



LES PROSTITUÉES FÉMININES

Point focal : Espace P

L'analyse de situation pour le public des prostituées est à mettre en relation avec d'autres analyses de situations avec lesquelles elle partage des problématiques communes, en particulier pour les publics :

- Migrants
- Population générale (clients)
- Usagers de drogues injecteurs
- Prostitués masculins

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour le public cible des prostituées féminines. Ces éléments sont complémentaires de ceux présentés dans le cahier général (cahier 0).

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- des données épidémiologiques et sociales relatives au VIH/Sida, aux autres IST et aux conditions de vie pour le public des prostituées ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ce public ;
- un tableau exhaustif décrivant le public cible et les acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes recensés à travers l'analyse de situation et expliquant pour chacun le lien avec la problématique ;
- un rappel des objectifs opérationnels définis pour ce public cible pour la période 2007-2008 par le secteur de la prévention IST/Sida ;
- les sources bibliographiques qui ont permis la rédaction du cahier.

* Les termes et expressions marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique commun se trouvant dans le cahier 0 et sur le site www.strategiesconcertees.be

LA PROBLÉMATIQUE EN QUELQUES MOTS

Le public cible des prostituées et de leurs clients est hétérogène. Les prostituées sont généralement mobiles, tant à l'intérieur du territoire belge qu'en dehors. Elles sont particulièrement exposées aux risques de transmission du Sida et des autres IST et cumulent des vulnérabilités* sur divers plans : stigmatisation de la société, absence de reconnaissance juridique, précarité économique, etc. La migration et le fait d'exercer la prostitution dans des environnements difficiles (drogues, souffrances psychologiques, violences) renforcent la vulnérabilité*. Au niveau sociétal, les politiques migratoires et économiques actuelles renforcent les inégalités et l'exclusion des personnes prostituées.

Coordination du processus et appui méthodologique

Vladimir Martens (Observatoire du sida et des sexualités - FUSL)
Florence Parent (SIPES - ULB)
Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique

Rédaction

Vladimir Martens

Comité de lecture

Frédéric Arends
Cécile Béduvé
Alain Cherbonnier
Cécile Cheront
Jacqueline Colin
Ann Defraye
Geneviève Georges
Marielle Houbiers
Fabien Jacques
Maureen Louhenapessy
Thierry Martin
Florence Parent
Bénédicte Rusingizandekwe
Mary Stevens
André Sasse
Françoise Uurlings
Catherine Van Huyck

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.

Contact

Vladimir Martens
Observatoire du sida et des sexualités
martens@fusl.ac.be
02/ 211 79 10

Site

www.strategiesconcertees.be

7.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Infections au VIH, aux autres IST et à l'hépatite C en Communauté française parmi les prostituées féminines

Les données sanitaires pour les prostituées proviennent essentiellement des recueils effectués lors des dépistages de proximité réalisés par des travailleurs de rue et des médecins (Espace P asbl, Icar) lors des permanences médicales spécifiques. Des données provenant d'une population plus diversifiée sont également relevées lors du dépistage de proximité réalisé à Liège (Sidaction asbl) auprès d'une population de rue (SDF, toxicomanes, prostituées). Ces données ne sont pas en tous points comparables mais elles permettent de poser les constats suivants (voir tableau 1) :

- La prévalence* du VIH est relativement faible mais néanmoins plus élevée qu'en population générale.
- La prévalence* de l'hépatite B est plus élevée qu'en population générale, que l'on considère les personnes contagieuses (Ag Hbs+) ou les personnes immunisées

naturellement, c'est-à-dire qui ont développé des anticorps, qu'elles aient ou non développé la maladie (Ac Hbc+). Les prostituées non belges courent quatre fois plus de risques d'être contaminées que les belges (données non présentées).

- La prévalence* de la syphilis est non négligeable.
- La prévalence* de l'hépatite C est élevée, particulièrement parmi les prostituées qui consomment des drogues par voie intraveineuse.
- Une prévalence* de papillomavirus (HPV) de 24 % a été observée au cours d'un projet pilote en région namuroise en 2007-2008.

