-TQI+ et des HSH et lutter contre les stéréotypes, les discriminations, et l'exclusion.** Les personnes trans présentant le plus grand nombre de facteurs de vulnérabilité sanitaires et sociaux, leur accueil et leur accompagnement doit être pensé en termes inclusifs².
- **Intervenir spécifiquement auprès des mineur-es**, qui doivent faire l'objet d'un accompagnement et d'une orientation renforcée sur le plan des addictions et de la santé mentale. Le repérage n'est le plus souvent pas nécessaire car les jeunes en parlent spontanément. Leur demande d'aide est forte mais chargée d'ambivalence et doit être décryptée par des spécialistes de la psychologie à l'adolescence.
- **Les mineur-es non accompagné-es doivent faire l'objet de partenariats spéci-**

1. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Haute Autorité de Santé. Octobre 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-gendre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020-Rapport Sexe, genre et santé, et après ? Article HAS, 22 juin 2022](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-gendre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020-Rapport%20Sexe,%20genre%20et%20sant%C3%A9,%20et%20apr%C3%A8s%20?Article%20HAS,%2022%20juin%202022). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3344521/fr/rapport-sexe-gendre-et-sante-et-apres

2. Guide LGBTIQI pour un meilleur accueil des minorités genrées. CRIPS Île-de-France, 2023. <https://www.lecrisp-idf.net/boite-outils/dossiers-thematiques/guide-lgbtqi-pour-un-meilleur-accueil-des-minorites-genrees>

riques. Selon l'étude longitudinale de Verliet et alii, 2014¹, il existe une prévalence de PTSD de plus de 50 % chez les mineur-es non accompagnée-es arrivant en Europe.

- **Mettre en place des parcours de soin intégrés pour les personnes présentant un double diagnostic addiction et trouble de la santé mentale**². Ces troubles co-occurrents ne présentent pas nécessairement un lien de causalité mais il est nécessaire d'intervenir sur les deux pathologies pour que le pronostic de rétablissement soit favorable. A cet effet, les liens partenariaux et l'interconnaissances des structures sociales et médico-sociales du territoire doivent être renforcés afin de raccourcir les délais d'attente de rendez-vous et organiser un accompagnement conjoint.
- **Des formations spécifiques de secourisme « premiers secours santé mentale »** doivent être proposées aux professionnel-les de l'accueil et de l'accompagnement, afin d'intervenir dès les premiers signes d'un trouble de santé mentale.
- **Renforcer l'offre sanitaire et sociale en langues étrangères et l'accès à l'interprétariat.** Les obstacles linguistiques participent de la marginalisation des personnes. Améliorer l'offre d'interprétariat et la cartographie des professionnel-les de santé (santé mentale, addictologie) locuteur-rices des principales langues observées³.
- **Intégrer la variable interculturelle à l'appréhension des questions de santé.** Commanditer des enquêtes de terrain en anthropologie de la santé pour saisir les représentations, pratiques et lexiques propres aux groupes et sous-groupes culturels (mise en évidence des vocabulaires émiques relatifs aux médicaments des marchés informels internationaux et des drogues illicites ; compréhension fine des contextes d'usage selon le genre, la classe, le statut).
- **Articuler l'addictologie, la santé mentale et la santé materno-infantile aux dimensions plus proprement sociales du logement et de l'insertion socio-professionnelle.** Améliorer les représentations et les pratiques des services de maternité, PMI (Protection Maternelle et Infantile) et services sociaux, vis-à-vis des femmes usagères enceintes ou mères.
- **Intervenir sur la santé mentale et la résolution des psycho-traumas,** indispensable pour le succès des soins en addictologie.

1. Vervliet M, et alii. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Mai 2014 ;23(5):337-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23979476>

2. Guide Repères Addictions et troubles psychiatriques, Fédération Addiction, 2019.

3. La participation de personnes accompagnées par l'Amicale du Nid a permis une co-construction de supports de communication papier et numérique (flyers et affichettes) invitant les personnes rencontrées, accueillies, accompagnées par l'Amicale du Nid à aborder plus librement la question des usages de substances. Ces supports ont été traduits en 8 langues : anglais, espagnol, portugais, arabe, roumain, bulgare, albanais, et mandarin.

RENFORCER LES FACTEURS DE PROTECTION

Constat : L'amélioration des conditions de vie favorise la prise en compte de sa propre santé et les changements de pratiques favorables au rétablissement.