Données concernant les conditions de vie des prostituées féminines

Les intervenants insistent sur le fait que l'activité de prostitution s'exerce le plus souvent sans coercition et doit en cela être respectée. Ils ne remettent pas en question la légitimité de l'activité, tout en mettant en évidence que celle-ci s'exerce souvent dans des conditions très difficiles. En effet, beaucoup de prostituées rencontrées vivent dans une situation de précarité socio-économique, d'isolement

Tableau 1

Prévalences* du VIH, des hépatites B et C, de la syphilis et du HPV parmi les prostituées féminines en Régions wallonne et bruxelloise (Source : Espace P asbl 2008a-b, Sidaction asbl 2009)

Pathologie	Dispositif de recueil	Années	n	Prévalence population générale (estimations)	
				Prévalence en %	
VIH	Dépistage Espace P Bruxelles	2008	121	2,5	0,001
	Dépistage Espace P Région wallonne	1998-2008	1606	0,5	
	Car de dépistage Sidaction (Liège) SDF, toxicomanes, prostituées	2008	121	0,8	
	Dépistage Icar Charleroi	2004-2007	105	0,9	
Hépatite B	Dépistage Espace P Bruxelles	2008	121	Ag Hbs+ : 2,5 Ac Hbc+ : 28,9	Ag Hbs+ : 0,7 Ac Hbc+ : 5,7
	Dépistage Espace P Région wallonne	1998-2008	1523	Ag Hbs+ : 2,1 Ac Hbc+ : 9,1	
	Car de dépistage Sidaction (Liège) SDF, toxicomanes, prostituées	2008	121	Ag Hbs+ : 1,6	
	Dépistage Icar Charleroi	2006-2007	93	Ac Hbc+ : 10,75	
Syphilis	Dépistage Espace P Bruxelles	2008	121	6,6	Non disponible
	Dépistage Espace P Région wallonne	1998-2008	1549	2,1	
	Car de dépistage Sidaction (Liège) SDF, toxicomanes, prostituées	2008	121	3,3	
	Dépistage Icar Charleroi	2004-2007	105	0,95	
Hépatite C	Dépistage Espace P Région wallonne	1998-2008	1507	2,4 (parmi prostituées UDI : 20)	0,9
	Car de dépistage Sidaction (Liège) SDF, toxicomanes, prostituées	2008	121	9,1	
HPV	Frottis de col en région namuroise	2007-2008		24	Non disponible

et d'exclusion. L'environnement de travail les expose à des violences et à des souffrances psychologiques et peut favoriser la consommation d'alcool et d'autres drogues. L'activité et les personnes qui l'exercent font l'objet de stigmatisation dans la société, d'où découlent souvent un manque de respect, une dévalorisation et un sentiment de honte. Certaines prostituées vivent dans des situations de vulnérabilités* cumulées et extrêmes, comme les migrantes sans titre de séjour ou les personnes transsexuelles. Certaines sont également victimes d'exploitation (proxénétisme, traite). Les prostituées qui travaillent en rue et en bar souffrent plus souvent d'exclusion que celles qui exercent en privé : elles sont plus souvent jeunes, migrantes, consommatrices de drogues par voie intraveineuse et sans couverture sociale. En ce qui concerne l'accès aux soins, on constate une grande différence entre les femmes contactées en Région wallonne et celles rencontrées à Bruxelles. Les premières, essentiellement belges ou originaires d'un autre pays d'Europe de l'Ouest, ont en grande majorité une couverture soins de santé (85,6 %) et un médecin traitant (91 %). Les secondes, majoritairement issues d'Europe de l'Est, n'ont en majorité ni couverture ni médecin. La couverture soins de santé est directement liée au statut de séjour (Espace P asbl, 2008a-b).

7.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 7.1, le diagnostic comportemental a été construit en identifiant les comportements du public cible d'une part et ceux des acteurs, services et milieux de vie généralistes et spécifiques en lien avec ce public cible d'autre part. Les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels de ces différents comportements ont ensuite été recherchés et classés. La synthèse ci-dessous reprend les éléments-clés de cette analyse en tentant de mettre en évidence les principaux acteurs et leurs interactions.