- **La connaissance** : partage de connaissances actualisées des produits en circulation¹ et de leurs usages ; connaissance des risques spécifiques associés à ces produits et usages, notamment ceux liés aux polyconsommations (cumuls des risques, interactions) ; connaissance des risques individuels.
- **Les compétences psychosociales** : elles sont un facteur reconnu de protection vis-à-vis des addictions. Les soutenir est un élément fondamental, en particulier auprès de personnes souvent fortement dévalorisées et qui intègrent cette dévalorisation.
- **Améliorer l'accès à l'hébergement et plus encore au logement**. Le lien est fait par la littérature et les professionnel·les de terrain entre logement et amélioration des troubles de santé mentale et des troubles de la consommation de substances². Ainsi il s'agit d'intégrer pleinement dans la politique du Logement d'abord les personnes au titre des violences subies ou de la vulnérabilité aux violences sexuelles et sexistes.
- **L'insertion socio-professionnelle**³ Permettre l'accès à une activité rémunérée et à la formation, mais aussi l'accès au soin, à la citoyenneté, l'éducation, la culture, la pratique des loisirs et des sports.

1. Sur l'expansion mondiale du marché des drogues synthétiques et les réorientations des trafics en raison des guerres et des conflits, voir Rapport mondial sur les drogues 2023, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime-ONUDC. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>. Communiqué de presse : <https://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html>

2. Voir les dispositifs Un chez soi d'abord et Un chez soi d'abord Jeunes.

3. Voir Guide Repère de l'Amicale du Nid. Prostitution et insertion socio-professionnelle. Guide à destination des professionnel·les, 2023. <https://amicaledunid.org/wp-content/uploads/2023/10/guiderepere-insertionsocioprofessionnelle-web.pdf>



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

ANNEXE

MIEUX CONNAITRE LES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DU PROJET

L'ASSOCIATION ADDICTIONS FRANCE

L'Association Addictions France (dont la dénomination sociale est ANPAA) a été fondée en 1872 par Claude Bernard et Louis Pasteur. Association loi 1901, elle est reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire. Elle est implantée sur l'ensemble du territoire national structurée en 14 directions régionales coordonnées par son siège national, et animée par de nombreux bénévoles et plus de 1800 professionnel·les.

Le domaine d'action de l'association couvre aujourd'hui l'ensemble des addictions considérées comme des déterminants de santé – usages, usages détournés et mésusages : alcool, drogues illicites, tabac, médicaments psychotropes, pratiques excessives de jeu et autres addictions sans produit.

Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, médicale et sociale. L'intervention d'Association Addictions France s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

L'association gère plus de 90 structures médicosociales implantées sur tout le territoire national et des équipes de prévention qui interviennent notamment auprès des organisations professionnelles (entreprises, administrations, collectivités territoriales, associations, etc.).

Elle est également organisme de formation ayant obtenu la certification Qualiopi pour ses actions de formation avec un réseau de plus de 300 professionnel·les en addictologie (animateur·trices en prévention, psychologues, médecins, infirmiers, travailleur·euses sociaux·ales...) intervenant sur l'ensemble du territoire. Leur ambition est de transmettre leurs connaissances, partager leurs expériences et leur expertise afin de permettre aux participant·es de devenir des acteur·trices. Les acteur·trices bénévoles et professionnel·les de l'association contribuent à ce que des conduites individuelles ou collectives initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement n'aboutissent pas à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté. Cette perte de liberté vis-à-vis d'une substance psychoactive ou d'un comportement de recherche de plaisir constitue une pathologie nommée addiction. L'association est également force de proposition pour faire évoluer les opinions et contribuer à la mise en place d'une politique cohérente sur les addictions à travers son activité de plaidoyer.

Les activités de l'Association Addictions France

Pour accompagner les personnes en difficulté avec des addictions et leur entourage Association Addictions France gère différents types de structures et centres d'addictologie :

Des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – CSAPA accompagnent les personnes ainsi que leur entourage à travers une approche pluridisciplinaire médecin·e, psychologue, infirmier·e, éducateur·trice, travailleur·euse social·e. La plupart comprennent des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) dédiées aux jeunes et à leur famille et plus de la moitié interviennent en milieu carcéral.

Des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues – CAARUD accompagnent les usagers de drogues, notamment en leur délivrant du matériel de réduction des risques (seringues, kit d'hygiène, etc.) et en les orientant dans leurs démarches d'accès aux droits.

Des établissements de soin résidentiels (les Appartements de Coordination Thérapeutique –ACT, les Lits Halte Soins Santé –LHSS, les Lits d'Accueil Médicalisés –LAM...) proposent un hébergement aux personnes accompagnées, sur une courte ou longue durée selon les problématiques rencontrées.

Des lieux d'écoute pour les jeunes (Maison des Adolescents, Point d'accueil écoute jeunes) ou encore de médiation familiale sensibilisent et agissent en promotion de la santé.

En prévention, Association Addictions France propose à tous les âges de la vie des interventions adaptées aux publics concernés (scolaire, festif, carcéral, etc.) avec une attention particulière portée aux populations vulnérables (jeunes, personnes sous-main de justice, grande précarité, handicap, etc.).

Elle propose par ailleurs des formations à destination des professionnel·les de première ligne agissant auprès de personnes concernées directement ou indirectement par les addictions et aux professionnel·les relais dans le monde du travail. Ces formations sont dispensées par des professionnel·les de terrain et des expert·es en addictologie.

Elle milite pour une politique de santé cohérente sur les addictions et assure avec le soutien de ses membres bénévoles la promotion d'une politique de santé publique à la hauteur des enjeux auprès des décideurs publics (locaux, nationaux et européens). L'association est également fortement mobilisée pour veiller au respect effectif de la loi Évin encadrant la publicité pour l'alcool et mène à ce titre des actions contentieuses.

Au siège d'Addictions France, la direction nationale des activités assure le pilotage des activités, de la stratégie et de la politique qualité. Elle a également une fonction d'animation. Elle travaille en étroite collaboration avec la responsable des activités de prévention et le responsable des activités médico-sociales. Au niveau régional la coordination régionale des activités de prévention, de promotion de la santé et de formation est assurée, selon les directions régionales, soit par un-e responsable régional-e prévention formation soit par un-e directeur·trice régional-e de la prévention et de la formation qui anime les équipes de chargé·es de prévention et les coordinateur·trices d'activité prévention formation en région.

Les équipes territoriales de prévention formation qui interviennent dans le cadre du partenariat avec l'Amicale du Nid sont par ailleurs en lien étroit avec les équipes médicosociales de nos établissements d'accompagnement et de soins.

L'organisme de formation d'Addictions France est structuré en quatre sites inter-régionaux qui coordonnent les pilotes de sites. Certifié Qualiopi et référencé Data dock, il propose des formations aux professionnel·les confronté·es ou intéressé·es par les conduites addictives, en présentiel et en distanciel. Le taux de satisfaction global des stagiaires est de 97%.

Au niveau régional, l'activité de formation est coordonnée par les correspondant·es régionaux·ales à la certification de l'organisme de formation. Ce réseau se réunit régulièrement au niveau interrégional et au niveau national.

Pour en savoir plus : <https://addictions-france.org>

L'AMICALE DU NID

L'Amicale du Nid, créée en 1946, est engagée auprès des personnes en situation de prostitution, victimes du système prostitutionnel, du proxénétisme, de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle pour un accompagnement vers la sortie. L'engagement de L'Amicale du Nid s'inscrit en alignement avec la politique publique de l'Etat français, abolitionniste.

Principes

L'Amicale du Nid est une association laïque, indépendante de toute organisation ou parti. Notre engagement associatif s'inscrit dans le respect des principes de liberté, d'égalité et de solidarité. Nos valeurs ne laissent la place ni à une conception moraliste restrictive et puritaine de la sexualité, ni à la complaisance vis-à-vis de toutes formes de violences sexistes, notamment les violences du système prostitutionnel.

Plus précisément ses principes sont :

- Les principes abolitionnistes sur lesquels est établie la convention internationale du 2 décembre 1949 ratifiée en 1960 par la France, ainsi que ceux de la loi du 13 avril 2016, à savoir la lutte contre le système prostitutionnel et la mise en œuvre d'un accompagnement des victimes vers la sortie de la prostitution.
- Les principes républicains suivants : l'égalité entre les femmes et les hommes, la non-patrimonialité du corps humain qui ne peut être considéré comme un bien ou une marchandise, la dignité de la personne humaine visant à garantir son intégrité physique et psychologique contre toute atteinte extérieure.