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Pour réaliser une analyse de situation, les participants, lors de la construction du diagnostic comportemental, formulent les comportements des acteurs sous forme de problèmes, c'est-à-dire de manière négative, et avec un certain degré de généralité. Cette approche critique répond à une nécessité méthodologique : il s'agit à cette étape d'identifier les manquements et aspects à améliorer. Au moment de la formulation des objectifs opérationnels, ces comportements formulés négativement seront traduits de manière positive comme résultats à atteindre et comme activités à mettre en œuvre.

De manière générale, les **prostituées** se protègent adéquatement lors des rapports sexuels avec les clients mais une minorité d'entre elles utilisent le préservatif de manière insuffisante ou inadéquate : 5 % affirment accepter parfois de pratiquer la pénétration vaginale et 19 % la fellation sans préservatif. Parmi celles qui pratiquent la pénétration anale, 19 % acceptent parfois de ne pas utiliser le préservatif (Espace P asbl, 2008a). L'utilisation de lubrifiant à base d'eau est également insuffisante. Certaines réagissent inadéquatement face à une rupture de préservatif (douche vaginale, non-recours au traitement post-exposition* ou à la pilule du lendemain). La majorité est bien informée des risques de transmission et des moyens de protection efficaces. L'exposition aux risques d'infection par le VIH et les autres IST est augmentée par la fréquence des rapports sexuels, le nombre de clients, les conditions dans lesquelles certaines travaillent et le manque d'autonomie financière.

Les intervenants constatent ces dernières années une augmentation des pratiques sexuelles potentiellement à risque de la part des prostituées : elles étaient 67 % à déclarer pratiquer la pénétration vaginale en 1989 (n=458) contre 94 % en 2007 (n=197), la pratique de la pénétration anale est passée de 6 % à 24 % et celle de la fellation avec éjaculation de 30 % à 83 % au cours de la même période (Espace P, 2008a). Ces évolutions se font dans un climat de concurrence, favorisé par les pressions économiques exercées par les **proxénètes** sur les prostituées migrantes.

Ces comportements sont en interaction étroite avec les demandes et exigences des **clients**, dont une partie croissante demandent et négocient des pratiques sexuelles sans protection ou ne respectent pas la protection qui a été négociée : deux clients sur dix en 2005 et quatre à cinq sur dix en 2007 ont demandé des rapports sexuels sans préservatif.

Une minorité non négligeable des prostituées utilisent les douches et éponges vaginales de manière inadéquate ou excessive : 22 % des prostituées interrogées par Espace P pratiquent des douches vaginales après chaque rapport sexuel ou tous les jours.

D'autres comportements augmentent les risques : parmi les prostituées rencontrées en Région wallonne en dix ans (n=875), 17,1 % consomment des drogues (5,6 % en injection par voie intraveineuse et 11,5 % sans injection) (Espace P, 2008b). Certaines exercent leur activité dans des conditions qui augmentent les risques de violences : elles travaillent parfois seules, dans des lieux peu sécurisés comme des parkings, ou encore acceptent plusieurs clients à la fois.

La grande majorité des femmes rencontrées recourent au dépistage du VIH (94 %, dont un tiers qui ont été dépistées par Espace P), de l'hépatite B (89 %) et du HPV (81 %) mais certains sous-groupes, comme les migrantes, sont peu demandeurs ou y ont recours plus tardivement. Certaines femmes ont également un accès aux soins limité ou tardif, ont un recours fréquent aux interruptions volontaires de grossesse (suite à la non-utilisation ou à la rupture du préservatif ou à la non-utilisation d'un contraceptif autre que le préservatif) ou

encore ne suivent pas adéquatement les traitements qui leur sont prescrits. Celles qui ont un **médecin généraliste** ou un **gynécologue** n'abordent généralement pas leur activité prostitutionnelle avec lui pour plusieurs raisons : craintes du jugement du médecin et méfiance concernant le respect du secret professionnel, notamment en cas de séropositivité. Ces appréhensions proviennent parfois d'expériences passées de rejet ou de stigmatisation de la part de professionnels de la santé.

L'exploitation et la pression économique exercées par plusieurs acteurs (**patrons de bars, de clubs privés et de «carrées»¹, proxénètes, réseaux de traite des êtres humains**) ou l'attitude variable de certains vis-à-vis de la prévention (**dames de compagnie** par exemple) limitent l'autonomie des prostituées et leur capacité à adopter des comportements de protection efficaces.

La répression exercée par la **police** et les **acteurs politiques** renforce la clandestinité, ce qui peut entraver le travail de prévention. Elle dégrade également les conditions de travail et par conséquent expose les prostituées à des risques accrus.

La stigmatisation des prostituées dans la **population générale** peut prendre plusieurs formes : stéréotypes, victimisation, discriminations et comportements de rejet, pouvant aller jusqu'à leur expulsion de certains quartiers sous la pression des **riverains**. Cette stigmatisation, souvent renforcée par les **médias**, contribue à la dévalorisation des femmes prostituées et de l'activité prostitutionnelle et cause des souffrances multiples.

Sur le plan de l'**environnement**, la précarité socio-économique dans laquelle vivent certaines prostituées, les difficultés d'intégration et la précarité liée au séjour pour les migrantes ont des conséquences sur l'accès aux soins et aux besoins de base.

.....
1 Voir la définition dans le tableau au point 7.3 dans la catégorie «Les prostituées».

Sur le plan **institutionnel**, en l'absence d'une réglementation fédérale claire concernant le statut de l'activité, les **communes** mènent des politiques paradoxales en matière de prostitution : l'activité n'est pas reconnue et ne bénéficie donc d'aucune protection, mais les revenus issus de cette activité sont taxés. Ces politiques sont également incohérentes dans l'espace et dans le temps puisqu'elles sont plus ou moins laxistes d'une commune à l'autre et selon les majorités politiques en place. Certains projets de loi visent la prohibition de la prostitution, ce qui selon les acteurs de terrain irait dans le sens contraire d'une protection sociale des prostituées et d'un travail de promotion de la santé efficace. En ce qui concerne l'exploitation exercée par les **patrons de bars**, ceux-ci sont en situation illégale mais sont généralement tolérés par la **police** : les réglementations existantes concernant notamment le travail au noir ne sont pas appliquées, c'est donc souvent la loi du «milieu» qui prédomine (absence de contrat de travail ou contrats de serveuse). Le Ministère de la Justice ne maintient pas toujours en détention préventive les proxénètes et trafiquants d'êtres humains.

Les **prostituées migrantes** en séjour irrégulier cumulent les **vulnérabilités*** : elles sont moins à même de négocier le préservatif, elles ont des difficultés pour s'intégrer à la société belge, elles travaillent plus souvent en rue que les autres et ne maîtrisent généralement pas les langues nationales ni le système de santé belge. Elles sont ainsi moins demandeuses de dépistages, ont accès aux soins dans une moindre mesure et plus tardivement et adhèrent difficilement aux traitements qui leur sont prescrits. Le déni vis-à-vis du VIH, la méfiance vis-à-vis des institutions et la crainte d'une expulsion du territoire expliquent en partie ces constats. Dans un contexte politique général de fermeture des frontières, le **Ministère de l'Intérieur** favorise effectivement l'expulsion de ces prostituées dans le but de limiter les migrations aux fins de prostitution. Cette politique nuit aux prostituées dans la mesure où ces expulsions se font parfois de manière harcelante et/ou violente de la part de la **police**.

7.3 FOCUS SUR LES ACTEURS

L'ensemble de ces acteurs ont une influence, positive ou négative, sur la problématique. L'approche systémique en planification vise à intégrer de différentes manières tous ces acteurs afin de favoriser une réponse plus cohérente aux problèmes complexes.