C'est pourquoi l'Amicale du Nid :

- Défend les droits des femmes et peut donc se porter partie civile aux côtés des victimes. Elle défend également les droits des enfants victimes de violences sexuelles et sexistes.
- S'inscrit dans le refus de toute forme de discrimination, de racisme, de sexisme, d'homophobie et de transphobie.
- Considère que la prostitution est incompatible avec la dignité humaine, et incompatible avec le principe d'égalité entre les femmes et les hommes. Elle refuse son assimilation à un métier et souhaite développer ses missions dans un abolitionnisme cohérent, protégeant les personnes en situation de prostitution et interdisant tout achat d'acte sexuel.
- Fonde ses missions sur une pensée et une pratique de l'égalité et de l'émancipation : le féminisme. Nous le définissons comme un ensemble de pratiques et d'analyses scientifiques, de mouvements politiques, de pensées philosophiques et sociales qui partagent un but commun : définir, promouvoir et atteindre l'égalité dans tous les domaines entre les femmes et les hommes. L'objectif final est d'abolir l'assujettissement des femmes à la domination masculine et de remettre en question les assignations de genre. L'Amicale du Nid « refuse de négocier les libertés des femmes au nom de particularismes » et construit donc ses missions sur une pensée féministe laïque, abolitionniste et universaliste.

Personnes en situation de prostitution mineures, jeunes majeures ou majeurs : il ne s'agit jamais d'un choix ou d'une expérience, mais d'une situation s'inscrivant dans un système dont l'un des premiers maillons est constitué de l'acheteur de service sexuel.

Principes d'action

Dans la rencontre des personnes en situation de prostitution, l'association ne se positionne ni dans le jugement, ni dans la neutralité. Ne pas être neutre signifie prendre en compte la violence du système prostitutionnel et la responsabilité des agresseurs. Ne pas être neutre, c'est être du côté des victimes dans une relation de partenariat égalitaire.

En renforçant l'autonomie et les potentialités des personnes, le but de l'accompagnement est l'accès au droit commun et à l'insertion sociale. Il comporte la prévention des risques, l'accès à la santé et le renforcement de la citoyenneté.

La connaissance du fonctionnement et des effets du système prostitutionnel irrigue les pratiques professionnelles et l'acte socio-éducatif. Elle permet d'être en position d'écoute proactive et de libérer la parole des personnes accompagnées. Les conséquences de la prostitution conjuguées à la fréquence des violences subies (notamment dans l'enfance) requièrent un travail sur des axes spécifiques et personnalisés. Ces axes sont traités individuellement, dans la singularité de chaque trajectoire de la personne accompagnée, et en collectif.

Dans toutes les missions, les principes d'action sont ceux du féminisme, de la solidarité, de la parole libérée, de l'égalité, de la construction de voies d'émancipation, de la participation, et de la prise en main de son propre cheminement.

Conduit au sein d'une équipe et en partenariat, le travail social doit formaliser ses savoir-faire, les capitaliser, les enrichir par la recherche et les diffuser par la formation. Les savoir-faire développés dans les différents établissements sont donc mutualisés afin de renforcer la spécificité du travail social de l'Amicale du Nid et de pouvoir les transférer à d'autres types de violences sexuelles et sexistes. Ils permettent aussi de participer à la responsabilisation des « prostitueurs » depuis la place que l'association a choisie : celle des victimes.

Analyse de la prostitution

Nous reprenons les termes de la loi du 13 avril 2016 pour définir la prostitution : « Prostitution : le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage ».

Cette définition change radicalement de l'approche courante qui n'envisage la prostitution que du côté de la personne qui vend l'usage de son corps. Elle introduit immédiatement la dimension de la domination et de la violence en ce sens que le « client » achète l'usage du corps d'un enfant, d'une femme ou d'un homme pour sa jouissance personnelle et impose un rapport sexuel pour lequel le désir de la personne prostituée dominée n'existe pas.

La prostitution est une violence qui s'inscrit dans un double rapport de domination :

- Celui des hommes sur les femmes, sur les enfants, ou sur certains hommes dominés. Un des ingrédients de cette domination est l'idée que la pulsion sexuelle masculine devrait être obligatoirement assouvie par n'importe quels moyens.
- Celui entre un « client » qui a de l'argent et des personnes qui en ont besoin. Ce besoin d'argent provient d'origines diverses comme la pauvreté, la précarité ou la désaffiliation sociale. Le « client » de la prostitution est à l'origine de la prostitution. Proxénètes et trafiquants exerçant aussi leur domination, organisent le marché de la sexualité tarifée.

Le consentement apparent des personnes en situation de prostitution a pour origine des histoires de vie particulières émaillées de nombreuses vulnérabilités. Il peut provenir d'une exposition antérieure à toutes sortes de violences psychologiques, physiques, sexuelles mais aussi sociales, de fragilités et d'une mésestime de soi produites par des traumatismes. Ainsi la prostitution est une violence et les personnes en situation de prostitution en sont les victimes. Les « clients » et les proxénètes constituent le système prostitutionnel.