Acteurs ²	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES PUBLICS CIBLES		
Les prostituées [1]	<p>En 2007, dix associations de prévention pour le public des prostituées ont dans l'ensemble rencontré 5161 travailleurs sexuels en Belgique (Espace P-TAMPEP, 2007). Un peu plus de la moitié sont des migrantes (53 %) mais des disparités régionales sont observées : les prostituées migrantes représentent environ un tiers (32,6 %) des femmes rencontrées en Région wallonne tandis qu'à Bruxelles, les femmes issues des pays de l'Est représentent 80 % de celles ayant fréquenté la permanence médicale d'Espace P en 2008.</p> <p>La majorité des prostituées migrantes sont originaires des pays d'Europe centrale, d'Europe de l'Est et des Balkans (35,4 %) ; viennent ensuite les prostituées originaires de pays d'Europe de l'Ouest (26,7 %), d'Afrique (25,9 %) et d'Amérique Latine (9,4 %). Les proportions de prostituées originaires d'Amérique du Nord et d'Asie sont marginales (1,8 et 2,6 % respectivement).</p> <p>Deux tiers des prostituées rencontrées par les travailleurs de terrain se constituent en <i>indoor</i>, le troisième tiers en <i>outdoor</i>. Il s'agit d'un public particulièrement hétérogène sur divers plans (trajectoires de vie, âge, ancienneté dans la prostitution, profil, type et lieux de prostitution, nationalités, degré d'exploitation et de liberté d'activité, fréquence de l'activité) et très mobile dans et hors du territoire belge. Les types et lieux de prostitution sont la rue, l'activité en privé, les «carrées³», Internet, les bars, les clubs, les petites annonces, les tournages de films X.</p>	<p>Le public cible constitue le point de départ de la définition de la problématique, puisque ce sont les données et les constats de types épidémiologique et social le concernant qui ont servi de base à l'analyse de situation présentée dans ce cahier. Dans une perspective de promotion de la santé, il est également l'un des acteurs des stratégies d'intervention du plan opérationnel (cadre logique), notamment à travers sa participation aux activités mises en place pour répondre à la problématique.</p>
Les clients [2]	<p>Public varié en termes d'âge et de fréquence de recours à la prostitution. En population générale, 9,2 % des hommes habitant dans les grands centres urbains et 4,2 % en milieu rural déclarent avoir été clients de prostituée(s) dans les cinq dernières années (Hubert et al., 1993). Dans les centres de dépistage spécialisés, 8,1 % des patients déclarent avoir été clients au cours des douze derniers mois (Favresse, 2007).</p>	<p>Les clients sont un groupe difficile à atteindre en tant que tel par des actions de prévention, si ce n'est via des messages s'adressant à la population générale. Ils jouent pourtant un rôle clé dans la négociation de la protection et le respect des travailleuses.</p>

2 Les nombres entre crochets renvoient aux numéros des acteurs dans le document d'analyse de situation en version longue et en version poster, disponibles sur le site www.strategiesconcertees.be

3 «Une carrée peut être définie comme un immeuble comportant une ou plusieurs chambres, généralement situées au rez-de-chaussée, où les locataires s'adonnent à la prostitution à titre individuel [...] Contrairement à la prostitution privée, ces immeubles présentent des signes extérieurs qui révèlent leur finalité (l'éclairage au néon par exemple). Lesdits immeubles sont dès lors connus comme étant des maisons de débauche» (Rapport fait au nom de la Sous-Commission «Traite des êtres humains et prostitution» par Mesdames Thijs et T'Serclaes, La traite des êtres humains et la prostitution en Belgique, Sénat, 12 juillet 2000).

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE SPÉCIFIQUES		
Les proxénètes et réseaux de traite des êtres humains [5]	Personnes ou réseaux (nationaux et internationaux) qui exploitent les prostituées.	L'exploitation limite l'autonomie des prostituées, exerce une pression notamment économique et nuit ainsi à leur bien-être et à leurs capacités de protection en général et vis-à-vis des IST/Sida en particulier.
La famille, l'entourage et le conjoint [6]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Famille au sens large ■ Partenaire de la vie privée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La famille peut exercer une pression économique sur la prostituée. Cette situation est souvent rencontrée chez les migrantes. ■ La protection des rapports sexuels avec le partenaire de la vie privée est parfois moins systématique que la protection avec les clients.
Les organismes thématiques spécifiques à la prostitution [10]	Associations de prévention et d'accompagnement psycho-médico-social travaillant auprès des prostituées (voir la liste dans le répertoire sur www.strategiesconcertees.be).	Ces associations mettent en place des actions en matière de santé au sens large et peuvent collaborer entre elles dans le cadre de différents projets.
Les autres acteurs spécifiques au milieu du travail du sexe [3, 4]	Divers acteurs en contact direct avec les prostituées et non repris ci-dessus. Sont envisagés dans cette catégorie : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les patrons de bar et de privés, les propriétaires de carrées ■ Les gérants d'hôtel ■ Les organisateurs de festivals de l'érotisme ■ Les dames de compagnie ■ Les réalisateurs de films pornographiques ■ Les acteurs de films pornographiques 	Ces acteurs peuvent jouer tantôt un rôle de levier, de facilitateur concernant la santé, tantôt être un frein lorsqu'ils exercent une pression ou une exploitation économique des prostituées.

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE GÉNÉRALISTES		
La population générale [7]	La population générale est une catégorie vaste qui comprend l'ensemble des citoyens. Elle est parfois assimilée à «la société» ou à «l'opinion publique». Il peut aussi s'agir d'une partie de la population générale que constituent les riverains, qui côtoient les personnes prostituées dans certains quartiers.	La population générale est liée à la problématique par ses attitudes et représentations généralement négatives (stigmatisation, victimisation) vis-à-vis des prostituées. Ces représentations peuvent conduire dans certains cas à des comportements concrets d'exclusion, notamment de la part des riverains dans les quartiers où la prostitution est plus concentrée et plus visible.
Les acteurs du secteur psycho-médico-social [8, 9]	Ensemble des acteurs offrant un accompagnement médical (médecins généralistes et gynécologues en particulier), paramédical, psychologique ou social, travaillant en cabinet privé ou dans des organismes divers (Maisons médicales, Centres de planning familial, hôpitaux et cliniques, Centres de santé mentale, Centres de référence sida, etc.).	Ces acteurs sont en contact avec la population générale et peuvent donc être amenés à rencontrer des personnes prostituées, avec qui l'instauration d'une relation de confiance n'est pas toujours facile, en raison de la peur du jugement au sujet de leur activité de prostitution ou du non-respect (parfois avéré) du secret médical ou professionnel.
Les organismes de prévention IST/Sida (travaillant avec d'autres publics) [11]	Ensemble des organismes de prévention et de promotion de la santé qui s'adressent à la population générale ou à des publics spécifiques autres que les prostituées.	Des collaborations ponctuelles ou durables peuvent se mettre en place afin de renforcer la pertinence des actions à destination de groupes spécifiques de prostituées qui se trouvent à l'intersection de plusieurs problématiques (migrantes ou consommatrices de drogues par exemple) ou des clients (via la population générale). De plus, il existe des retombées positives des campagnes en population générale et les travailleurs de terrain utilisent les outils destinés au grand public.