Le système prostitutionnel comprend tous-tes les acteur-ices de la prostitution, toutes les formes de « commerce sexuel », et toutes les institutions qui les favorisent : en particulier la prostitution et la pornographie, prostitution filmée qui a le triste avantage de laisser publiques, par le biais de contrats, les images d'actes d'humiliation subis par les victimes pendant des années.

Cette qualification de la prostitution demande quelques analyses complémentaires pour que la complexité du phénomène et l'identification des risques soient prises en compte dans les missions de l'Amicale du Nid.

L'Amicale du Nid analyse le système prostitutionnel comme le fruit de :

- La hiérarchie des sexes et la domination masculine,
- L'exploitation des inégalités économiques.

Maillage territorial et professionnalisme

270 professionnel-les qualifié-es et formé-es régulièrement s'inscrivent dans un maillage territorial sur seize départements :

- Bouches-du-Rhône,
- Haute Garonne,
- Hérault,
- Isère et Savoie,
- Rhône,
- Paris,
- Hauts-de-Seine avec permanences dans les Yvelines et une permanence et une mission mineur-es dans le Val d'Oise,
- Seine-Saint-Denis avec mission mineur-es en Seine-et-Marne,
- Bretagne.

Continuum d'actions

L'Amicale du Nid inscrit son action dans un continuum au service de la prévention et de la lutte contre le système prostitutionnel :

- La prévention, la sensibilisation, la formation (L'Amicale du Nid est organisme de formation), les diagnostics territoriaux, des missions mineur-es sur neuf départements¹.
- L'aller-vers dans l'espace public et numérique.
- L'accompagnement social global personnalisé, qui intègre toutes les dimensions du processus d'émancipation du système prostitutionnel :

1. Neuf missions mineur-es : départements Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Hérault, Ile-et-Vilaine, Rhône, Paris, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val d'Oise

- L'émancipation dans le rapport au corps : l'accès aux soins et la prise en charge de la santé globale, physique, psychologique et sexuelle ;
- L'émancipation dans le rapport à l'environnement : la sécurité, en termes de mise à l'abri, de protection contre les violences, d'éloignement du milieu prostitutionnel ;
- L'émancipation dans le rapport à la loi : l'accès aux droits sociaux, droits des victimes, égalité de traitement ;
- L'émancipation dans le rapport à soi : l'autonomie, l'indépendance, l'estime de soi ;
- L'émancipation dans l'expression sur la prostitution : le regard sur la prostitution, le discours porté par les représentations sociétales ;
- L'émancipation dans le rapport aux autres : l'intégration sociale, notamment la parentalité, la culture, les loisirs ;
- L'émancipation par l'insertion socio-professionnelle, l'apprentissage du français, l'accès à la formation et l'emploi.
- L'hébergement et le logement accompagné
- 297 places d'hébergement dans le cadre de 6 CHRS, mais aussi 734 places sans hébergement sur la totalité des 7 CHRS AdN autorisés
- 115 place en hébergement d'urgence, dont 71 dédiées aux femmes victimes de violences conjugales
- 6 places en hébergement d'urgence pour demandeur-ses d'asile (HUDA)
- 88 places en logement accompagné (pension de famille et résidence sociale, appartements relais) Soient plus de 500 places d'hébergement et logement accompagné
- L'adaptation à la vie active avec deux ateliers d'adaptation à la vie active (AAVA) dans le Rhône et les Hauts-de-Seine : 38 places.
- Le plaidoyer : hier pour l'adoption de la loi du 13 avril 2016, aujourd'hui pour son application égalitaire, pleine et entière sur tout le territoire, contrairement aux inégalités observées sur l'accès aux droits (droit au séjour, dont droit d'asile en particulier), l'entrée dans les PSP, l'accès à l'hébergement et au logement...

Pour en savoir plus : <https://amicaledunid.org>

AMICALEDUNID.ORG
JENESUIPASAVENDRE.ORG



Personnes en situation de prostitution :

Renseignez-vous sur vos droits

Sympatisant-es :

Adhérez à l'Amicale du Nid

Restez informé-es

Trouvez dans nos ressources des outils pour agir

Faites un don

FORMATION @ ADN-ASSO.ORG



Formez-vous ou soutenez
vos collaborateur-ices pour se former
auprès d'un organisme certifié QUALIOP1

CONTACT @ ADN-ASSO.ORG

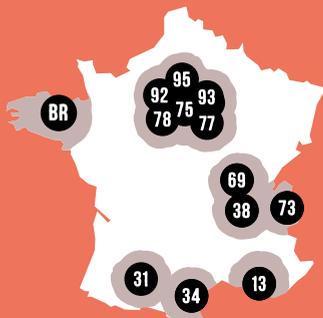


Demandez des informations
Recherchez des expert-es ou des témoignages



L'AMICALE DU NID
EST PRÉSENTE SUR

16 DÉPARTEMENTS



SIÈGE DE L'ASSOCIATION

📍 21, rue du Château d'Eau – 75010 Paris
☎ 01 42 52 56 40
✉ contact@adn-asso.org

ORGANISME DE FORMATION

☎ 01 42 39 99 61
✉ formation@adn-asso.org

13 BOUCHES-DU-RHÔNE

📍 60, boulevard Baille – 13006 Marseille
☎ 04 91 29 77 00
✉ contact@amicaledunid13.org

- Prévention, sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil, accueil de jour
- Accompagnement social global
- Hébergement

31 HAUTE-GARONNE

📍 52 blvd Déodat de Séverac – 31300 Toulouse
☎ 05 34 41 57 60
✉ contact@amicaledunid31.fr

- Prévention sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil
- Accompagnement social global

34 HÉRAULT

📍 3, rue Anatole France – 34000 Montpellier
☎ 04 67 58 13 93
✉ contact@lababotte.org

- Prévention, sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil
- Accompagnement social global
- Hébergement
- Logement accompagné

38 ISÈRE

📍 9 rue Raoul Blanchard – 38000 Grenoble
☎ 04 76 43 01 66
✉ contact@adnaura.fr

- Sensibilisation, formation
- Aller-vers
- Accueil, accueil de jour
- Accompagnement social global

69 RHÔNE

📍 29 rue St Jean de Dieu, Technopark, Bât B – 69007 Lyon
☎ 04 78 27 28 20
✉ contact@adnaura.fr

- Prévention, sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil, accueil de jour
- Accompagnement social global
- Atelier d'adaptation à la vie active
- Hébergement

73 SAVOIE

📍 Chambéry
☎ 04 76 43 01 66
✉ contact@adnaura.fr

- Accompagnement des parcours de sortie de prostitution

75 PARIS

📍 103, rue La Fayette – 75010 Paris
☎ 01 42 02 38 22
✉ amicaledunid.paris@adn75.fr

- Prévention, sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil
- Accompagnement social global
- Hébergement

77 SEINE-ET-MARNE

📍 Champs-sur-Marne
☎ 01 87 94 01 30
✉ contact.mm77@adn93-asso.org

- Mission mineur-es

78 YVELINES

📍 Guyancourt et Poissy
☎ 07 69 79 14 57
✉ permanence.sociale@adn78.fr

- Prévention, sensibilisation, formation
- Accueil
- Accompagnement social global

92 HAUTS-DE-SEINE

📍 83 bis, rue de Varsovie – 92700 Colombes
☎ 01 47 60 00 78
✉ contact@adn92.fr

- Prévention, sensibilisation, formation
- Accueil
- Accompagnement social global
- Atelier d'adaptation à la vie active
- Hébergement

93 SEINE-ST-DENIS

📍 11/13 rue Félix Merlin – 93800 Epinay-sur-Seine
☎ 01 41 68 20 28
✉ amicaledunid93@adn93-asso.org

- Prévention, sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil, accueil de jour
- Accompagnement social global
- Hébergement
- Logement accompagné

95 VAL-D'OISE

📍 Cergy-Pontoise et Sarcelles
☎ 07 67 29 47 54
✉ permanence.sociale@adn95.fr

- Prévention, sensibilisation, formation
- Accueil
- Mission mineur-es à Cergy (ouverture 2023)
- Accompagnement social global

BR BRETAGNE

Présence sur les 4 départements

📍 33 rue Jean Macé – 29200 Brest
☎ 06 35 47 60 33
✉ bretagne@adn-asso.org

- Sensibilisation, formation
- Accueil
- Aller-vers
- Accompagnement social global

📍 35 avenue Aristide Briand – 35000 Rennes
☎ 06 13 30 93 19
✉ bretagne@adn-asso.org

- Sensibilisation, formation
- Mission mineur-es
- Aller-vers
- Accueil
- Accompagnement social global

Document publié en juillet 2024
par l'Amicale du Nid

www.amicaledunid.org