Les acteurs politiques et administratifs [12]	<p>Acteurs des différents niveaux de pouvoir, concernés par des questions relatives à la santé en général et aux IST/Sida en particulier (prévention primaire* et secondaire*, dépistage, prise en charge psycho-médico-sociale).</p> <p>Il s'agit également de responsables politiques et administratifs en charge de questions non directement sanitaires mais qui sont liées à la problématique de la promotion de la santé parmi les prostituées (migration, ordre public, communes, intérieur, drogues, justice, emploi).</p> <p>Plusieurs niveaux de pouvoir et plusieurs compétences sont envisagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les acteurs du niveau communal ■ Les acteurs du niveau fédéral, notamment le Ministère de la Justice et l'Office des étrangers ■ Les Substituts du Procureur du Roi ■ La Région wallonne ■ La Région bruxelloise ■ La Communauté française 	<p>Au-delà des compétences sanitaires (prévention, accès aux soins) ces acteurs influencent la problématique à plusieurs niveaux : expulsion des prostituées en séjour illégal, taxation des revenus de la prostitution, contrôle et répression, débats sur le statut de l'activité (pénalisation, abolition ou protection). Le manque de coordination des acteurs politiques des différents niveaux de pouvoir est souligné dans l'analyse de situation.</p>
La police [14]	<p>Différents services de police concernés par le contrôle de la prostitution, notamment la police locale et la cellule «traite des êtres humains».</p>	<p>La prostitution visible (rue, bars) fait l'objet d'une répression par la police même si, selon les lieux et les moments, elle peut être plus ou moins tolérée. Les conditions d'exercice de la prostitution ont des conséquences directes sur la problématique : plus elle est réprimée, plus les prostituées doivent exercer dans la clandestinité et dans l'urgence et prennent des risques et moins elles sont en mesure de se défendre et de faire appel à la police en cas de danger (par exemple lorsqu'elles sont victimes de racket, de viol ou qu'elles sont témoins d'une overdose).</p>
Les médias [15]	<p>Ensemble de la presse écrite, radio, télé et Internet susceptible de diffuser des informations relatives aux IST/Sida et à la prostitution.</p>	<p>Les médias peuvent être un vecteur d'information et de prévention efficace pour toucher la population dans son ensemble. En même temps, certains médias peuvent diffuser des informations de manière inadéquate et/ou peuvent contribuer à entretenir des stéréotypes et la stigmatisation des prostituées.</p>
Les vendeurs de préservatifs [16]	<p>Distributeurs des différentes marques de préservatifs et points de vente (pharmacies, distributeurs automatiques).</p>	<p>Des collaborations existent avec des acteurs de prévention pour diminuer le prix d'achat et améliorer l'accès au préservatif.</p>
Les gestionnaires des sites Internet de rencontre	<p>Sites qui permettent des rencontres entre partenaires et qui sont en tout ou en partie consacrés à des activités de prostitution.</p>	<p>Les projets de prévention sur les sites Internet se développent progressivement mais les moyens des associations sont généralement insuffisants alors qu'il s'agit d'un phénomène en expansion.</p>
Les groupes religieux à proximité des zones de prostitution	<p>Représentants des cultes officiels, à différents échelons de la hiérarchie (pape, évêques, prêtres, imams, pasteurs, etc.). Il peut également s'agir de groupements religieux parfois considérés comme des sectes.</p>	<p>Ces acteurs ont un rôle important en ce qu'ils diffusent des normes relatives à la sexualité, à l'homosexualité, à la contraception, à la protection contre le VIH et les autres IST et au traitement. Leurs messages ont un impact sur les croyants qui font partie du public cible ou sont en contact avec ce public. Ils peuvent dans certains cas jouer un rôle de soutien pour les femmes prostituées.</p>
Les acteurs de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chercheurs dans le domaine des sciences médicales, en particulier dans le domaine des traitements anti-VIH. ■ Chercheurs en santé publique ou en sciences humaines et sociales qui travaillent sur des thématiques en lien avec la sexualité, la prostitution, les comportements de protection vis-à-vis du VIH et des autres IST, la séropositivité, les discriminations, la migration. 	<p>Ces acteurs contribuent aux avancées dans la lutte contre le Sida :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dans les disciplines médicales : recherches sur les traitements, les vaccins, etc. ■ dans le domaine des sciences humaines et sociales : meilleure compréhension des phénomènes constatés sur le terrain (conditions de vie des personnes prostituées, problèmes sanitaires et sociaux, etc.).

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LE PUBLIC CIBLE DES PROSTITUÉES FÉMININES DANS LE CADRE DES STRATÉGIES CONCERTÉES 2007-2008

Ces objectifs ont été définis au cours de l'année 2006 (Martens, Parent et al., 2006). Ils n'ont pas été actualisés à ce jour, la priorité étant la mise à jour des analyses de situations présentées dans ces cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés ici à titre de rappel. Ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

- 1) Améliorer le bien-être des prostituées féminines, en particulier la confiance en soi, l'estime de soi, l'autonomie économique et la capacité de se défendre contre l'exploitation et les violences.
- 2) Augmenter l'utilisation du préservatif et du lubrifiant à base d'eau parmi les prostituées féminines, les clients et les partenaires de la vie privée.
- 3) Diminuer la fréquence de l'utilisation des éponges et des douches vaginales et améliorer l'utilisation d'éponges adaptées dans le public cible des prostituées féminines.
- 4) Diminuer les prises de risque* liées à l'usage de drogues parmi les prostituées féminines.
- 5) Augmenter et améliorer le recours au dépistage du VIH, des IST, des hépatites B et C et du cancer du col de l'utérus et au vaccin contre l'hépatite B dans le public cible des prostituées féminines, en particulier dans les sous-groupes qui y ont le moins recours.
- 6) Améliorer l'accès aux services de soins, de prévention et de promotion de la santé pour les prostituées féminines, en rappelant et en renforçant la confidentialité.
- 7) Inverser la tendance à la pénalisation de la prostitution auprès des différents niveaux de pouvoir politique et en particulier les niveaux fédéral et communal.

SOURCES

Seules les sources ayant permis la rédaction de ce chapitre sont citées ci-dessous. Pour l'ensemble des sources ayant permis la construction de l'analyse de situation, voir le site www.strategiesconcertees.be

Espace P asbl. Rapport d'activités 2008 destiné à la Ccof. Bruxelles, 2008a.

Espace P asbl. Rapport de l'enquête sur la santé sexuelle des personnes prostituées en Communauté française. Bruxelles, 2008b.

Espace P asbl. Système législatif et pratiques policières en matière de travail sexuel en Belgique. Rapport réalisé dans le cadre du projet européen TAMPEP, 2007.

Favresse D. Sidsida – Dépistage VIH en Communauté française, période 2005-2006. Sipes, ULB-Promes, Septembre 2007.

Hubert M., Marquet J., Delchambre J.-P., Peto D., Schaut C., Van Campenhoudt L. Comportements sexuels et réactions au risque du Sida en Belgique, rapport à la Commission des communautés européennes (DG V). Centre d'études sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 1993.

Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2006.

Sidaction Pays de Liège. Données issues du car de dépistage, Liège, 2007.

L'analyse de situation systémique complète et la liste des sources utilisées pour cette analyse de situation sont accessibles sur le site www.strategiesconcertees.be moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Une présentation du processus et des éléments méthodologiques, ainsi que diverses informations en lien avec les Stratégies concertées sont également disponibles en accès libre sur le site.

Ce document fait partie d'une série de onze cahiers réunis dans un dossier présentant une synthèse des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention des IST/Sida en Communauté française :

- Cahier 0 Une analyse commune pour l'action : présentation et transversalités
- Cahier 1 La population générale
- Cahier 2 Les enfants et les jeunes
- Cahier 3 Les personnes séropositives
- Cahier 4 Les migrants
- Cahier 5 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier 6 Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier 7 Les prostituées féminines
- Cahier 8 Les prostitués masculins
- Cahier 9 Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier 10 Le public festif

Ces documents sont également disponibles sur le site Internet www.strategiesconcertees.be

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



LES ORGANISMES CONTRIBUANT AUX STRATÉGIES CONCERTÉES

Points focaux

- Plate-Forme Prévention Sida (population générale)
- Coordination Sida Assuétudes Namur, Plate-Forme Prévention Sida, Sid'action Pays de Liège (enfants et jeunes)
- Siréas (migrants)
- Ex æquo (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Modus Vivendi (usagers de drogues injecteurs et public des milieux festifs)
- Espace P (prostituées féminines)
- Service Education pour la Santé (détenus)

Partenaires du processus

De nouveaux acteurs rejoignent régulièrement le processus. Cette liste est donc évolutive.

Aide Info Sida
Alias asbl
Caw Mozaiek Adzon
Centre de prise en charge hôpital Saint-Luc
Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi
Centre de Référence Sida du CHU de Liège
CLAJ
CLPS Brabant Wallon
CLPS Bruxelles
CLPS Hainaut Occidental
CLPS Huy-Waremme
CLPS Luxembourg
CLPS Mons
Communauté française – DG Santé
Conseil supérieur de promotion de la santé
Département de Médecine Générale ULB
Dune
Echos séropos d'ici et d'ailleurs
Ecole de Santé Publique ULB
Entre 2 asbl
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial
Hôpital Saint-Pierre, Centre de Référence Sida
Hôpital Saint Pierre, service gynécologie

Hôpital Saint-Pierre, service pédiatrie
Icar
Institut Scientifique de Santé Publique
Libiki
Magenta
Maison Médicale de Bomel
Maison provinciale du mieux-être de Gembloux
Ministère de la Justice
Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)
MSF
Planning familial de Tamines
Planning familial des FPS de Namur
Projet Matongé
Projet Rousseau
Question Santé
Sensoa
Service de prévention de la ville de Mons
Service PSE de Bruxelles
Sida-IST Charleroi-Mons
SIPES-ULB
SIPES
Tels Quels
Université de Mons-Hainaut

Editeur responsable

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis – Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles.

Mise en page

Nathalie da Costa Maya
Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

Dépôt légal

D/2009/10646/1



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique