

**LA DECORPORALISATION DANS LA PRATIQUE  
PROSTITUTIONNELLE : UN OBSTACLE MAJEUR  
A L'ACCES AUX SOINS**

**Président de Thèse : Professeur Antoine LAZARUS**  
**Directrice de Thèse : Docteur Viviane BRUILLON**  
**Rapporteur de Thèse : Docteur Anne REVAH - LEVY**  
**Docteur Didier FASSIN, Membre du Jury**  
**Professeur Dominique STERIN, Membre du Jury**

**« Le trottoir, c'est la place de personne. »**

Marc, prostitué, témoignage dans « Ce qui fait débat », émission télévisée de Michel Field, avril 2001.

**« La prostitution c'est le monde des quatre misères.**

**Misère économique,  
Misère affective,  
Misère culturelle,  
Misère sexuelle.**

**Dans la prostitution, l'amour et la liberté n'existent pas.  
Il n'y a que haine, mépris, vengeance, intérêt et violence.**

**Non, la prostitution n'est pas un métier.**

**Elle est une atteinte à la dignité humaine !**

**Les individus qui affirment le contraire sont des personnes aveuglées  
par l'argent, manipulées par les proxénètes.**

**Dans la prostitution, les êtres humains sont des marchandises exploitées  
et dominées par des hommes pour des hommes.**

**Prostituée, j'ai vendu des morceaux de mon corps, mais jamais de mon  
âme.**

**Sans aide, nous ne pouvons ni les uns ni les autres nous en sortir. Nous  
aider à s'en sortir, c'est bien, mais nous aider à ne pas y entrer, c'est ça  
l'objectif.**

**VOUS, ENSEIGNANTS, TRAVAILLEURS MEDICO-SOCIAUX ET  
MILITANTS, ESSAYEZ DE COMPRENDRE CE QUE LES EXCLUS,  
LES OPPRIMES, LES REPRIMES ET LES HUMILIES NE  
PEUVENT PAS VOUS DIRE. »**

Extraits de « J'ai tourné la page » de Maldy  
Bonheur, ancienne prostituée. Editions accord,  
1994.

**« La prostitution est à la société ce que l'inceste est à la famille. »**

Docteur Jorge Barudy, psychiatre



## INTRODUCTION

Le travail présenté ici vient d'une réflexion de terrain élaborée lors de mon stage au Bus des Femmes en 1998 et 1999 dans le cadre du diplôme de Maîtrise de Sciences Sanitaires et Sociales mention Santé publique au CHU de Bicêtre.

Le Bus des Femmes est une action de santé communautaire mettant en œuvre le partenariat personnes prostituées – médecins et réalisant des actions de réduction des risques et d'information sanitaire avec et auprès des personnes prostituées.

De nombreux obstacles à l'accès aux soins de cette population sont identifiables ; ils sont de nature différente mais réalisent une synergie qui explique la persistance de problèmes et de besoins de santé chez les personnes prostituées alors qu'elles bénéficient dans la théorie du même accès aux soins que la population générale. Le déficit sanitaire concernant cette population, bien qu'elle soit très hétérogène, est mentionné dans tous les travaux qui ont été réalisés sur ce sujet, et pointé du doigt par les personnes prostituées elles-mêmes comme un problème essentiel.

Cependant, c'est toujours l'aspect « propagation des maladies vénériennes » qui prédomine dans les approches médicales et de santé publique dans ce domaine, dans la grande tradition de Parent – Duchâtelet, comme si la seule population digne d'être prise en compte et d'être protégée était celle des acheteurs de services sexuels ; c'est ainsi essentiellement l'axe « réduction des risques » qui est mis en avant dans chaque projet d'action sanitaire ou travail médical réalisé dans ce domaine.

Or il est impératif de savoir que les différentes évaluations de santé réalisées ont montré que la population des personnes prostituées est globalement bien informée sur la réduction des

risques (à part quelques sous populations, notamment celles des prostituées toxicomanes, qui ne sont bien souvent plus en mesure de contrôler cet aspect des choses, et celle des prostituées d'origine étrangères, mal informées sur la question), et que la raison la plus souvent invoquée pour justifier la possibilité de prise de risques est celle de la demande de l'acheteur pour un rapport sexuel non protégé, qu'il offre de payer plus cher (argument difficilement réfutable quand on connaît les contraintes financières qui pèsent sur la grande majorité des personnes prostituées).

Cet aspect réduction des risques occulte quasiment totalement les problèmes et besoins de santé globaux des prostituées, et notamment les problèmes de négligence corporelle en rapport avec les conséquences psychologique de la pratique de la prostitution.

Il convient de souligner ici un facteur constant et spécifique du milieu prostitutionnel (quoiqu'on puisse le retrouver dans d'autres domaines, comme celui de la toxicomanie par exemple) : l'**ambivalence**. Ambivalence des discours, des plaintes, des corps, des conduites, qui finit par provoquer des phénomènes d'usure chez les intervenants sanitaires et sociaux, pour parfois même être répercutée dans leur propre discours, la parole du soignant répétant alors la violence du milieu. Il est à noter que dans les témoignages de clients, on retrouve cette ambivalence et on peut se poser la question, en analysant leurs discours, de savoir si l'ambivalence des personnes prostituées ne reflète pas celle des acheteurs, notamment dans leur point de vue dichotomique de la sexualité (dissociation « mère - épouse » et « maîtresse – putain »), sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Cette ambivalence qui conduit à des comportements paradoxaux chez les personnes prostituées paralyse bien souvent une identification correcte des problèmes et besoins de santé dans cette population par les intervenants. Même en concevant des projets de santé en partenariat avec des personnes prostituées, on constate que la présence permanente de ce

discours ambivalent finit par perturber sérieusement le travail sanitaire et social, et provoquer des distorsions dans l'identification des facteurs de causalité ou des étiologies de ces problèmes, aboutissant ainsi à des cercles vicieux, des solutions inadaptées parce que souvent ne traitant que des symptômes et non de l'origine de ces symptômes et à la pérennisation de la souffrance originelle de ces personnes prostituées.

Il est à souligner ici que des solutions adaptées sont évidemment coûteuses en temps, en argent et en efforts, étant donné l'ampleur des problèmes sociaux rencontrés.

La politique publique de la France concernant la prostitution est l'abolitionnisme, depuis la ratification en 1960 de la Convention Internationale pour la répression de la Traite des Etres Humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui datant de 1949.

La mise en œuvre des mesures prévues dans le cadre abolitionniste n'a jamais été réellement effective ; un récent rapport du Sénat (mars 2000), réalisé par la Délégation aux Droits des Femmes sous la direction de Dinah Derycke souligne la pauvreté des structures institutionnelles prévues initialement (les SPRS, Services de Prévention et de réinsertion Sociale) et leur fonctionnement très limité, et le fait que depuis 40 ans , l'Etat français se repose essentiellement sur les associations de terrain travaillant spécifiquement dans ce domaine (voir en Annexe 2 les recommandations de cette délégation).

Ces associations de terrain se divisent en deux camps radicalement opposés : les abolitionnistes et les réglementaristes. Nous rappelons ici brièvement ces différents systèmes appliqués par les pays en matière de prostitution, afin de faciliter la compréhension des problèmes de terrain qui se posent à l'heure actuelle et leurs répercussions dans les sphères décisionnelles, ainsi que les enjeux à long terme.

*Il existe trois régimes légaux concernant la prostitution :*

- **le prohibitionnisme** : considère la prostitution comme un délit. Il l'interdit et exerce une répression contre les personnes qui s'y livrent, l'organisent et l'exploitent. Personne prostituée, proxénète et client sont considérés comme délinquants et passibles de poursuites (en vigueur dans certains Etats américains).
- **le réglementarisme** : considère la prostitution comme un « mal nécessaire » qu'il convient de canaliser et de contrôler, une sorte de « service public » soumis à des règles : quartiers réservés, maisons - closes ou éros - centers, registres et fichiers de police, surveillance médicale de personnes prostituées. Cette activité s'exerce alors sous le contrôle de la police et des municipalités (Allemagne, Pays-Bas).
- **l'abolitionnisme** : vise l'abolition de toute réglementation (maisons - closes, registres et fichiers de police et sanitaires, surveillance médicale de personnes prostituées). Il interdit et réprime l'organisation et l'exploitation de la prostitution, c'est-à-dire les différentes manifestations du proxénétisme.

Les approches de terrain en matière de santé changent radicalement selon le système choisi par chaque association : les abolitionnistes privilégient la réinsertion et tentent de développer la prévention, tandis que les réglementaristes se focalisent sur la réduction des risques quasi exclusivement.

Une certaine fraction de ces associations réglementaristes, dont une partie travaille de façon dite communautaire avec des personnes prostituées, souligne les problèmes de santé rencontrés chez ces dernières et en fait un argument non plus pour réclamer des droits à une couverture sociale et à une retraite mais pour demander la professionnalisation de la prostitution, qui, selon elle, serait le seul moyen de résoudre la question de l'accès aux soins pour ces personnes en leur permettant d'exercer leur activité dans de « bonnes conditions »,

avec une hygiène correcte et une possibilité de se « déstigmatiser » socialement en devenant une « bonne professionnelle » soucieuse de la santé de ses clients au travers de la sienne.

Les obstacles à l'accès aux soins sont donc recensés de façon différente selon le type d'approche choisi, avec une partie commune recensant:

- Une connaissance en matière de santé limitée à la réduction des risques face aux MST, avec une méconnaissance importante de tous les autres types de problèmes de santé liée la plupart du temps à une fréquentation des structures de soins et des médecins plus que réduite, situation encore aggravée lorsque les personnes prostituées sont d'origine étrangère et maîtrisent mal la langue française, ou viennent de pays en guerre ou dans un état de misère économique importante, ce qui grève leur niveau d'éducation en santé de base.
- Une méfiance vis-à-vis du corps médical, d'une part d'origine historique, liée aux contrôles d'hygiène, aux fichiers sanitaires et aux discours médicaux stigmatisants dans la tradition Parent - Duchâtelet (stéréotype de la prostituée vicieuse, perverse, porteuse de maladie mentale et de menace vénérienne) qui conduisent à voir les institutions médico - sociales comme des instances de contrôle répressives (le Docteur Brunet (14) précise : « Entre 1945 et 1960, nous sommes dans un régime mixte. On abandonne le dispositif réglementariste à la fois sanitaire et policier, en le remplaçant par la création du fichier médico - social de la prostitution. En fait, il s'agit d'un transfert de responsabilités (le fichier précédent étant tenu par la police) vers le système médico - social), d'autre part liée à l'aspect institutionnel des structures de santé et enfin à la manière dont les médecins de sexe masculin vont gérer la relation médecin - patient sur laquelle nous reviendrons

ultérieurement (beaucoup de personnes prostituées préfèrent consulter un médecin de sexe féminin qu'un médecin de sexe masculin).

- Une stigmatisation sociale persistante, basée sur l'exclusion de ces personnes prostituées sur lesquelles reposent la satisfaction de désirs présentés comme occultes et obscurs donc vus comme honteux et méprisables. On appelle souvent la prostitution un « mal nécessaire », arguant de cette manière qu'on ne peut s'en passer car elle répond à des besoins, mais qu'elle n'est pas un des aspects les plus « reluisants » des activités humaines. C'est principalement sur le problème de la stigmatisation sociale, qui est bien réelle, que s'appuient les réglementaristes pour démontrer que c'est un obstacle important à l'accès aux soins, et que si on professionnalisait la prostitution, pour en quelque sorte la rendre convenable et « propre », cet obstacle disparaîtrait.
- Des problèmes de ressources financières, soit que la personne prostituée ait un proxénète qui lui prenne une partie de l'argent gagné, soit qu'elle ait des charges familiales nécessitant un entretien financier (enfants le plus souvent, parents, fratrie, ou pour les personnes immigrées, famille restée au pays), soit qu'elle ait besoin d'argent pour subvenir aux frais d'une addiction (alcool, drogue, médicaments psychotropes) ; de plus, l'argent gagné par le moyen de la prostitution n'est pas toujours géré sous sa valeur financière, mais peut avoir une valeur symbolique négative dans beaucoup de cas (le fameux « argent sale » qui « brûle les doigts »), notion sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. La Couverture Maladie Universelle, récemment mise en place, ainsi que l'existence de structures sanitaires de dépistage gratuit, et toutes les autres possibilités d'ouverture de droits pour les personnes en difficulté financière sont accessibles aux personnes prostituées, mais beaucoup n'en sont pas informées ou ne souhaitent pas en

bénéficier par peur de contrôles ou de surveillance si l'on en vient à connaître leur source de revenus.

- Une formation des professionnels soignants et professionnels sociaux largement insuffisante, voire inexistante quand aux problèmes sanitaires et sociaux spécifiques aux personnes prostituées, ainsi qu'une lacune en matière de communication adaptée, tant dans le discours technique que dans la prise en charge relationnelle en rapport avec le mode de vie de ces personnes : horaires variables, observance incomplète ou fantaisiste, contraintes financières et sociales, barrière linguistique, incompatibilité de certains suivis ou traitements avec la contrainte prostitutionnelle, intrications extrêmement complexe des problèmes sociaux et sanitaires formant un cercle vicieux et s'auto - induisant les uns les autres... Cette barrière relationnelle renforce les personnes prostituées dans leur méfiance et leur éloignement des structures sociales et sanitaires qui pourraient les aider.

D'autres obstacles moins importants sont également mentionnés dans certains travaux. Cependant, une constante retrouvée dans toutes les études sur ce sujet est très rarement mentionnée, alors qu'elle apparaît comme avoir un rôle majeur en tant qu'obstacle à l'accès aux soins, et paraît précéder ou dominer tous les autres obstacles cités plus haut : il s'agit de l'ensemble des atteintes du schéma corporel, conséquence directe de la pratique prostitutionnelle, associée à une dissociation de l'image corporelle en deux parties, que nous appellerons dans ce travail la **décorporalisation** (qui nous semble différente de la décorporéisation) et qui finit par entraîner une négligence extrême vis-à-vis du corps des personnes prostituées, expliquant leur faible recours effectif aux soins qui leur sont pourtant matériellement et techniquement accessibles.

C'est l'état de santé physique et psychique très préoccupant de ces personnes prostituées ainsi que l'absence d'une réflexion approfondie sur l'identification des causes de ce problème par les intervenants de terrain et les experts, notamment sur les causes incriminant des déficits de politiques sociales et de positionnement éthique qui nous ont interpellé et amené à nous pencher sur cet aspect des choses.

La prostitution est une réalité qui dérange et provoque des réactions négatives de la part de l'ensemble de la population: ironie, cynisme, mépris, dégoût, fascination – répulsion, rejet, gauloiseries fortement teintée d'ignorance majeure,...

Nous ne devons pas nous cacher le fait qu'un grand nombre de consommateurs se trouvent également parmi les politiciens et les législateurs (la prostitution locale avoisinant les lieux où se tiennent des réunions regroupant des politiciens double lorsque ces commissions sont en activité ; témoignage de Marianne Erikson, députée européenne).

Le recours à la prostitution est légitimé par le discours social comme un « pis – aller » qui permettrait d'éviter de nombreuses violences sexuelles (incestes, pédophilie, viols), de maintenir l'ordre social en contenant les penchants les plus dangereux du citoyen de sexe masculin ordinaire, de pallier à la carence de solutions thérapeutiques efficaces puisque ces hommes ne sont pas vraiment malades ; ce discours considère l'être humain de sexe masculin comme physiologiquement incontrôlable sur le plan sexuel, doté de comportements et d'instincts primitifs irrépressibles.

Il considère également la prostituée comme une personne « formatée » pour l'exercice d'une sous – sexualité palliative, bien à sa place parce qu'elle ne sait faire que cela ; ce système

arrange l'ensemble de la population (hommes aux besoins sexuels irrépessibles, femmes qui ne veulent pas se soumettre à certaines pratiques sexuelles, potentielles victimes préservées de violences sexuelles) et les différentes composantes institutionnelles (système juridique désencombré des procédures pour violences sexuelles, système médical qui n'a pas à se poser la question de proposer des solutions thérapeutiques adaptées pour la population consommatrice qui se plaint de désordres sexuels divers et variés, système politique qui y voit une « soupape de sécurité » et un moyen de maintien de l'ordre social, système économique qui profite du marché sexuel via les impôts et le fabuleux essor des revenus de l'industrie du sexe,...).

C'est cette inertie devant une réalité cruelle et grave, et ce discours sacrificiel (on sacrifie une sous – partie de la population à l'intérêt général) connoté d'économisme utilitariste qui nous sont profondément apparus comme choquants et intolérables pour notre position de médecin, qui demande que nous soyons capables de soigner et guérir correctement toute personne, et donc d'identifier tout processus pervers conduisant à un état de santé que nous ne pouvons améliorer ainsi que de réfléchir à des propositions concrètes et adaptées permettant d'éliminer ces processus pervers.

C'est pourquoi ce travail se présente comme une synthèse multi – disciplinaire (sémiologie clinique organique, psychiatrique, abord psychanalytique, aspects sociaux et économiques, réflexion de santé publique et politique) basée sur des observations de terrain complétées par une revue de la littérature professionnelle et des témoignages de survivantes de la prostitution (ainsi qu'elles se définissent elles – même), afin d'essayer d'appréhender au mieux (mais de façon bien sûr incomplète, aucun travail sur un sujet aussi vaste et complexe ne pouvant se prétendre exhaustif) les différentes causalités et conséquences du phénomène prostitutionnel,

et de proposer des possibilités de solutions concrètes adaptées à la pratique clinique de tout intervenant de terrain dont la devise devrait reprendre celle des médecins : « Primum non nocere ».

**L'hypothèse principale de ce travail est que le mauvais état de santé physique et psychique des personnes prostituées dépend non pas de l'amélioration de leur accès aux soins par des modifications structurelles (accueil, structures spécialisées, formation des intervenants,...) ou des modifications de stratégies de sensibilisation et de promotion de la santé, pas plus que de modifications « techniques » (conditions de situation prostitutionnelle, spécificités de matériel de réduction des risques,...), mais de l'identification et de la prise en compte de la cause profonde de l'auto – négligence corporelle présenté par cette population conduisant au non recours au système de santé existant. Plus brièvement, la question est : pourquoi ne se font – elles pas soigner alors qu'elles le pourraient ?**

**Notre théorie est que ce phénomène est provoqué par la présence de troubles de la conscience de soi et du vécu corporel que nous appellerons décorporalisation, troubles générés par la situation prostitutionnelle elle – même (c'est – à – dire l'acte sexuel contre de l'argent, effectué de manière répétée et régulière), et non par les conditions dans lesquelles cette situation se déroule.**

Nous nous proposons de montrer dans un premier temps de quelle façon se manifeste cette décorporalisation, ainsi que ses rapports avec la *psyché* et le *soma* des personnes prostituées. Ce phénomène de décorporalisation n'est pas spécifique de la prostitution (on le retrouve chez les toxicomanes et les clochards, comme nous l'expliquerons ultérieurement), et pourrait se rapprocher de certains états *borderline* décrits dans certaines psychoses ou dans les

conséquences de violences sexuelles sur enfants. Il induit des processus que l'on peut qualifier de schizoïdes, dans le sens étymologique du terme, à savoir qu'un véritable clivage (coupure ou dissociation) de la personnalité se produit inévitablement chez la majeure partie des personnes prostituées au bout d'un certain temps de pratique prostitutionnelle.

Il nous semble important d'insister sur le fait que le milieu de la prostitution est un milieu extrêmement chaotique et déstructuré, où des repères permettant une certaine stabilité psychologique sont difficilement identifiables ; c'est donc un milieu induisant une confusion de pensée et de comportements. L'identification claire de symptômes psychiatriques se rattachant à des syndromes définis et pouvant se classer de façon précise est donc extrêmement difficile, d'autant plus que , comme l'ont montré certains auteurs ayant travaillé sur la santé mentale dans le contexte de l'exclusion et de la précarité (62), ou sur les phénomènes de toxicomanie et de clochardisation (29), **causalité et conséquences des phénomènes psychiatriques observés ne suivent pas un schéma linéaire mais circulaire.**

Faire la part des choses et distinguer clairement ce qui est la cause de ce qui est la conséquence se révèle donc un travail ardu, que nous avons essayé de réaliser au mieux, mais que nous proposons à ce jour plus comme pistes de réflexion et d'action que comme production nosographique et thérapeutique définitive. Nous souhaiterions d'ailleurs que ce travail de synthèse préliminaire soit complété pour ses aspects les plus complexes par des spécialistes des différents domaines abordés, et notamment des psychiatres et des psychanalystes.

Dans un deuxième temps, nous montrerons qu'un système de défense psychique complexe est élaboré face à ce phénomène de décorporalisation, qui aboutit à la production d'un discours

ambivalent à l'extrême, ainsi qu'une banalisation voire un déni complet des processus observés chez les personnes prostituées et les intervenants travaillant auprès d'elles.

Il nous paraît ensuite essentiel de réappuyer le lien avec les effractions corporelles à caractère sexuel, c'est-à-dire l'inceste, la pédophilie et le viol, ceci pour deux raisons : la première est la constante liaison qui a été démontrée à de nombreuses reprises par plusieurs auteurs (et ce, dans différents pays) entre antécédents de violences sexuelles, essentiellement survenues dans l'enfance mais également à l'âge adulte, et entrée dans la prostitution ; la seconde est l'analogie flagrante entre les conséquences psychiques (et notamment la survenue du phénomène de décorporalisation) des violences sexuelles et celles de la pratique prostitutionnelle. Ce lien, bien que démontré, n'a jamais été sérieusement exploité dans la mise en place de mesures sanitaires (thérapies, prévention, structures de prise en charge) jusqu'à présent, et semble être l'objet du même tabou que les effractions corporelles sus-mentionnées, et dans le discours et dans la pratique.

C'est de ce tabou dont il sera ensuite question, abordé sous l'aspect pratique de sa place dans le discours des professionnels sanitaires et sociaux, ainsi que dans celui des intervenants dans le domaine de la santé communautaire ; les distorsions comportementales et politiques (en matière de prise de décision concernant les stratégies sanitaires et sociales) qui s'ensuivent seront également présentées et commentées.

Ce tabou est également présent dans le discours populaire, et il apparaît une très forte réticence de l'ensemble des personnes qui s'autorisent à discourir sur les sujets de l'inceste et de la pédophilie comme phénomènes intolérables et à éradiquer, à condamner la prostitution comme système d'exploitation et de reconversion des victimes profitable à tous ; le prétexte que des personnes adultes soient consentantes à cette forme de destruction d'apparence

sacrificielle est souvent invoqué et appuyé, même lorsqu'on signale les antécédents particulièrement effroyables des personnes prostituées pour lesquelles on s'interroge sur la notion de choix et de liberté dont elles sont censées disposer.

Les conséquences sur le plan de la santé du phénomène de décorporalisation et du discours ambivalent des personnes prostituées et des intervenants seront ensuite démontrées comme constituant l'obstacle majeur et principal à l'accès aux soins, induisant tous les autres et donc devant faire l'objet de l'attention de tout projet de promotion de la santé auprès des personnes prostituées, afin de ne pas buter sur cet écueil et compromettre la réussite de ces projets.

Pour finir, un ensemble de propositions et de recommandations sera présenté afin de permettre la constitution de bonnes pratiques en matière d'intervention sanitaire et sociale auprès des personnes prostituées, tenant compte de tous les travaux déjà réalisés sur la question mais non encore mis en pratique de façon complète, et surtout des liens existant entre terrain psychiatrique et entrée dans la prostitution permettant de mieux faire face à l'ambivalence à laquelle sera exposée tout intervenant dans ce domaine. Encore une fois, ces bonnes pratiques seront à compléter et à affiner dans les temps qui viennent par l'apport d'autres travaux approfondis dont nous souhaitons qu'ils puissent être réalisés par des personnes compétentes s'intéressant de plus près à un sujet fortement émergent dans l'actualité et les préoccupations politiques récentes.

## **METHODOLOGIE - TERMINOLOGIE**

### **1) Méthodologie**

La méthodologie utilisée pour réaliser ce travail comporte :

- Une revue minutieuse (bien que non exhaustive) de la bibliographie concernant le sujet, comprenant des articles, des ouvrages et des Thèses de Médecine Générale, de Psychiatrie, de Santé publique et de Psychologie.

- L'expérience acquise pendant les deux ans de stage au « Bus des Femmes », durant laquelle de nombreuses personnes prostituées ont été entendues et consultées, bien que l'enregistrement de ces échanges n'ait pas été possible en raison du contexte défavorable (bus non équipé, pas de lieu réel d'isolement, pas de possibilité de rendez-vous pour un enregistrement, contexte d'urgence et de précarité des échanges).

Cette expérience a permis de récolter des données sur l'état de santé des personnes prostituées, aussi bien dans le champ somatique que psychiatrique ; cependant, l'impossibilité d'entretiens privés n'a pas permis de recueillir des biographies de la vie de ces personnes, afin de mettre en rapport leurs antécédents familiaux et personnels avec la clinique.

- La rencontre au cours d'interventions publiques, de colloques, de débats et de séminaires, d'anciennes personnes prostituées qui venaient témoigner des conséquences psychiques et physiques dont elles avaient souffert lors de leur passage en situation prostitutionnelle.
- La compilation de témoignages de personnes prostituées, rapportés dans les Thèses et les travaux suivants (nombre de témoignages détaillés entre parenthèses) :

- Brogonzoli Alvarez Caroline, « De l'inceste à la prostitution : la faute originelle ? » (7 cas).
- Dubol Viviane, « La prostitution comme symptôme de vie « effet-mère », (25 cas).
- Dubol Viviane, « Compte-rendu du cas de Fanny » (1 cas).
- Nicolas Pascale, « Folles femmes : contribution à l'étude de la prostitution féminine » (3 cas).
- Wyart Jean-Louis, « La prostitution féminine, hypothèses et commentaires : à propos de 54 cas », (1 cas).

Et ceux publiés dans les ouvrages suivants :

- Arcan Nelly, « Putain », (autobiographie).
- Bonheur Maldy, « J'ai tourné la page » (poèmes, textes et dessins sur son expérience de la prostitution).
- Castioni Nicole, « Le soleil au bout de la nuit » (autobiographie).
- Chaleil Max, « Le corps prostitué, le sexe dévorant », (nombreuses citations de personnes prostituées).
- Charlemagne Sandrine, « A corps perdus » (autobiographie).
- Coquart Elizabeth, Huet Philippe, « Le livre noir de la prostitution » (plusieurs témoignages).
- Marin Maud, « Le saut de l'ange » (autobiographie).
- Thomas Eva, « Le sang des mots » (témoignages).
- Welzer-Lang Daniel, « Les uns, les unes, les autres » (plusieurs témoignages).

Ainsi que dans deux films réalisés sur le sujet de la prostitution :

- Bétrémieux Bernard, « Clients de la prostitution » (5 témoignages de prostituées).
- Carré Jean-Michel, « Les clients des prostituées » (1 témoignage de prostituée, 4 témoignages de clients).
- Ces travaux et recherches ont été complétés par ceux d'autres auteurs intervenant dans des situations produisant des phénomènes très analogues à ceux que nous avons rencontrés : situation de toxicomanie, de clochardisation, de perturbations de la santé mentale dans les contextes d'exclusion sociale et de précarité.

Il ne nous a pas paru utile dans le présent travail de donner des témoignages détaillés dans la mesure où notre propre expérience au « Bus des Femmes » et les témoignages rapportés par des personnes prostituées ou survivantes de la prostitution soit sous forme autobiographique, soit dans des travaux ou ouvrages d'intervenants ou de chercheurs sont concordants et se recourent pour la majorité des faits et des sentiments vécus.

Rapporter de nouveaux cas serait donc redondant par rapport à ce qui a déjà été réalisé et n'apporterait pas grand chose de nouveau, ni en terme de clinique somatique, ni en terme de clinique psychiatrique.

Il nous a paru plus intéressant de réaliser une synthèse de ces témoignages et des travaux déjà réalisés intégrant nos propres constats afin d'en tirer des conclusions qui puissent servir de façon concrète en matière de stratégie sanitaire et sociale concernant les personnes prostituées.

Ce travail présente donc une hypothèse de recherche basée sur un constat clinique effectué sur la population étudiée (la file active du Bus des Femmes est d'environ 300 personnes sur une année) durant les deux années 1997 - 1998, étayée par une revue de littérature aussi complète

que possible sur le sujet, comprenant notamment des travaux de médecins (généralistes, psychiatres, santé publique), de psychologues, de travailleurs sociaux et de sociologues, ainsi que les nombreux témoignages qu'ils ont retranscrits, et des témoignages directs de personnes par le biais d'autobiographies.

## 2) Terminologie

La terminologie qui sera employée dans ce travail demande à être déterminée de manière précise, afin de ne pas introduire de confusion et de mélanges, la principale entité dénommée « décorporalisation » n'ayant pas encore été décrite jusqu'ici et ce terme étant introduit pour la première fois dans notre travail. Encore une fois, ce travail ne se veut pas une étude sémiologique psychiatrique précise et élaborée, mais une présentation de pistes appartenant au champ psychiatrique, qui resteront à définir et déterminer de façon plus approfondie et spécialisée (nous faisons appel ici à toute bonne volonté ou professionnels des domaines psychiatrique et psychologique qui seraient intéressés par un travail sur ce sujet), et qui resteront pour le moment dans ce travail de simples supports d'orientation pour aider le clinicien somaticien à intervenir sur ces dysfonctionnements.

On trouve dans les termes de la sémiologie psychiatrique différentes définitions correspondant aux symptômes touchant les perceptions sensorielles, qui nous intéressent plus particulièrement ici ; les définitions suivantes sont extraites du « Précis de sémiologie des troubles psychiques » des docteurs Tribolet et Shahidi (100) :

➤ **Troubles des perceptions :**

- Agnosie : se retrouve lorsque la perception est abolie, et correspond plus précisément à un trouble de l'identification des perceptions, par exemple : surdité ou cécité psychiques.

➤ **Troubles de la conscience de soi et du vécu corporel :**

- Troubles du schéma corporel :

- Asomatognosie ou hémiasomatognosie : parfois consciente, la malade peut alors indiquer que la perception d'un hémicorps est perdue ou anormale. Plus souvent inconsciente, le malade se comporte alors comme si tout un hémicorps n'existait plus ; il ne reconnaît pas les segments corporels comme lui appartenant.

- Asymbolie à la douleur : réaction insuffisante, absente ou inappropriée aux stimuli nocifs. Alors que les sensations élémentaires sont normales, le comportement du patient révèle qu'il n'attache aucune signification aux stimulations douloureuses.

- Dépersonnalisation :

Trouble de la conscience de soi caractérisé par le sentiment de n'être pas soi – même. Ce vécu angoissant et pénible peut concerner sa propre intégrité psychique (désanimation), corporelle (désincarnation), ou constituer une perte du sentiment de réalité et de familiarité (déréalisation). Ces trois types de dépersonnalisation sont souvent étroitement intriqués et liés au sentiment d'irréalité de soi – même.

Ce trouble de la conscience de soi est souvent décrit par le patient de façon métaphorique ou analogique (« Comme si », « Sentiment ou impression de »).

Il ne s'agit pas d'un syndrome délirant : le dépersonnalisé est lucide, il vit cette expérience ineffable dans un état d'angoisse, de ressenti pénible. Il a conscience de son trouble ; seule la qualité de sa perception est perturbée.

- Déréalisation : elle comprend les symptômes suivants :
  - Perte des sentiments de réalité et de familiarité.
  - Sentiments de séparation, d'éloignement, d'étrangeté de la réalité.
  - Choses paraissant artificielles, factices.
  - Personnes perçues comme bizarres, déformées, étranges par leur taille ou tout autre caractère.
  - Modifications des rapports dans l'espace et l'orientation :
    - Sentiment que les objets perdent leurs rapports réciproques.
    - Sentiment d'être perdu dans l'espace.
    - Impression de ne plus rien reconnaître.
  - Sentiment d'une perturbation dans la perception subjective du temps :
    - Perte de la sensation du temps qui s'écoule (le temps est figé).
    - Sentiment de ne plus vivre au rythme du monde.
  - Sentiments de déjà vu, déjà vécu, déjà entendu, illusions de fausses reconnaissances.
  - Sentiment de n'avoir jamais vécu une situation familière.
- Désanimation :

- Sentiment d'étrangeté de soi :
  - Sentiment de ne plus être soi – même.
  - Sentiment de perdre sa personnalité, son identité, de se transformer en autre que soi.
- Sentiment de transformation de soi :
  - Sentiment de vide intérieur.
  - Sentiment d'automatisme, de perte de la volonté, de perte de sa propre liberté, de gêne, d'indécision dans l'action.
  - Sentiment d'irréalité des souvenirs, des idées.
  - Sentiment de transformation de l'affectivité, de dévalorisation.
- Sentiment de dédoublement :
  - Sentiment d'être spectateur de soi – même.
  - Proximité sémiologique avec l'héautoscopie (hallucination du double), l'automatisme mental.
- Sentiment du néant, d'anéantissement psychique :
  - Impression d'être à la fois mort et vivant.
  - Sentiment de vide, d'une baisse de l'intensité de la vie, d'une perte de l'énergie vitale.
- Désincarnation ou décorporéisation :
  - Sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle :
    - Sensation d'une pesanteur majorée de son corps propre ou au contraire d'être immatériel, sans poids.
    - Sensation de modifications de densité, de volume (corps dilaté ou rétréci) ou de forme de son corps.

Sensation d'une séparation entre la personne et son enveloppe corporelle (« Je flotte dans moi »).

- Localisation prédominantes de l'éprouvé :

Cœur : « Il ne bat plus, il est rétréci ».

Cerveau : « Il est changé, vide, éclaté ».

Intestins : « Ils sont noués, bouchés, rétrécis ».

Visages et regard : le visage n'est plus reconnu dans le miroir.

- A minima : sensation de vertige, fatigue, épuisement.

Il est important de préciser que la décorporéisation se distingue de l'hypochondrie et de la cénestopathie dans lesquelles il n'y a pas de doute de l'existence de son corps, de ses limites, de son appartenance, ainsi que du délire de négation (ou syndrome de Cotard) dans lequel le patient vit sans angoisse dans un état de mort éprouvé, et de l'asomatognosie qui est en rapport avec des atteintes cérébrales organiques.

• Vécu dissociatif :

Syndrome de dissociation relevant de la perte de l'unité du Moi, qui s'éprouve alors comme scindé, divisé, disloqué, et non plus comme instance unificatrice de la personne. Ce syndrome est souvent à l'origine d'une angoisse dite de morcellement, pouvant se révéler par la dépersonnalisation.

Dans ce cas, l'angoisse de séparation, de néantisation, de morcellement est particulièrement intense et peut conduire à des gestes et des attitudes témoignant du vécu morcelé, comme par exemple les longues stations devant la glace (signe du miroir) où la vision de son image dans le miroir a valeur de réassurance confirmant d'une certaine façon son unité perdue.

De la même façon, le doute sur la cohésion des limites corporelles, l'impression de transformation de parties de son corps sont à l'origine de vérifications itératives par la vue, le palpé, ou la demande de réassurance par un tiers.

Nous nous intéresserons également à certains symptômes concernant l'éprouvé temporel, qui interviennent dans les constats cliniques que nous avons opérés sur le terrain et retrouvés dans les différents témoignages pré – cités, dont nous redonnons les définitions ici, toujours tirées du même ouvrage (100).

➤ **Troubles de l'éprouvé temporel**

- *Temps figé*: immobilisation du temps dans une désorganisation complète des rapports temporo – spatiaux ; malgré la négation du temps écoulé durant la maladie et l'incapacité à se projeter dans le futur, il existe une possibilité de prise de conscience de temps partiels. Le temps figé est un temps discordant : cette schizochronie ou discordance temporelle est liée au vécu de morcellement des rapports du sujet et du monde caractéristique du syndrome dissociatif.
- *Défaut de projection dans l'avenir*: présence douloureuse du passé, pessimisme de l'avenir et omniprésence de la douleur morale dans le syndrome dépressif.
- *Immédiateté*: difficulté, voire impossibilité de différer toute représentation psychique, impossibilité de repousser dans l'avenir ou de faire jouer l'expérience du passé. Caractéristique de la personnalité psychopathique. Cette personnalité pathologique se manifeste par la fréquence de passages à l'acte agressifs, l'impulsivité en rapport avec l'impossibilité de différer toutes demandes associées à une intolérance aux frustrations.

Il nous apparaît également comme important de présenter les définitions précises du syndrome dissociatif et du syndrome de conversion auxquelles nous ferons appel de façon ultérieure.

➤ **Le syndrome dissociatif**

- Contact dissociatif: il comporte les bizarreries, l'hermétisme et le détachement qui ne nous intéressent pas dans ce contexte ; par contre, *l'ambivalence* est une caractéristique dominante dans le contact avec les personnes prostituées. Elle se définit par l'existence simultanée d'états psychologiques contradictoires. Elle concerne autant les registres intellectuel, affectif (aimer et haïr en même temps) et comportemental (vouloir et ne pas vouloir : ambivalence). Les choix, les sentiments, les jugements ne peuvent se préciser, se synthétiser dans une unité nécessaire à l'action volontaire. Le comportement reste hésitant, paradoxal, bizarre, incompréhensible.
  
- Dissociation au niveau du registre intellectuel: nous ne la détaillerons pas car les éléments la constituant ne figurent pas dans les constats cliniques psychiatriques opérés dans le domaine qui nous concerne ici.
  
- Dissociation au niveau du registre instinctivo – affectif: comporte les troubles affectifs, qui ne concernent pas notre sujet, et les troubles des émotions et des sentiments, parmi lesquels nous retiendrons les définitions de :

- *Ambivalence affective* : attitude affective comportant simultanément, à l'égard d'un même objet, l'émergence de tendances ou sentiments contradictoires de haine et d'amour, de crainte et de désir, de fuite et de recherche. Possibilité d'aimer et de haïr en même temps et intensément un même objet.
- *Régressions instinctivo – affectives* : perturbations de la vie sexuelle (« C'est l'infinie diversité des phases de développement libidinal qui s'étale », H. Ey). Fixations auto – érotiques et narcissiques, projections homosexuelles, fixations incestueuses,...
- *Altération des relations sociales, familiales et sexuelles* : liée à l'ambivalence affective, l'impénétrabilité des émotions et sentiments, l'indifférence affective. L'efficacité sociale est diminuée, voire abolie.
- *Dissociation au niveau du registre comportemental : la discordance* : comporte un certain nombre d'éléments qui nous intéressent dans le cadre de notre étude :
  - *Discordance* : souvent employée comme synonyme de « dissociation », elle est caractérisée par une incompatibilité entre les idées, les sentiments et les actes, donnant un aspect de contradiction, de paradoxe, d'incohérence.
  - *Bizarries comportementales* : si l'on retrouve bien chez les personnes prostituées des conduites contradictoires et des comportements ambigus, par contre une indifférence aux valeurs et normes morales et sociales pose question : cette caractéristique comportementale souvent décrite par les auteurs et le discours populaire (« Fille de mauvaise vie », « Vicieuse », « Fille facile », « Fille de mœurs légères »,...) apparaît sous un examen

approfondi comme le contraire du ressenti des personnes prostituées qui comporte des sentiments de honte, de culpabilité, de dégoût de soi – même, d’auto – dévalorisation. On pourrait décrire cela comme une « *pseudo – indifférence aux valeurs et normes morales* ».

➤ **Le syndrome de conversion**

« S’il a été historiquement et classiquement rattaché au cadre diagnostique de l’hystérie, le syndrome de conversion peut cependant s’observer en dehors de la névrose hystérique proprement dite. Les nouvelles nosographies rattachent ce syndrome à un ensemble de troubles appelés somatoformes caractérisés par « la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale mais qui ne peuvent s’expliquer complètement ni par une affection médicale générale ni par un autre trouble mental ». Ces nouvelles classifications psychiatriques ne distinguent plus la névrose hystérique comme entité pathologique mais la dissocient en troubles somatoformes, dont le syndrome de conversion, personnalité histrionique, syndrome de Ganser et troubles dissociatifs. » (100).

Les caractéristiques communes des symptômes de conversion comprennent :

- Absence d’atteinte organique : les examens paracliniques sont négatifs.
- Absence de systématisation anatomo – physiologique : les symptômes n’obéissent pas aux lois de l’anatomie, de la physiologie, de la pathologie. Ils ne sont pas associés aux signes physiques qu’on pourrait attendre.

- Troubles ne concernant que la vie de relation : les symptômes prédominent au niveau des organes permettant la relation : les fonctions concernées sont la motricité, la sensibilité, l'activité sensorielle, la phonation,...
- Absence de contrôle volontaire du sujet : les troubles existent réellement malgré l'absence de fondement organique. Il ne s'agit pas d'une simulation.
- Peu d'angoisse accompagne le discours sur les symptômes : cette distance est appelée « la belle indifférence ».
- Retentissement fonctionnel : il est souvent disproportionné en regard de l'atteinte. Les *bénéfices secondaires* sont importants ; ces bénéfices sont en rapport avec la situation du malade et les nouveaux rapports instaurés avec le milieu. Les *bénéfices primaires* de la maladie existent aussi et résultent du soulagement apporté à une tension par le symptôme même.
- Suggestibilité : elle n'a pas été retrouvée dans le domaine qui nous occupe.

Il est à noter ici que les manifestations aiguës de la conversion comportent entre autre la possibilité d'une expérience de dépersonnalisation qui peut alors s'intégrer au syndrome de conversion en phase d'acutisation plus qu'à un syndrome dissociatif vrai.

Les manifestations durables de la conversion comporte plusieurs symptômes, parmi lesquels nous retiendrons dans les *manifestations sensibles*, l'existence d'anesthésies : selon la définition, les anesthésies du syndrome de conversion peuvent être totales ou localisées, superficielles ou profondes, complètes ou non, parfois symétriques avec une distribution

fantaisiste, voire un transfert des troubles d'un côté à l'autre. Elles ne répondent pas à une distribution anatomo – physiologique, leur topographie est parfois très imagée. Ces hypoesthésies ou anesthésies, souvent globales, concernent la sensibilité au tact et à la chaleur.

## LA DECORPORALISATION DANS LA PRATIQUE PROSTITUTIONNELLE

Proposons tout d'abord une définition de ce terme de **décorporalisation**, qui n'existe pas dans la sémiologie psychiatrique actuelle : il se rapporte aux notions d'image et de schéma corporels telles qu'elles sont énoncées dans l'œuvre de Françoise Dolto, notamment dans son ouvrage « L'image inconsciente du corps » (33).

Elle définit **l'image corporelle** comme le médiateur spécifique des trois instances psychiques (Ça, Moi et Surmoi) dans les représentations allégoriques que fournit le sujet ; elle est propre à chaque individu et à son histoire.

Cette image du corps « est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant.[...] *L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets.* Elle peut se rendre indépendante du schéma corporel. Elle s'y articule par le narcissisme, originé dans la charnalisation du sujet à la conception. *L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.* » (33)

C'est à la fois le creuset d'une mémoire inconsciente et une mémoire en devenir, une matrice à partir de laquelle s'élabore et où se stocke l'histoire. C'est là que l'on peut entendre chez Dolto sa propre théorie de l'inconscient avec une suprématie du langage.

Elle n'est pas une donnée anatomique naturelle comme l'est le schéma corporel, mais elle s'élabore dans l'histoire du sujet.

Le **schéma corporel** est lui, une constante de l'espèce et une réalité de fait. Il spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. Il est le même pour tous les individus d'une même espèce. Il est notre vivre charnel au contact du monde physique. L'expérience de la réalité dépend de l'intégrité, de ses lésions transitoires ou définitives et de ses sensations coenesthésiques.

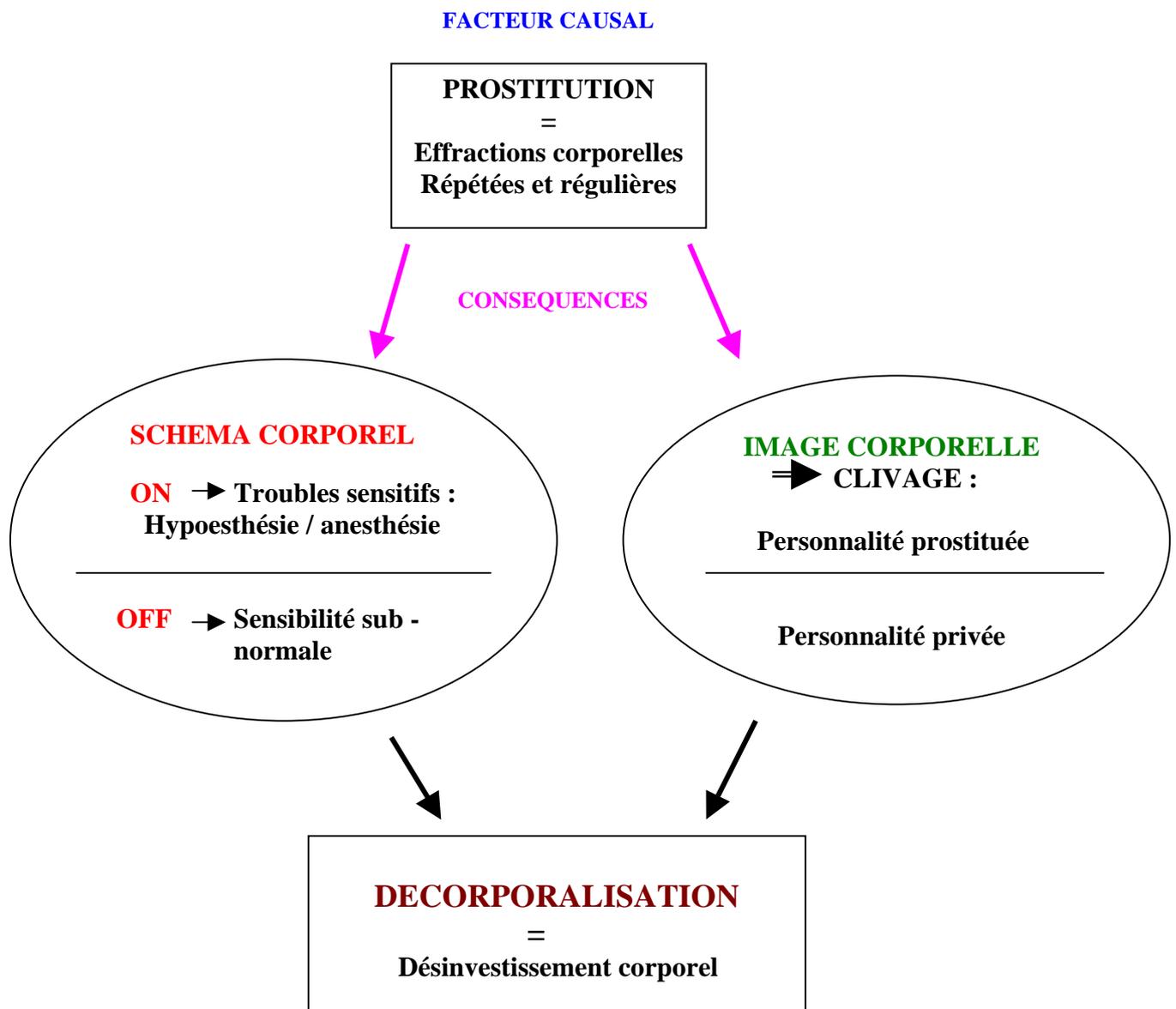
Il est fréquent qu'un schéma corporel infirme et une image du corps saine cohabitent chez le même sujet (de même que certains sujets borderline peuvent avoir une image du corps clivée et un schéma corporel tout à fait sain).

Des atteintes organiques précoces peuvent entraîner des troubles du schéma corporel surtout s'il y a des interruptions des relations langagières et entraîner à la suite des modifications de l'image du corps. C'est pourquoi, lorsqu'un enfant est atteint d'une infirmité, il est indispensable que son déficit physique lui soit explicité, référencé à son passé, son histoire ou, si c'est le cas à la différence congénitale entre lui et les autres enfants.

Du point de vue clinique, la notion d'image corporelle s'apparente au langage psychanalytique tandis que le schéma corporel est une notion d'ordre neurologique.

Nous avons présenté dans le précédent chapitre une définition du terme de **décorporéisation** (ou désincarnation) qui est un des types de dépersonnalisation. Si les deux manifestations ont en commun un sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle par la sensation d'une séparation entre la personne et son enveloppe corporelle, la **décorporalisation** se distingue de la **décorporéisation** par le fait d'une absence de prédominance de l'éprouvé, avec au contraire présence d'une asymbolie à la douleur, en rapport avec une anesthésie de conversion que nous détaillerons ultérieurement.

Nous pouvons définir la **décorporalisation** comme un **processus de modification physique et psychique correspondant au développement de troubles sensitifs affectant le schéma corporel et engendrant simultanément un clivage de l'image corporelle, dont le résultat final est la perte de l'investissement plein et entier de son propre corps par une personne, avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé. 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.**



Cette énonciation des choses peut paraître psychotisante en ce sens que les termes clivage et morcellement sont couramment associés dans le langage psychiatrique à des psychoses graves, essentiellement les schizophrénies ; cependant, une majorité de psychiatres reconnaît l'existence de tels processus dissociatifs dans les états dits « border – line » (en terme psychanalytique), ainsi que dans les conséquences psychiques d'effractions corporelles graves (notamment les Post Traumatic Stress Disorder ou PTSD), et particulièrement les violences sexuelles, qu'elles se produisent dans l'enfance (inceste, pédophilie) ou à l'âge adulte (viol).

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de parler dans ce travail du rapport entre la prostitution et les effractions corporelles à caractère sexuel, non seulement en raison des liens entre antécédents de violences sexuelles et entrée en prostitution, mais aussi en raison de la similitude des conséquences au niveau de l'image et du schéma corporels. Ce lien permet de comprendre, comme nous le verrons par la suite, que de tels antécédents facilitent l'entrée en prostitution des personnes les ayant subies, car ils ont déjà engendré des conséquences psychiques et physiques similaires à celles que produit la pratique prostitutionnelle.

Clivage et morcellement sont les deux mots les plus couramment utilisés par les auteurs travaillant sur la prostitution pour décrire la façon dont les personnes prostituées vivent et ressentent leur corps ; il y a un consensus implicite sur ces termes qui paraissent les plus adaptés pour synthétiser ce qui est observé dans la clinique psychiatrique prostitutionnelle, à savoir des *manifestations dissociatives* évidentes. Malheureusement, si quelques psychiatres, pour leur travaux de Thèse de Doctorat, se sont penchés sur les symptômes psychiatriques présents parmi la population prostituée, ils n'ont pas mis en évidence de manière franche ces manifestations dissociatives, et n'ont pas pu intégrer les symptômes constatés à des entités cliniques psychiatriques bien définis. La spécificité psychiatrique de la situation prostitutionnelle n'a pas encore été dégagée, comme l'a constaté Patrick Declerck (29),

psychanalyste et anthropologue à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), pour la spécificité psychiatrique de la situation de clochardisation, pour laquelle il a montré dans son livre récemment paru (« Les naufragés. Avec les clochards de Paris ») des similitudes avec la situation nous concernant dans ce travail.

Cependant, notre objectif n'est pas d'expliquer les mécanismes psychiques de l'atteinte de l'intégrité de l'image corporelle, pour lesquels il faudrait un travail d'ordre psychiatrique et psychanalytique approfondi ; il s'agit ici de mettre en rapport ce qui est constaté dans le champ clinique psychologique chez la majorité des personnes prostituées avec les difficultés mises en évidence d'accéder à des soins appropriés à leurs problèmes et besoins de santé, afin de permettre aux cliniciens somaticiens de comprendre où se situent les résistances, de quelles manières elles se présentent et de quelles façons ils peuvent améliorer l'accès aux soins de cette population.

Nous mentionnons cependant les travaux du champ psychiatrique qui ont été effectués dans d'autres domaines sur la corporalité en ce qu'ils peuvent faire écho à nos propres constats et à ceux d'autres travailleurs et chercheurs dans le domaine de la prostitution. C'est pourquoi nous insisterons particulièrement sur les travaux de Patrick Declerck sur la population des clochards (terme préféré à celui de Sans Domicile Fixe, qui ne recouvre pas exactement le même domaine), qui apportent beaucoup aux phénomènes que nous avons nous – même observés parmi la population des personnes prostituées et viennent montrer l'identification de symptômes jusqu'à présent non reconnus comme tels. Les constats effectués par Mr Declerck avaient déjà été présentés par le Docteur Emmanuelli, qui a lui aussi travaillé sur la population clochardisée, de manière plus succincte mais aussi explicite (voir Annexe 1).

## 1) Les manifestations dissociatives (ou schizoïdes)

Elles constituent l'ensemble des signes qui sont la manifestation de l'atteinte de l'image corporelle de la personne prostituée ; elles concernent différents domaines ayant tous un rapport avec l'image corporelle et les atteintes à son intégrité :

- **Les noms**

C'est un fait quasiment universel : la personne prostituée, pour exercer son activité, porte ce que l'on appelle classiquement un « **nom de guerre** », qui est en fait un autre prénom que le celui que lui ont donné ses parents ou en tout cas, les personnes qui se sont occupées de son éducation.

Les raisons premières habituellement avancées par ces personnes sont la protection de leur identité administrative, c'est-à-dire une manière de protection de leur vie privée à laquelle les acheteurs ne doivent pas avoir accès et une barrière opposée aux contrôles et éventuels fichages officieux policiers ou autres. En ce qui concerne ce dernier fait, il faut savoir que malgré la ratification en 1960 de la Convention Internationale contre la traite des Etres Humains de 1949, qui faisait disparaître le fichage officiel des personnes prostituées par la police, cette pratique a perduré pendant encore des années de manière officieuse, et perdure encore aujourd'hui de manière informelle, plutôt sous forme de renseignements oraux qu'écrits : les policiers des Brigades de répression du Proxénétisme des différentes villes françaises connaissent en effet les « régulières » de leur territoire d'activité, et sont capables de repérer les « nouvelles », ce qui leur permet de faire un contrôle informel des allées et venues de cette population et de surveiller des trafics potentiels.

Cette surveillance engendre des sentiments ambivalents chez les prostituées : d'un côté, elles la craignent comme une forme de coercition latente, d'un autre elles en sont rassurées : si elles viennent à « disparaître » (violence des acheteurs ou des proxénètes), « au moins quelqu'un en sera averti » disent-elles.

D'autres raisons sont ensuite invoquées lorsqu'elles ont la possibilité de s'exprimer plus longuement :

- Beaucoup sont en rupture familiale, bien souvent à cause d'une histoire familiale compliquée et/ou violente. Elles désirent d'une part que leur famille ne soit pas au courant de leur activité prostitutionnelle, par peur des réactions négatives probables, et dans ce cas, la nouvelle identité leur garantit l'anonymat ; d'autre part, elles éprouvent un sentiment de rejet envers cette famille qui n'a pas su prendre soin d'elles, et changer d'identité leur permet de renier ce qui les rattache encore à elle.
- Possibilité de distinguer l'identité sociale de la personne de son identité de personne prostituée. Ici, il s'agit d'un effort de préservation de la vie privée à visée protectrice, pour éviter la « contamination » de leur vie propre par leur activité prostitutionnelle qu'elles cherchent à oublier et à éloigner, car la plupart du temps vécue comme non - valorisante. Les nombreux témoignages recueillis insistent sur cet aspect du changement de prénom ; cela permet de distinguer les deux identités, cette fonction étant renforcée par les autres clivages opérés que nous verrons plus loin.

Le nouveau prénom que se choisissent les personnes prostituées a en général une connotation positive pour elles : c'est le prénom d'une actrice ou d'une célébrité féminine qu'elles apprécient, d'une personne proche qui les a aidées ou leur a apporté un soutien, un prénom

agréable à porter, mais qui doit aussi être accrocheur vis-à-vis de l'acheteur, sonner « sexy » et attirant à son oreille.

Cette connotation positive (pour les autres) appliquée à un prénom utilisé dans un contexte négatif pour leur personnalité s'explique par une tentative de rendre attrayante et plaisante, ou tout au moins supportable, une activité pour laquelle sont souvent ressentis du dégoût, de la peur, de la honte, de la culpabilité, que vient renforcer la stigmatisation sociale. Ce peut être aussi la rupture avec leur ancienne vie, la vie « d'avant » l'entrée en prostitution, qui a été tellement destructrice et sombre, que même la réalité prostitutionnelle ne peut apparaître à ces personnes comme pire ; il leur semble que la prostitution sera un moyen de rejeter tout ce qu'elles ont pu subir antérieurement, de reprendre un certain contrôle (puisqu'elles ne connaissent que l'exposition à des désagréments, au moins ont-elles l'illusion qu'avec la prostitution ce sont elles qui choisissent le type de désagréments qu'elles vont subir), et le nouveau prénom est de toute façon connoté positivement, ne serait – ce que parce que ce n'est pas celui choisi par leurs parents et qu'il leur permet d'échapper à l'ancien prénom devenu le symbole de cette vie qu'elles rejettent.

Il y a des exceptions à cette connotation positive, bien sûr, mais alors il s'agit en général d'une même intention de marquer la vie antérieure de la personne prostituée d'une sorte de condamnation ou de rejet, exprimé cette fois sous l'aspect auto – dérision fortement teinté de cynisme, comme par exemple le cas de Nelly Arcan : *« Et puis j'ai une sœur, une grande sœur, que je n'ai jamais connue car elle est morte un an avant ma naissance, elle s'appelait Cynthia et n'a jamais eu de vraie personnalité parce qu'elle est morte trop jeune[...] ma sœur est morte depuis toujours mais elle flotte encore au – dessus de la table familiale[...] et si elle avait vécu je ne serais pas née, voilà ce qu'il m'a fallu conclure, que c'est sa mort qui m'a*

*donné la vie[...] Je ne parle jamais de Cynthia car il n'y a rien à en dire mais je lui ai pris son nom comme nom de putain et ce n'est pas pour rien , chaque fois qu'un client me nomme, c'est elle qu'il rappelle d'entre les mortes. » (5).*

Ce cas est d'une violence extrême, cette jeune femme s'inscrivant d'emblée dans la prostitution sous le nom d'une sœur défunte qui avait plus d'importance pour ses parents qu'elle – même n'en a jamais eu : dès le départ, elle se définit comme morte au monde des vivants et comme l'enfant désiré qu'elle n'a pas été.

Que la connotation en soit positive ou négative (mais toujours en rapport avec le passé de la personne que celle – ci veut gommer ou détruire), c'est ce changement de prénom, marqueur de l'identité de prostituée, qui marque également le premier clivage.

On connaît l'importance du prénom en rapport avec l'image corporelle, assurant la cohésion narcissique du sujet ; comme l'exprime Françoise Dolto : « Dès la naissance, le prénom – lié au corps et à la présence d'autrui – contribue de façon déterminante à la structuration des images du corps, y compris les images les plus archaïques . Le prénom est le ou les phonème(s) accompagnant le sensorium de l'enfant, d'abord dans sa relation à ses parents, puis avec autrui, de la naissance à la mort. » (33)

De façon quotidienne et répétée, la personne prostituée va donc s'entendre appelée et nommée par un prénom qui ne la relie plus à son histoire antérieure, et qui la désigne dans une relation d'objet vendu et achetée à l'autre. Pour les autres prostituées, pour les acheteurs, pour les proxénètes, pour les services sociaux, pour la police, elle va donc être « unetelle », une personne créée de toutes pièces, qui n'existe que dans la réalité prostitutionnelle, et qui de plus, ne prend toute sa valeur que quand elle est cette personne prostituée ; « l'autre » n'existe pas dans cette réalité, elle disparaît aux yeux de la société : « *Il y a quelques semaines encore,*

*seuls les « flics » de la « mondaine » lui connaissent un nom, et ce n'était même pas le sien », « Nadia...c'est un nom de chien. Je voudrais m'appeler Sarah » (79), « C'est à ce moment là que je suis devenue Gilda. Gilda pour m'humilier, Gilda pour me venger. Nicole était morte, tuée par la drogue et l'amour. Avec la naissance de Gilda, j'entrais dans un dangereux processus schizophrénique. [...] Fabienne était ravie : C'est sexy, Gilda, comme prénom. C'est très bien. » (19)*

On connaît l'isolement des personnes prostituées : dans la majorité des cas, il y a rupture ou éloignement d'avec la famille, beaucoup reconnaissent n'avoir pas d'amis ou de relations en dehors du domaine prostitutionnel, et bien que les choses se soient considérablement améliorées pour ce qui est de la garde des enfants, il n'est pas rare que celle-ci leur soit retirée par les services sociaux (considérant cet environnement comme potentiellement dangereux pour eux), augmentant leur sentiment d'être rejetées et isolées de toute vie sociale et relationnelle « normale ». Il n'y a donc plus de cadre social où « l'ancienne » identité puisse continuer à exister de façon structurante.

En effet, la relation prostitutionnelle est une relation à sens unique, unilatérale : la prostituée se vend, elle ou plus souvent des parties de son corps. C'est l'acheteur qui décide, il est le seul désirant dans cette relation ; le désir de la prostituée n'existe pas, elle est là pour effectuer un service, dont l'acheteur s'attend à ce qu'il soit réalisé avec un maximum de « professionnalisme ».

On associe toujours sexualité et prostitution ; mais la sexualité suppose un partage et un échange entre les deux partenaires, incluant le respect des désirs de l'autre pour chacun des

deux, une communication verbale et corporelle, une bilatéralité des sensations corporelles et du vécu sexuel pour être une véritable relation humaine, enrichissante et/ou satisfaisante.

Or l'aspect unilatéral de ce désir déshumanise totalement la relation sexuelle, la rend effractante aussi bien pour la prostituée que pour l'acheteur ; ainsi, les données recueillies sur l'acheteur (on remarque un grand paupérisme de ces données, notamment en France) montrent que beaucoup d'entre eux ne sont pas satisfait par ces rapports : bien souvent, la raison invoquée pour l'achat de services sexuels est justement l'évitement de tout ce qui est constitutif de l'aspect relationnel humain de la sexualité : pas de temps perdu à séduire, à charmer, à plaire, pas besoin de se soucier de ce que la partenaire veut ou ne veut pas, pas de nécessité de s'épancher en compliments et gentillesses ni avant ni après l'acte sexuel.

On peut rappeler ici cette plaisanterie qui pourrait assez bien résumer la situation vue par l'acheteur : « quel est le point commun entre un homme qui vient de faire l'amour et un homme qui vient de commettre un meurtre : ils se posent tous les deux la même question : comment se débarrasser du corps ? ». Ici, la réponse est simple : les termes du « contrat » ont été négociés à l'avance, l'acte est limité (temporellement, spatialement, pécuniairement, corporellement), il n'y a pas d'aspects humains et on peut se « débarrasser du corps » immédiatement.

Paradoxalement, ce sont les mêmes acheteurs qui se plaignent ou regrettent que lorsqu'ils le désirent, l'aspect humain, affectif, tendre, verbal soit absent.

Dolto insiste sur l'échange de communication verbale et non - verbale qui intervient dans la structuration de l'image corporelle chez l'enfant et précise que cet échange doit perdurer au

cours de l'existence, à chaque fois qu'un contact corporel intervient (et notamment dans la sexualité) pour que l'image corporelle continue elle aussi à exister dans son intégrité.

Or le rapport prostitutionnel est un rapport dit sexuel car il engage les parties sexuelles de chacun des deux contractants, mais c'est par essence une sexualité morcelée, incomplète, qui ne comporte pas de communication, qu'elle soit verbale ou non (toute parole prononcée durant l'acte est contrôlée par un seul des participants, tout comme les gestes, les postures, les comportements et les jeux à caractère sexuel), seulement un langage codifié vide de sens, qui ne « parle pas ».

Le nouveau prénom ne sert que dans un contexte où non seulement la sexualité est morcelée, mais où tout le reste l'est aussi, comme nous allons le voir.

Christian Météreau, éducateur spécialisé, travaillant sur le terrain de la prostitution : « La femme prostituée se présente par un prénom (le nom de guerre , dit – elle) et rien d'autre.[...] Elles ont un nom qu'elles n'utilisent plus. Le nom de leur père ou de leur mère.[...] Les conditions de vie dans la prostitution contribuent à cet effacement progressif de toutes les caractéristiques que l'on utilise couramment pour décliner son identité. » (82)

Charles Melman, psychanalyste, fondateur de « l'Association Freudienne Internationale », confirme ce rapport entre rejet, abandon du prénom et du nom originels et non – structuration de l'image corporelle, notamment par leurs parents dans l'enfance : « Je dirai qu'à mes yeux, celles qui se prostituent sont celles qui n'ont pas été comme enfants symboliquement reconnues.[...] (C'est) le souci (qui conduit une femme à la prostitution) – faute d'avoir été symboliquement reconnue, identifiée – de se faire reconnaître dans la réalité comme un objet de désir. C'est bien pour cela qu'elles sont finalement anonymes : je veux dire que si elles

choisissent un pseudonyme, un prénom en général, ou encore un nom de guerre – comme il a été dit, et j’aurai tendance à orthographier ce mot « guère » - c’est que précisément il a manqué un patronyme à leur baptême – fut-il laïc, bien sûr. » (79)

Nous finirons sur la question du nom par ce fait survenu lors de notre expérience au « Bus des Femmes » : pour le bilan annuel de l’activité de terrain du Bus et les statistiques sur le matériel de réduction des risques distribué (préservatifs, gel lubrifiant, « kits seringues »), un carnet de suivi permettait de relever l’identité des personnes vues lors de la permanence, c’est-à-dire leur prénom, dont nous savions que c’était un nom de guerre et leur date de naissance ; or, il y avait toujours une certaine réticence de la personne à donner son nom, aussi factice fut-il, ce qui a conduit l’équipe du Bus à supprimer le recueil de ces données, posant un problème pour l’établissement des données statistiques.

Pour le médecin clinicien, la question va plus loin que celle de l’évaluation statistique : à qui nous adressons – nous, qui soigne-t-on, de quel corps parle-t-on, si même celui qui est prostitué ne peut se découvrir ?

- **L’apparence et les postures**

Elles prolongent la dissociation amorcée avec le changement de nom dans l’atteinte de l’intégrité de l’image corporelle.

L’apparence de la personne prostituée suffit à établir son identité aux yeux des acheteurs, ainsi qu’à ceux de tous ; elle correspond au maquillage et aux vêtements portés.

Le maquillage est la plupart du temps outrancier, avec l'accent mis sur les yeux et la bouche, particulièrement valorisée car prometteuse de la garantie d'une fellation agréable pour les acheteurs. Il est à noter que c'est la pratique la plus demandée, bien qu'elle ne soit pas la plus tarifée, mais elle présente l'avantage d'être rapide et facile à mettre en pratique en dehors d'un lieu réservé (pas besoin de chambre ; une voiture ou un terrain vague peuvent suffire), et beaucoup de clients arguent que leur épouse refuse cet acte.

Les vêtements confèrent un aspect sexuel fort à la personne prostituée : utilisation de toute la « panoplie » associée au sexe : porte – jarretelles, bas résilles, robes ou jupes ultra – courtes, pantalons courts ou très près du corps, corsages ou tee – shirts décolletés à l'extrême, bijoux voyants, escarpins ou bottes à talons démesurés,...Utilisation de matières sexuellement connotées : cuir, latex, tissus brillants, pailletés, fourrure, plumes, matières moulant les formes du corps. Les couleurs aussi sont importantes : rouge, noir, rose fuchsia, motifs évoquant une animalité prometteuse de « déchaînements » passionnés : panthère, zèbre, léopard, tigre,...

Bref, la tenue vestimentaire doit permettre de distinguer du premier coup d'œil la femme qui se vend de la femme « respectable » ; là aussi, cela fait partie des codes de la prostitution, du langage implicite, non verbal qui s'établit entre acheteurs et prostituées.

La personne devient ce qu'elle porte.

*« On m'avait préparée, bichonnée : il fallait me donner un look. C'étaient Jean-Michel et Fabienne qui m'avaient choisi mes tenues : tailleur le jour, robe noire « artistiquement » déchirée le soir. J'y avais ajouté un chapeau à voilette » (19).*

Cependant, on constate une évolution des tenues depuis quelques années, un certain nombre de prostituées allant « tapiner » dans des vêtements proches ou similaires à ceux de « tous les jours » : jeans, tee-shirts ordinaires, baskets ; elles refusent de se « déguiser » en femmes de « mauvaise vie », refus du cliché stéréotypé de la « pute », réducteur de la femme à un simple objet sexuel soumis et passif. C'est une manière de refus qui se montre mais ne se laisse pas dire. Nous l'avons constaté surtout à Porte de la Chapelle, à Paris : prostituées « traditionnelles » ou « occasionnelles » en tenue de ville ordinaire ne se distinguant pas de celle de la passante ; Daniel Welzer – Lang (106) parle aussi de ce changement dans la prostitution lyonnaise, en notant que dans le même temps, l'ultra – féminité « cliché » des transsexuels et travestis semble attirer de plus en plus d'acheteurs, car cela correspond à leur attente : la féminité selon la conception masculine.

Quel que soit l'apparence que se donne la personne prostituée au travers du maquillage et des vêtements, elle différencie de façon nette la tenue de « travail » et celle de tous les jours. Welzer – Lang le confirme : « Les vêtements que les femmes prostituées adoptent dans l'exercice de leur profession sont en général différents de ceux qu'elles portent lorsqu'elles ne travaillent pas, comme s'il s'agissait par là de faire une coupure symbolique entre deux moments, deux statuts : *« J'ai mes affaires pour travailler, même mon linge...Je n'ai jamais pu mélanger mes affaires avec[...] ça a un côté néfaste »*. La tenue (mais pas uniquement celle-ci) est un moyen pour exprimer la distanciation entre la figure paradigmatique de la « putain » et elles-mêmes » (106).

Ici encore s'instaure un nouveau clivage, la « coupure symbolique » dont parle Welzer - Lang, aidant à distinguer l'identité de la prostituée de celle de « l'autre ».

Quand un ouvrier met son « bleu de travail » ou un médecin sa blouse blanche, il y a continuité de l'identité de cet ouvrier ou de ce médecin ; ils ne se clivent pas pour aller au travail. Bien que les vêtements et le maquillage de la personne prostituée ciblent le fantasme de l'acheteur et suggèrent l'évocation de plaisirs plus ou moins défendus, ces attributs sont considérés comme « vêtements de travail » en ce qu'ils sont censés permettre d'évaluer la compétence de la prostituée à offrir un service sexuel de « bonne qualité », c'est – à – dire à être ce que les acheteurs appellent une « bonne professionnelle » (exécution parfaite et sans discussion du service demandé, connaissances et pratiques techniques sexuelles particulières et diversifiées ; en résumé, tout ce qui fait la différence entre une femme ordinaire supposée sexuellement limitée et une « professionnelle » du sexe). L'exemple extrême de l'évaluation de ces compétences dites (à tort) « professionnelles » se trouve dans ces forums de discussion accessibles sur Internet aux acheteurs de services sexuels nord – américains, sur lesquels ils échangent des avis et commentaires sur les performances sexuelles et techniques des prostituées fréquentées, instaurant même des échelles de cotations du « service rendu ».

Certains chercheurs, médecins ou prostituées revendiquant un statut professionnel pour les personnes prostituées font un parallèle entre tous les métiers qui demandent une implication physique - les métiers dits « manuels » - et la prostitution, qui serait un métier ne demandant qu'une implication physique plus « poussée » ; or ce n'est pas d'une implication physique ordinaire dont il est question ici, mais de l'implication de la sphère corporelle la plus intime de l'être humain. Le mot « intime » est profondément, « intimement » si l'on peut dire, lié aux zones sexuelles du corps (organes génitaux, poitrine,...) : on parle de besoins intimes, d'hygiène intime. Nulle autre activité source de revenus ne touche à la sphère intime comme le fait la prostitution (hormis de la pornographie, qui s'apparente à de la prostitution devant caméra, dont la réglementation, telle que contrats de travail, montre bien qu'elle n'évite pas

aux actrices pornographiques les mêmes conséquences dissociatives que pour les personnes prostituées. Les actrices du X entretiennent un « instrument de travail » mais ne prennent pas soin d'un corps qui n'est plus vraiment le leur. Il est à noter que, faute de débouchés rentables pour toutes les personnes s'engageant dans cette sphère d'activité, 80% des actrices de films pornographiques deviennent prostituées).

Le corps peut être utilisé pour travailler, le plus généralement il s'agit des mains ou des bras, parfois les jambes ou les pieds, des extrémités du corps qui sont par appellation même opposées à l'intimité ; on ne livre pas son intimité en cousant, en collant, en conduisant, en auscultant.

L'accès à la sphère corporelle intime, liée à la sexualité, offre un accès direct à l'identité profonde de la personne ; elle a dans ses rapports sexuels privés, des gestes, des mots, des attitudes, tout un vécu lié à son corps qui devient insignifiant, interdit, occulte lors d'un rapport sexuel « public », commercial. Ce schéma corporel intime privé devient « privé de sens » en devenant public dans la prostitution, allant jusqu'à être « privé des sens », ce qui induit un effet « feed-back » du schéma corporel altéré sur l'image corporelle.

Cet investissement « double » du schéma corporel (un investissement privé et un public, correspondant chacun à une partie de l'image corporelle dissociée) est renforcé par l'adoption de postures spécifiques de l'activité prostitutionnelle : postures corporelles à caractère sexuel, connotées comme évocatrices de sensualité et de sexualité. C'est d'abord la démarche, dont les expressions « arpenter le trottoir », « faire le tapin » sont bien représentatives : démarche lascive, ondoisement des hanches, lenteur calculée pour laisser à l'acheteur le temps d'évaluer la marchandise ; les clients interrogés sur leurs motivations soulignent fréquemment cet

aspect : le voyeurisme est essentiellement présent dans le domaine prostitutionnel : regarder les prostituées, pouvoir les comparer, voir les autres acheteurs s'arrêter, négocier...C'est l'expression « aller voir les filles » qui résume bien ce voyeurisme permanent, prélude à tout achat de sexe. « *C'est voir les femmes, c'est plaisant, il y a un côté esthétique...A la limite, il n'y a pas de discussion, pas de regard, à la limite tu choisis pas* » (18). Ou cet autre acheteur : « *J'ai repéré une nouvelle (fille), une Noire, un beau morceau* »(9). Tout est dit : on voit les corps, on ne regarde pas les personnes ; l'extrême de la réification est atteint.

Ce peut être aussi paradoxalement l'immobilité, l'attente démonstrative par sa passivité, sa fixité : « Le quadrillage du lieu par ces quelques femmes, les représentations sociales qui font qu'une femme ne peut être statique dans l'espace urbain sans objectif rapidement identifiable (arrêt de bus par exemple) sont presque les seuls éléments qui nous permettent de les identifier. Cette immobilité est l'un des derniers signes d'identification quand tous les autres se sont fondus dans l'uniformité » (106). C'est ainsi que toute femme seule, même vêtue de façon ordinaire, non maquillée, n'affichant aucun signe ostentatoire à caractère sexuel, mais qui ne bouge pas sur le trottoir peut être interprétée comme une prostituée potentielle par tout homme qui passe ; il n'est pas rare de se faire aborder dans ce genre de situation avec un « Combien tu prends ? » à la clé.

La manière d'allumer une cigarette, de regarder les hommes qui passent, de sourire, de se passer la main dans les cheveux, de balancer son sac à main (le fameux « baise en ville » si fréquent dans tous les films signifiant presque à lui seul le statut de la femme qui passe) servent à marquer l'offre sexuelle que fait la femme de son corps.

Une fois encore, c'est le langage du corps qui sert à montrer et démontrer l'activité de la personne prostituée. Cette gestuelle disparaît complètement dans la sphère privée, avec même parfois des contre – attitudes corporelles (réserve, gestes restreints, mesure corporelle, pseudo – catalepsie).

« Cette mise en spectacle du corps est le plus souvent douloureusement vécue : *« On aurait dit que je n'étais pas là, ils ne me regardaient pas plus qu'une merde par terre... »*. L'impression que leur individualité est réduite à un corps que l'on peut acheter entraîne chez certaines prostituées un sentiment de dévalorisation lorsque les clients ne portent pas leur choix sur elles : *« J'essaye le plus de dissocier mais ce n'est pas toujours évident... C'est vrai qu'il y a certains soirs quand ça ne tourne pas , on se dit, il y a quelque chose, je n'ai pas la gueule qu'il faut... C'est vrai que c'est très démoralisant parce qu'on se dit que...Tu n'es rien quoi »*. » (106).

- **La cartographie corporelle**

Ce terme a été employé par Welzer – Lang (106) pour désigner la façon dont chaque partie du corps est tarifée, négociée et vendue dans le rapport prostitutionnel. Il nous a paru intéressant de reprendre ce terme car il montre bien la réification du corps prostitué, présenté comme une marchandise dont on peut utiliser tel ou tel morceau, un peu comme en boucherie, avec des « morceaux de choix » et des « bas morceaux ».

Le rapport avec le morcellement est évident, et permet de bien faire comprendre le découpage que subit l'image corporelle de la personne prostituée.

Les tarifs et leur hiérarchie s'établissent en fonction des demandes des acheteurs et des dispositions de la personne prostituée à vendre telle ou telle partie de son corps, ou à accepter telle ou telle pratique qui nécessite l'usage de ces parties du corps. Ils s'établissent aussi sur le rapport entre telle partie du corps ou telle posture et les représentations symboliques qu'elles sous – tendent.

- La bouche : elle est le meilleur exemple du clivage corporel, puisque elle représente à la fois un morceau de bas prix et un territoire interdit.

La fellation est comme nous l'avons déjà dit, une pratique très demandée par les acheteurs : la raison la plus souvent évoquée est le refus de leur épouse à satisfaire cette demande, ou bien leur dégoût à le faire, engendrant une « incompétence » à obtenir une satisfaction sexuelle de leur mari de cette manière. De façon ambivalente, les acheteurs regardent en même temps cette pratique comme un pis – aller à un rapport sexuel complet ou « normal » c'est-à-dire avec pénétration vaginale : « La fellation est symboliquement dévaluée dans l'échelle de valeur des clients, elle s'inscrit entre la masturbation et « l'amour ». Ils la paient donc moins cher et ceci n'est pas remis en cause par les personnes prostituées, construites elles aussi par les mêmes rapports sociaux et la même échelle de valeurs » (106).

Pour les prostituées, cette pratique a l'avantage d'être rapide et de pouvoir se faire dans n'importe quel lieu, même à l'extérieur ; cependant, elle engendre également du dégoût chez les personnes prostituées.

On arrive à ce paradoxe économique que bien que pratique la plus demandée, elle soit aussi la moins chère.

La bouche est également un territoire interdit, puisque le baiser ne fait pas partie des possibilités offertes à l'acheteur, il est tabou ; c'est une manière de protéger sa vie privée, comme si symboliquement le dernier rempart contre l'effraction corporelle intime était non pas le refus de la pénétration (impossible dans la prostitution) mais l'accès à la bouche par une autre bouche. Ce fait est rapporté par de nombreux auteurs et par les personnes prostituées elles – mêmes, et a même donné son titre au film d'André Téchiné (l'histoire d'un garçon venu de province à Paris vivant dans de telles conditions qu'il finit par se prostituer) : « J'embrasse pas ».

La bouche est interdite à l'acheteur car réservée à « l'homme » de la prostituée, dans la plupart des cas son proxénète. Le tabou du baiser est le garant de la survie de la sexualité et du corps de « l'autre », là où partout ailleurs le corps sert (le corps « serf ») à deux usages de façon alternative : le privé et le public.

- Le vagin : il est le « lieu » du rapport dit « normal ». Ce rapport est en général dénommé communément « l'amour » (sic) dans le langage prostitutionnel, et est tarifé de façon moyenne, c'est-à-dire au – dessus de la masturbation et de la « pipe », mais en –dessous de certaines autres pratiques, notamment la sodomie.

Là encore, le dégoût d'être pénétrées sans désir sexuel de leur part est dit par de nombreuses prostituées, au travers de dégoût pour les odeurs et le sperme de leurs acheteurs : *«Parce qu'il y a des jours j'étais vraiment pas d'humeur à recevoir du sperme masculin, en me disant, ça va, je suis clean et là, pendant deux jours je vais avoir des pertes, ça va même pas être des pertes à moi, ça va être des pertes de leur saloperie là moi j'en veux pas, et puis tous les mecs qui venaient, il fallait qu'ils le mettent », « Oui*

*mais c'est dégueulasse. Je trouve ça..., Des fois j'arrive à m'enlever parce que j'ai envie de vomir ou...Et puis les clients sont pas propres, pas tous quoi, la plupart du temps, il y en a peut-être un sur cent ou deux sur cent qui sont propres, le reste c'est tout...oui et puis on le sent de toute façon, ça se sent, ça sent mauvais... » (106).*

Il devient difficile ensuite de faire le distinguo entre ce vagin qui sert pour les acheteurs et celui qui est impliqué dans des relations sexuelles non payantes : « *Mais...dès que j'ai travaillé, ça a été vraiment...Même bon l'ami, enfin pas l'ami le proxénète avec qui j'étais, j'ai eu des moments très difficiles...je pouvais pas...* », « *des fois je savais plus bien...on faisait l'amour et moi, je, j'étais comme, comme avec les clients quoi, j'étais là, je fumais ma cigarette pendant que lui...* » (106).

- L'anus et la sodomie : la sodomie était traditionnellement réservée au proxénète, comme le baiser. Les comportements évoluent et là aussi, c'est une pratique toujours demandée par les acheteurs, pour les mêmes motivations que celles qui concernent la fellation. Cette pratique étant autrefois taboue, le prix en est plus élevé que pour la pénétration vaginale (il est à noter que certaines prostituées n'acceptent pas la sodomie, affichant un grand mépris et du dégoût pour celles qui la pratiquent).

On remarque que les positions sexuelles évoquant la sodomie sont tarifées plus chères que la position du « missionnaire » : la levrette par exemple.

En ce qui concerne le reste du corps, les préliminaires n'existent bien sûr pas pour la personne prostituée, éventuellement pour l'acheteur si il désire certaines caresses, qui ont également un prix ; les seins de la prostituée peuvent parfois intéresser l'acheteur, mais ce n'est pas une partie du corps qui sert directement à la sexualité, et donc bien souvent elle n'existe pas.

Les « post – liminaires » n'existent pas non plus.

En fait, le corps est complètement morcelé en parties qui valent plus ou moins cher, il y a une lésion de la cohésion du corps dans ce rapport sexuel qui perd tout son sens, qui devient insignifiant, au sens premier de sans signification mais aussi au sens de la valeur, de rapport qui n'est pas à prendre en compte, qui ne compte pas ; c'est l'argent seul qui lui donne sa valeur pour la personne prostituée.

- **Le temps et l'espace**

Ces deux repères essentiels qui permettent à une personne de s'inscrire dans la continuité, de se situer, sont également découpés dans la prostitution.

Il y a d'abord les lieux de la prostitution : autrefois, c'était les maisons – closes ; aujourd'hui, ce sont les trottoirs, mais pas n'importe lesquels : il y a une hiérarchie des places, les plus cotées étant celles où il y a le plus de passages, avec suffisamment de lumière, ceux où la prostituée sera le mieux vue par les acheteurs potentiels.

Ces lieux sont délimités, ils ne doivent pas s'étendre trop près des habitations, pour ne pas « gêner » le voisinage.

Il y a aussi une hiérarchie des quartiers : les zones périphériques ont moins de valeur que le centre ou certains quartiers « chics ». La population de prostituées qui les fréquente n'aura pas les mêmes pratiques, les mêmes tarifs, les mêmes clients selon l'endroit ; à Paris par exemple, le « must » est la porte Maillot, située près d'un quartier luxueux, la rue Saint – Denis, autrefois haut lieu de la prostitution, qui a changé de population (nigérianes qui ont remplacé

les « traditionnelles » de souche) et se situe en zone moyenne, tandis que la Porte de la Chapelle est réservée aux prostituées toxicomanes, aux immigrées maghrébines, aux travestis.

La hiérarchie des lieux est déterminée en fonction de l'environnement (type de quartier, type d'habitants, type d'architecture,...) mais aussi par le type de prostituées qui y pratiquent ; et inversement, telle nouvelle venue sera aussi amenée à exercer dans tel ou tel quartier selon le type de pratiques qu'elle propose, mais aussi selon sa « valeur » : tenue, maquillage, gestuelle, beauté physique, âge (la jeunesse est très demandée par les acheteurs ; le fait de vieillir « dévalue » la personne prostituée).

Cette hiérarchie détermine également les tarifs : une prostituée peut demander un certain prix dans des quartiers de luxe, qu'elle ne pourra exiger dans d'autres lieux moins estimés.

Parallèlement à cette hiérarchie macro - géographique, il y en a une micro – géographique : les morceaux de trottoirs ne sont pas tous équivalents, on l'a vu plus haut ; ce sont donc les prostituées les plus « anciennes » sur le lieu ou les plus cotées qui vont occuper les meilleures places. Les places moins confortables, pratiques, sûres ou commerçantes étant réservées aux « nouvelles » ou aux moins estimées.

Il existe une véritable lutte pour ces places, et une nouvelle venue (ou son proxénète) risque gros si elle tente de s'approprier un territoire déjà occupé ou trop proche de celui d'une autre prostituée, ce qui est vu comme de la concurrence déloyale et dangereuse.

Il existe donc une sorte de « cadastre » informel mais codifié, qui découpe l'espace en de multiples unités géographiques, où dans certaines la personne prostituée existe, mais pas dans d'autres.

S'y rajoute bien sûr le clivage entre rue et chambre d'hôtel, rue et voiture, rue et terrain vague,...ainsi que celui, encore plus important entre lieu de prostitution et lieu de vie privée ; une des terreurs fréquemment évoquée est bien sûr celle de se voir reconnaître par quelqu'un de la sphère privée dans un lieu de prostitution, ou par un « client » dans un lieu privé. Les deux espaces sont immiscibles et antagonistes.

Le temps est également morcelé en permanence : d'abord le temps de l'activité prostitutionnelle, découpé en sous – unités appelées « passes ». Les passes sont limitées : l'acheteur paie pour un temps donné, s'il y a dépassement ou demande de supplément, ceux – ci sont toujours tarifés.

Il y a aussi la division jour /nuit qui s'inverse ; temps de « travail » nocturne, temps de repos diurne.

Ensuite le temps de l'exercice à long terme de la prostitution est lui aussi dans la plupart des cas, limité : lors de l'entrée en prostitution, la majorité des personnes prostituées n'envisagent cette activité que pour une durée déterminée, bien souvent par la somme d'argent qu'elles prévoient d'accumuler afin de se reconvertir ; c'est toujours une période envisagée comme transitoire.

Le temps s'instaure dans la discontinuité, avec deux vies en parallèle : celle qui s'exhibe, qui se montre, mais qui est factice, superficielle ; et celle qui se cache, qui passe inaperçue, mais qui reste le seul espace où la personne peut exister en tant qu'elle – même.

Ces dissociations temporo – spatiales (morcellement perpétuel et fractionnement permanent du temps et de l'espace) se manifestent par des **troubles de l'éprouvé temporel**, essentiellement sous la forme de temps figé, de défaut de projection dans l'avenir et d'immédiateté (d'où les problèmes rencontrés par les soignants pour inscrire une personne prostituée qui désire s'en sortir dans une démarche de longue haleine et continue ; les sorties de prostitution se font souvent en « plusieurs temps »).

## **2) Conséquences de la dissociation prostitutionnelle**

Comme on le voit, l'identité comme les repères qui la consolident et qui structurent notre vie quotidienne sont fragmentés en de multiples morceaux pour les personnes prostituées, dans lesquels, pour se reconnaître, il faudrait avoir une capacité de réunification et de « recollage » plus qu'exceptionnelle.

Nous allons voir que cette dissociation physique et psychique en deux identités distinctes par le nom, l'apparence, le comportement, le lieu et l'espace d'existence et d'évolution se formalise au niveau de l'image corporelle en engendrant deux personnalités, l'une étant celle de la personne prostituée, l'autre la personnalité privée. Le processus de décorporalisation produit simultanément à ce dédoublement de personnalité des troubles du schéma corporel affectant la sensibilité coenesthésique, selon un mécanisme on – off.

Nous verrons dans le chapitre sur les liens avec d'autres types d'effractions corporelles à caractère sexuel, comment peut s'articuler une atteinte première de l'image corporelle (notamment durant l'enfance) ayant des répercussions sur le schéma corporel avec une prédisposition et une facilitation à l'entrée en prostitution, qui elle nécessite une image corporelle dissociée s'accordant avec celui de la personne antérieurement effractée.

- **La dévalorisation corporelle et son rapport avec l'argent**

Il nous paraît important pour commencer, d'aborder la question de l'argent qui est au centre de la relation prostitutionnelle, bien plus que celle du rapport sexuel, au moins pour la personne prostituée.

Il y a quelques principes fondamentaux :

- Rien n'est jamais gratuit dans la prostitution. Tout acte sexuel ou non (des acheteurs viennent simplement pour discuter ou prendre un verre) est tarifé.
- Le principe de la fameuse solidarité des prostituées (le stéréotype de la « pute au grand cœur ») n'existe qu'à la condition qu'il n'y ait aucun rapport d'argent pouvant venir interférer. La concurrence est rude, l'argent difficile à gagner, tant au nombre des passes à effectuer pour pouvoir vivre, que par l'activité elle – même qui épuise le corps et l'esprit.
- L'acheteur équivaut à son argent : « *Quand il y a un client, moi je vois un billet, je suis désolée* » (106). Les tentatives de certains acheteurs pour introduire une certaine intimité

ou de l'affect sont vécues comme encore plus effractantes que le rapport sexuel lui – même.

Nous avons mentionné en introduction les problèmes de ressources financières rencontrés par les personnes prostituées : existence d'un proxénète qui prélève une grande partie de l'argent, soutien de famille (généralement les enfants, mais ce peut être la fratrie ou les parents), dépenses nécessaires à l'activité (vêtements, maquillage, matériel de réduction des risques), dépenses de santé quand cela devient impératif (pas de couverture sociale dans bien des cas, problème auquel s'ajoute le manque à gagner des jours où la personne ne pratique pas, donc diminution des rentrées d'argent), existence d'une fiscalité permettant l'imposition des personnes prostituées au titre des bénéficiaires non commerciaux (une des plus grandes contradictions de l'Etat français puisque la prostitution n'est pas une profession) et enfin le fait que l'argent gagné par l'activité prostitutionnelle, bien qu'il atteigne parfois des sommes considérables (obstacle mentionné concernant la réinsertion : passage d'un niveau de haut revenu à un niveau de bas revenu), n'est ni économisé ni investi dans des modalités bénéfiques à la personne prostituée.

Nous parlions précédemment de l'objectif à atteindre lors de l'entrée en prostitution (qui est dans la plupart des cas envisagée comme transitoire) : bien souvent, celui – ci nécessite la capitalisation d'une partie des gains ; cet objectif est bien rarement atteint, où s'il l'est, on constate souvent un abandon par la personne qui retourne à la prostitution.

L'argent des passes est de l'argent qui file, qu'on ne peut pas retenir, qui ne reste pas.

On est forcément amené à s'interroger sur la valeur symbolique de cet argent.

L'argent est toujours la raison invoquée pour expliquer l'entrée en prostitution.

Anne Tavernier (directrice du Milieu Ouvert de l'Amicale du Nid de Paris) précise: « Cependant, dans tous les cas, le manque d'argent ne nous paraît pas être la première motivation, mais plutôt le garde - fou qui permet, jour après jour, la perpétuation de l'acte prostitutionnel » (96). Elle parle de la symbolique anale de cet argent, qui circule comme un fluide de l'acheteur à la personne prostituée, de la prostituée au proxénète, à l'Etat, à la famille,...sans jamais pouvoir être gardé pour elle – même.

En somme, cet argent gagné par la prostituée n'est pas pour la prostituée (hormis les réinvestissements dans le matériel de l'activité prostitutionnelle).

Il y a deux conceptions antagonistes de l'argent chez les personnes prostituées : d'une part, celle de la jouissance d'avoir « pris » son argent à l'acheteur, d'autre part celle que l'argent gagné ne compense pas ce qu'on a donné à l'acheteur. Au premier abord, on entend l'un ou l'autre discours ; en fait, une écoute plus longue de ces personnes montre que dans la majorité des cas, ils coexistent tous les deux chez une même personne, mais de façon alternée : pour être plus clair, la prostituée tiendra le discours de la jouissance, tandis que « l'autre », celle qui n'est pas la prostituée (pour peu qu'on écoute suffisamment longtemps et suffisamment bien, « l'autre » finit toujours par arriver à se dévoiler un peu), tiendra le discours de la perte. C'est la une des ambivalences majeures du discours des personnes prostituées.

L'aspect jouissance est souvent évoqué au travers d'un règlement de compte ou d'une vengeance à l'égard des hommes, et pas seulement contre les acheteurs ou les proxénètes. C'est un moyen de se rembourser d'un dommage qui est bien souvent difficilement formulable verbalement, voire même inconceptualisable ; l'argent n'est pas évoqué dans

l'optique d'une jouissance personnelle, pour le bien – être de la personne. Il n'a de valeur que dans ce règlement de compte.

Le discours de la perte semble mieux conceptualiser ce dommage que la personne essaie de réparer, mais dont elle a conscience qu'elle n'y parvient pas. Cette réparation symbolique n'est pas obtenue, d'où perpétuelle insatisfaction et création d'un cercle vicieux.

Quand elles arrivent à formuler cette réparation symbolique, il s'agit souvent d'événements survenus dans la vie antérieure à l'entrée en prostitution : comptes à régler avec les instances tutélaires bien souvent, ou avec des personnes qui ne les ont pas estimées à leur valeur.

Elles ont l'impression de ne rien valoir, ou elles survalorisent leur corps par rapport au reste de leur personne, il n'y a que lui qui vaut quelque chose : c'est ce que prouve l'argent des passes, on paye pour les avoir. La personne prostituée est réduite à ce corps qui rapporte l'argent que l'on estime qu'il vaut, ce que Charles Melman (79) appelle « leur poids de chair ». Max Chaleil, dans son étude sociologique de la question (20), rapporte ces expressions imagées désignant la prostituée, et ayant toute un rapport avec l'univers de la boucherie, de l'équarrissage, hauts lieux de dépeçage de la viande : « Ainsi, la prostituée est un « bifetèque » que le proxénète pourvoyeur place au hasard des villes et des hôtels ; celui – ci a pour nom « bidochard » (marchand de bidoche).[...] Car ce n'est pas un hasard si elle est nommée (...) bifetèque, (...) casse – croûte, (...) fromage, gamelle, (...), ragoût, (...) tripasse, (...) veau, viande, (...) volaille, etc ».

Un autre aspect très souvent retrouvé par les auteurs et chercheurs (20,34, 57, 60, 64, 67, 72, 79, 84, 96, 98, 105, 109, 110) dans le domaine, et notamment les psychiatres (13, 83), est

l'aspect sacrificiel en rapport avec l'argent ; comme on l'a dit, ce n'est pas la personne prostituée qui profite de cet argent, mais une personne proche, les plus fréquemment citées étant le proxénète, tant qu'elle en est amoureuse, ou les enfants, qui ne doivent rien savoir de ce que leur mère fait, mais pour lesquels tout est sacrifié, même sa vie de femme. Là encore, dans le sacrifice, on trouve cette notion de « rédemption » ou de réparation d'une faute ou d'un dommage, que seul l'argent est estimé pouvoir accomplir, les autres moyens n'étant pas accessibles dans l'idée de la personne prostituée.

Le symptôme de l'immédiateté dont nous parlions dans le chapitre sur les troubles de l'éprouvé temporel se manifeste de façon aiguë dans les rapports à l'argent des personnes prostituées : il ne peut pas y avoir de temps écoulé entre la fin de l'acte prostitutionnel et la remise de l'argent ; l'intolérance à la frustration est ici extrême et pose des problèmes majeurs lors des sorties de prostitution : il faut leur réapprendre à attendre un mois avant de toucher leur salaire (ce qui est encore plus difficile à vivre pour elles que de ne plus gagner que de petites sommes). Ici, l'expression populaire « Le temps, c'est de l'argent » prend vraiment tout son sens.

- **Phénomènes d'hypoesthésie et d'anesthésie : troubles du schéma corporel.**

La pratique de la prostitution engendre donc une modification du schéma corporel dans la manière dont elle produit une dissociation, non seulement de l'identité, mais aussi du corps, à la fois morcelé et dédoublé.

Les mêmes territoires corporels vont être sensitivement sollicités dans deux contextes diamétralement opposés : le contexte prostitutionnel, public, représenté par une caricature de

sexualité par les actes physiques qu'il nécessite, mais sans implication de l'esprit et des affects, ni de la relation humaine qui caractérise la sexualité des êtres humains par contraste avec celle des animaux (hormis l'autre différence : absence des périodes de rut et de chaleur chez l'être humain). Et le contexte privé, dans lequel ces territoires corporels vont faire l'objet d'une sollicitation affective et émotionnelle.

Il y a donc un temps et un espace dans lesquels la personne désinvestit son corps de l'aspect psychique des sensations, et un autre dans lesquels elle tente de les réinvestir.

On pourrait appeler cela un **mécanisme on – off qui produit l'existence chez une même personne de deux investissements antagonistes du même schéma corporel se distinguant par la présence ou l'absence de perceptions sensibles, qui se manifestent de façon alternative, et concernent plus électivement la sensibilité nociceptive, sans lésion organique associée. La situation « on » étant celle dans laquelle les troubles sensitifs sont présents et correspondant à l'image corporelle de la personne prostituée, et la situation « off » étant celle dans laquelle la sensibilité est sub – normale, correspondant à l'image corporelle de la personne privée.**

*« Un miroir, au passage, me révèle les bleus que je porte au visage, là où il a tapé. Me voilà jaune et bleue, maintenant. » (19)*

*« Je ne sentais rien, même pas les coups que je recevais du client. Un jour je suis rentrée chez moi et je me suis rendue compte que j'avais des bleus aux membres. Je n'avais pas senti le ou les clients qui m'avaient frappée. » (57)*

*« Je regarde au plafond et j'attends que ça passe. » (59)*

*« Ce n'est pas vrai que c'est un métier comme les autres. Je ne sais pas si c'est le plus vieux, mais c'est le plus douloureux, surtout intérieurement. Les agressions physiques, ce n'est rien à côté de la douleur intérieure ; celle qui vous déchire, qui vous empêche de respirer... » (24)*

*« Je n'émet pas le moindre son. Mon corps n'éprouve rien. Comme si j'étais morte. On pourrait me faire faire tout ce qu'on veut, pisser sur un mur, avaler de la merde, gonfler mon estomac d'urine et de sperme. » (21)*

*« Ca y est, il est rentré. Empalée. J'ai mal. Et brusquement, comme anesthésiée, je ne ressens plus rien. Je bouge, je gémiss, je soupire, comme une machine programmée. » (21)*

Nous – même avons constaté lors des permanences au « Bus des femmes » un impressionnant et récurrent seuil de tolérance à la douleur bien plus élevé que dans la population de patients « ordinaire » ; comme exemple, nous citerons cette jeune femme très exubérante qui s'effondre soudain en pleurs en nous racontant « qu'elle a perdu son bébé », fausse couche provoquée par des coups au ventre dont elle ne se plaint pas ; elle ne désire pas être examinée pour vérifier d'éventuelles lésions internes ni que nous lui donnions des antalgiques, puis repart apparemment dans le même état de gaieté et d'enthousiasme. Une autre, venue au bus avec une entorse du LLE à la cheville droite assez importante, craque soudain et s'effondre en pleurs en montrant ses cuisses ouvertes : « Comment les hommes peuvent payer pour ça ? », mais ne s'inquiète pas de sa cheville qui semble pour elle totalement inexistante, ne prend pas les antalgiques proposés, et boitillant sur ses hauts talons sans paraître ressentir la douleur, repart « vaillamment » au « tapin », avec exubérance ; ce qui lui fait le plus mal est de se prostituer, pas sa cheville.

Ce sont de véritables phénomènes d'hypoesthésie générale, voire d'anesthésie que l'on constate, pour peu que l'on veuille bien s'y intéresser (l'absence de douleur est plus

arrangeante pour les soignants qu'un symptôme douloureux prononcé) ; on peut établir une corrélation entre l'insensibilité à la douleur et la durée d'activité prostitutionnelle : **plus celle – ci est longue, plus l'hypoesthésie se transforme en anesthésie**, à l'origine pour se protéger des sensations physiques d'un rapport sexuel non désiré, finissant par gagner l'ensemble du corps. **La situation « on » devient alors permanente et les troubles sensitifs deviennent chroniques.**

Bien sûr, ces phénomènes ne sont pas présents chez la totalité de ces personnes, mais ils sont extrêmement courants ; le Docteur Suzanne Képès l'a déjà mentionné : « Beaucoup d'entre elles se plongent alors dans une anesthésie physique et psychique pour supporter leur condition .» (59)

Nous pouvons constater que dans les travaux sur la prostitution, seuls les médecins cliniciens se sont intéressés à ces phénomènes de troubles du schéma corporels, passés inaperçus ou occultés par les autres catégories de professionnels en contact avec les personnes prostituées.

Pour tenter une présentation sémiologique psychiatrique de l'ensemble de ces phénomènes cliniques somatiques (troubles du schéma corporel constatés et ressenti de ces troubles par les personnes les présentant), nous proposons de les décrire comme un trouble de la conscience de soi et du vécu corporel s'intégrant à **un syndrome de conversion** , comprenant des troubles du schéma corporel décrits comme une asymbolie à la douleur associés à une absence d'atteinte organique, une absence de systématisation anatomo – physiologique, des troubles ne concernant que la vie de relation, une absence de contrôle volontaire du sujet, la présence d'une angoisse peu importante accompagnant le discours sur les symptômes et la présence de bénéfices secondaires (ne pas vivre la souffrance associée aux effractions corporelles à caractère sexuel répétées ; ne pas prendre soin d'un corps qui provoque dégoût

et rejet) et primaires (que nous aborderons dans le chapitre consacré aux liens avec les antécédents de violences sexuelles) .

Dans ses manifestations durables (en rapport avec la chronicité de la situation prostitutionnelle, ou en mode « on »), ce syndrome se présente comme une anesthésie de conversion, définie dans le premier chapitre de ce travail (« Méthodologie – terminologie »).

Il serait intéressant que cet aspect des choses soit approfondi par des psychiatres et des neurologues qui pourraient mieux expliquer ces mécanismes et processus dont toute personne qui veut bien s'en donner la peine pourra constater l'existence.

Ce seuil de tolérance à la douleur très élevé conduit à une insensibilité corporelle qui permet de comprendre pourquoi le soin n'apparaît pas comme évident et simple à ces personnes, et conduisant à l'échec toute tentative de facilitation à l'accès aux soins ou toute démarche thérapeutique de longue haleine.

- **L'instrumentalisation du corps. Modifications de l'image corporelle et troubles dissociatifs.**

« Une prostituée danoise a réussi à faire déduire de ses impôts ses frais de chirurgie esthétique : elle s'était fait refaire les seins. *« Les investissements effectués pour améliorer et entretenir les instruments de travail sont déductibles des impôts. Cela vaut aussi pour les péripatéticiennes »*, a

décrété la commission qui s'est penchée sur son dossier. »

Extrait du « Corriere della Sera, Il Foglio, Milan, reproduit dans « Courrier International », août 2000.

Cet entrefilet paru dans un journal italien montre à quels extrêmes de réification de la personne peut en arriver la conception du corps dans la prostitution.

Nous l'avons vu avec les différentes manifestations dissociatives inhérentes à la pratique prostitutionnelle : prostitution sans clivage n'existe pas.

Le corps devient un instrument de travail auquel il n'est pas demandé de ressentir mais d'agir. Il se trouve placé dans un contexte déshumanisé.

Nous insistons sur le fait que ce ne sont pas les conditions d'exercice (on rend souvent à l'heure actuelle l'extrême violence de la traite des personnes à des fins d'exploitation sexuelle responsable des symptômes dissociatifs observés, or il n'en est rien ; cette violence les aggrave, mais c'est la violence de base de l'acte sexuel non désiré qui en est la cause) qui influent sur cette instrumentalisation : que ce soit dans un bordel luxueux, dans un misérable lupanar, dans une triste rue ou un magnifique appartement, c'est l'acte sexuel non désiré en lui-même qui produit cet effet.

Certaines personnes mentionnent que les actes sexuels prostitutionnels ont été voulus par la personne prostituée (en échange d'argent bien sûr) ; mais on doit bien faire la distinction entre vouloir et désirer : vouloir suppose une démarche volontaire, une construction de la volonté.

On peut vouloir quelque chose qui n'est pas agréable ou désirable parce que c'est dans son propre intérêt (vaccination par exemple).

Le désir suppose une spontanéité, il a une essence profonde et non calculée ; or ici, il s'agit de volonté et non de désir. Le vécu ne va pas être le même.

La violence essentielle et fondamentale de la prostitution se situe dans l'absence de désir de la personne prostituée, bien que celle – ci soit rétribuée.

La dissociation de l'identité que nous avons mentionnée est en rapport avec le clivage de l'image corporelle de la personne prostituée, rapport simultané de l'apparition des troubles sensitifs altérant le schéma corporel.

*« On se fait une certaine violence pour réussir à s'oublier. On dédouble sa personnalité pour ne plus être soi. ». Comme si « On pouvait désertier son corps sans se désertier soi – même » (24).*

*« Je ne peux vivre dans la cassure de moi, je suis brisée » (57).*

*« C'est dans le studio où se prostitue une copine que je viens chaque soir changer de peau. Et c'est bizarre ce que je ressens à ce moment – là...Il me semble que j'entre dans une autre personne, que je suis dans un autre corps » (57).*

*« Non, ce n'est pas moi qui suis ici...Cette autre personne, je ne la connais pas...Je ne comprends pas qu'elle soit là...Il faudra un jour que je lui demande, mais je ne sais pas si elle pourra me répondre » (57).*

*« J'ai pas de bras et pas de jambes. Il ne me reste que la tête et le tronc. Je ne ressens pas une partie de mon corps, il existe pas, je suis obligée à des moments pour m'en rendre compte de le frapper » (34).*

« J'ai demandé aux clients de me prendre en photo, car je ne connais ni ma voix ni mon regard » (34).

« ...Et cette putain peut être moi mais elle peut aussi ne pas être moi, elle pourrait être une autre,[...] et quand je baise par exemple, c'est le petit chien que je préfère, le petit chien bien sage fixant un mur sale tandis que là derrière s'unissent deux organes, deux sexes en dehors du corps comme s'ils n'avaient rien à voir avec une volonté humaine, avec moi, avec ma tête qui se tient aussi loin que possible de cette rencontre qui ne me concerne pas, enfin pas personnellement, ce n'est pas moi qu'on prend ni même ma fente, mais l'idée qu'on se fait de ce qu'est une femme, [...] et quand je parle c'est parfois très gênant, je dis toujours une suite de propos incohérents et malvenus, la réalité de ce corps qu'on désire, fait de tout ce qu'il faut et qui pourtant ne coïncide pas, n'étant jamais le même d'une fois à l'autre, d'un jour à l'autre,... » (5).

Discordance, vécu dissociatif, ambivalence affective (très forte vis – à – vis du proxénète, existant parfois vis – à – vis des clients), régressions instinctivo – affectives, altération des relations sociales, familiales et sexuelles, conduites contradictoires, comportements ambigus, pseudo – indifférence aux normes et valeurs morales et sociales,...(voir Chapitre I). Ces manifestations schizoïdes au sens où elles montrent un clivage sont soulignées par plusieurs auteurs : « Les prostituées se désolidarisent de leur corps en espérant ainsi sauver quelque chose de leur intégrité. Or, dit Anita Khah : « Notre intégrité est d'abord sexuelle. C'est ce que montre la psychanalyse mais aussi un certain usage du langage comme les injures qui sont presque toutes sexuelles parce qu'elles cherchent à atteindre l'autre dans ce qu'il a de plus profond, de plus intime. » Dans la prostitution le corps est forcé et contraint ce qui entraînerait selon Anita Khah que la personnalité est elle aussi forcée et contrainte.[...] On peut encore approfondir le domaine de l'intégrité sexuelle de la prostituée à la suite du

Docteur Israël.[...] : le client entre en relation avec un sujet partiel pour satisfaire un désir partiel et limité ». » (60).

Comme le dit Colette Villey : «Être dehors, être dedans, ni d'ici, ni de là – bas. C'est être entre. Entre deux mondes, le monde prostitutionnel et notre monde. » (105)

Cet entre – deux nous paraît une formulation intéressante de la problématique de l'identité de la personne prostituée : le clivage de la personne prend en effet sa source dans l'entre – deux jambes, c'est là que « tout » se passe...

Enfin, le Docteur Wyart, dans sa Thèse de Doctorat de Médecine (Santé Publique) soutenue en 1989 (effectuée au SPRS de Lille), précise déjà en termes psychiatriques et psychanalytiques ce que nous même avons constaté : « Nous n'avons pas, dans l'étude du SPRS, d'éléments relatifs à l'image que la prostituée a de son corps. Nous verrons ultérieurement que le schéma corporel est, quand à lui, parfois mal maîtrisé. Nous pouvons nous interroger sur l'apparent clivage que la prostituée réalise entre son image corporelle dont nous apprécierons la charge d'événements traumatiques qu'elle comporte et son corps – objet vécu comme lieu et acteur d'un travail.

Leur corps, abîmé par l'usage professionnel et transformé en corps – objet subira petit à petit, entretenu par le parcours prostitutionnel, la perte de conscience de l'intégrité corporelle.

Le corps vécu comme corps prostitué sera accompagné d'un sentiment d'estime de leur personne souvent bas comme le cite Nicolas Pascal dans sa thèse relative à la prostitution féminine, conduisant la prostituée à vivre son corps comme fractionné ou à isoler la part d'elle – même qui se prostitue. La prostitution annule la femme comme corps sexué, la salariée de l'amour se doit d'être comédienne non au sens où elle aurait à simuler des

transports, mais parce qu'en elle la réalité ne vaut que par l'apparence qu'elle produit.[...] La réification du corps de la femme détruit les structures mêmes de sa personnalité antérieure.

[...] La prostitution rend compte, pour les unes, d'une tentative d'adaptation d'une personnalité avec un milieu asocial qui lui apporte une règle, une loi qui lui manquait, pour les autres, un continuum de violence, qui de la petite enfance par la promiscuité, par la sexualité inadaptée des adultes, aboutit à la destruction de leur image corporelle. Ce trouble de leur image corporelle se double, pour certaines, d'une méconnaissance du schéma corporel avec l'ignorance complète de la fonction gynécologique de leur corps.» (109)

Plutôt qu'un réel et complet syndrome de dissociation, nous voyons dans nos observations cliniques corroborées par les nombreux témoignages recueillis dans la littérature, les manifestations d'un vécu dissociatif associé à un type particulier de dépersonnalisation (la décorporalisation) ; les symptômes du syndrome dissociatif classique peuvent également se voir, mais ne sont pas constants ni nécessaires pour que les dysfonctionnements du syndrome de conversion décrit dans la partie sur les troubles du schéma corporel existent.

Nous pourrions donc décrire les phénomènes observés comme **un syndrome de conversion avec décorporalisation associé à un vécu dissociatif**. L'ensemble de ces symptômes faisant partie des **troubles de la conscience de soi (vécu dissociatif) et du vécu corporel (symptômes de conversion et décorporalisation)**.

Nous tenons ici à mentionner l'ouvrage déjà cité de Patrick Declerck (29) portant sur la population des clochards ; les manifestations d'auto – négligence corporelle extrême et le seuil de tolérance à la douleur très élevé qu'il a constaté dans cette population (incrustation de chaussettes dans la chair des jambes après plusieurs mois sans les retirer, fractures ouvertes

non soignées et tolérées comme de simples écorchures, maladies infectieuses en phase terminale, cachexie extrême) ressemblent beaucoup à nos observations sur la population des personnes prostituées ; les repères spatio – temporeaux sont également détruits chez les clochards. L’analogie ne s’arrête pas là ; les antécédents familiaux et personnels présentent des similitudes (violences familiales et sexuelles dans des taux bien supérieurs à ceux retrouvés dans la population « normale », parcours de vie désocialisé et sans recours, antécédents familiaux de pathologies psychiatriques fréquents, dysfonctionnements précoces de l’enfance) bien qu’ils ne soient pas parfaitement analogues (antécédents d’alcoolisme – tabagisme familial très important chez les clochards). L’équivalent de la toxicomanie secondaire à la prostitution (pour « s’anesthésier ») est chez les clochards un alcoolisme effroyable (tant par les quantités quotidiennes absorbées – 4 à 6 litres- que par le taux d’alcoolisme retrouvé dans cette population : 94%).

Patrick Declerck décrit les phénomènes d’anesthésie observés chez les clochards comme s’intégrant à ce qu’il appelle une « folle ataraxie », ou une incapacité totale de pouvoir agir, de pouvoir se relever et se battre, de pouvoir avancer dans une direction précise et continue.

Il mentionne également l’apsychognosie (incapacité du sujet à prendre conscience de ses comportements et de sa propre vie psychique) décrite par le Dr Fouquet et une symptomatologie psychiatrique « qui va au – delà du niveau du simple clivage » mais qu’il ne détermine pas comme s’inscrivant dans un syndrome psychiatrique particulier.

Si nous insistons particulièrement sur le travail de Patrick Declerck, c’est que ses constats sont semblables aux nôtres : on ne peut soigner ces populations que si l’on a conscience de cette pathologie psychiatrique spécifique aux atteintes physiques extrêmes répétées dans un contexte de violence psychique intense sur un terrain déjà fragilisé à la base (antécédents

particuliers) et de ses implications quand à l'auto – négligence corporelle et à la disparition de toute possibilité de se faire soigner en rapport avec une inexistence psychique du corps : « Comment comprendre de telles aberrations, sinon en faisant l'hypothèse que l'on se trouve là en présence d'un véritable retrait psychique de l'espace corporel qui, désinvesti, se trouve alors comme abandonné à son propre sort dans l'apparente indifférence du sujet ? Ces hommes et ces femmes vides, dépossédés d'eux – mêmes et de leur histoire, qui, au – delà de l'immédiatement opératoire ou du bavardage, ne demandent plus rien et semblent indifférents jusqu'au paroxysme de la douleur corporelle, posent la question de l'existence d'une souffrance qui paraît introuvable.» (29).

Nous irons plus loin en essayant de rattacher ces manifestations dissociatives à un processus de clivage de l'image corporelle, sur le plan psychanalytique donc : il nous semble que les parties atteintes dans ces mécanismes sont les trois composantes de l'image corporelle de la personne ainsi que son image dynamique. L'atteinte de ces « unités » provoque à son tour de graves répercussions sur une possibilité de prendre soin de son corps et par voie de conséquence, d'aller se faire soigner.

Dolto (33) nous explique que l'image corporelle peut se subdiviser en trois composantes : l'image de base, qui « est ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance » tout au long de la vie. Elle précise quand à cette image de base, et cela nous intéresse énormément pour le présent travail, que « Le sentiment d'exister d'un être humain, qui arrime son corps à son narcissisme, sentiment qui est évident, vient de cette conviction, sans doute illusoire, de continuité. C'est aussi pour cela qu'à l'inverse les éclipses de narcissisme sont l'ouverture à quantités d'aberrations pour l'équilibre

d'un être humain. Ici se situent les dérangements, les dérèglements fonctionnels, qu'on peut interpréter comme de véritables « chutes » ou failles du narcissisme, susceptibles de provoquer, par pulsions de mort localisées dans des régions du corps, des atteintes d'organes ».

Elle décrit « une image de base propre à chaque stade » : la première chronologiquement est l'image de base respiratoire – olfactivo – auditive, la seconde est l'image de base orale et la dernière, l'image de base anale.

La seconde composante de l'image corporelle est l'image fonctionnelle qui a une dimension sthénique « d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir, ce qui passe par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel en un lieu érogène où se fait sentir le manque spécifique est ce qui provoque le désir . C'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui ».

Enfin la troisième composante de cette image corporelle est l'image érogène, « associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre ».

Pour finir, « L'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images [...], reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique ».

Cette image dynamique est l'impulsion désirante qui permet à l'image corporelle d'évoluer et de se transformer au cours de la vie ; sans désir, l'image corporelle serait statique. C'est l'aspect « vivant » de l'image corporelle. Là aussi, il y a une image dynamique orale, génitale et anale.

Or, comme on le voit, la pratique prostitutionnelle, par le biais du clivage identitaire et des troubles du schéma corporel, provoque des atteintes à l'intégrité de l'image corporelle ; ces atteintes se caractérisent par :

- Disparition du désir global (projections à long terme inexistantes ou péjoratives, dévalorisation corporelle et psychique de la personne, évitement sensitif et disparition du désir sexuel) qui altère l'image corporelle dynamique ; elle ne peut continuer à se « dynamiser », à se développer.
- Disparition du plaisir sexuel en particulier qui affecte l'image érogène de la personne dans la mesure où l'image fonctionnelle du corps est vidée de toute relation au plaisir et déplaisir érotique et remplacée par une disparition des sensations érotiques, le sexe devient un « vide » de sens.
- Déshumanisation du rapport sexuel et disparition de tout échange de communication à composantes humaines (affects, émotions) : cela provoque une atteinte de l'image fonctionnelle, les schémas corporels n'étant plus érotisés dans un rapport humain, mais dénués de toute signification car il n'y a plus d'échange avec l'autre.

- Discontinuité temporelle, spatiale, identitaire : l'image de base de la personne ne peut plus s'inscrire dans une continuité inhérente au sentiment d'existence. C'est pourquoi on entend si souvent des personnes prostituées exprimer ce sentiment d'inexistence ; en dehors de ce qu'elles valent comme « viande », elles ne sont rien.  
« Prosti – tuée ? »

Il est bien évident que l'argent n'a pas sa place dans la constitution de l'image corporelle. C'est le caractère humain des échanges entre les instances tutélaires et l'enfant, puis entre les différents individus, qui structure cette image dans l'enfance puis lui permet d'évoluer dynamiquement et favorablement de façon continue.

On peut évoquer l'hypothèse que la place de « réparation du dommage » évoqué précédemment s'inscrirait dans une logique de réparation de l'atteinte de l'image corporelle dans ses différentes composantes, réparation irréalisable puisque l'argent n'est pas un élément humain, n'a pas de valeur humaine qui puisse intervenir dans ce cas.

**L'atteinte de l'image corporelle dans son ensemble ainsi que de sa dynamique engendre une atteinte de la possibilité de prendre soin de soi – même ( la notion de « mêmeté » étant profondément lésée ).**

- **Le déni – le double discours**

Au contact des personnes prostituées, en les écoutant, on voit apparaître une conséquence particulière de ce processus de décorporalisation : il s'agit de ce que nous appellerons le **double discours**, en fait un discours extrêmement ambivalent, qui se manifeste par un

discours de déni de la souffrance prostitutionnelle physique et psychique coexistant avec un discours de dénonciation de cette même souffrance.

Ce discours clivé peut l'être soit de manière alternative, soit existant simultanément.

A un moment donné, la personne prostituée va se présenter avec un discours exaltant les aspects « positifs » de son activité : beaucoup d'argent en peu de temps, liberté des horaires, pas de comptes à rendre à un employeur, manipulation de la gent masculine, sexualité libre, ...

Dans le temps qui suit, elle va ensuite présenter un discours de dénonciation des aspects « négatifs » : violence de la rue, isolement social, contrainte des rapports subis, dégoût des hommes, argent « qui brûle les doigts » qu'elle n'arrive pas à capitaliser, éloignement de la famille ou des enfants, stigmatisation sociale, auto – dévalorisation,...L'humeur est triste, désespérée, teintée d'angoisse, voire dépressive : crises de larmes, hurlements,...

Cette alternance peut également se présenter de façon si rapide qu'alors les deux discours deviennent audibles quasiment simultanément ; l'effet **confusionnant** est alors à son paroxysme, engendrant une paralysie de la capacité d'analyse du phénomène prostitutionnel et de ses conséquences, notamment sur la santé. Bien souvent, la seule perception qui reste est un **sentiment prédominant d'ambivalence** empêchant tout positionnement éthique permettant de passer dans une phase active et pour la personne prostituée et pour l'intervenant : c'est **l'ambivalence**. Ce phénomène n'est pas spécifique du domaine prostitutionnel ; on peut le constater également chez les personnes toxicomanes ou chez les clochards, et les intervenants travaillant avec ces populations.

Cet effet peut même engendrer des effets pervers dans le discours et les actes des intervenants sociaux et sanitaires sur lesquels nous reviendrons ultérieurement dans le chapitre concernant la « spoliation » (bien souvent involontaire et non analysée comme telle) de la parole par ces intervenants, spoliation qui augmente encore les conséquences négatives du phénomène de décorporalisation.

C'est pourquoi il nous semble impératif lors des entretiens de bien écouter la personne, et surtout de l'écouter suffisamment longtemps pour entendre le double discours et ne pas l'interpréter à un premier degré uniquement.

**LIENS AVEC LES AUTRES TYPES D'EFFRACTIONS CORPORELLES A  
CARACTERE SEXUEL. FAUT-IL ETRE « CHERE » POUR REDEVENIR  
« CHAIR » ?**

Il nous semble important maintenant de mentionner les conclusions de plusieurs travaux qui ont porté sur les antécédents biographiques des personnes prostituées concernant les violences sexuelles subies dans l'enfance et à l'âge adulte, ainsi que les études menées sur le devenir de personnes adultes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance : une corrélation incontestable s'établit entre les deux événements : antécédents de violences et entrée dans la prostitution ; nous verrons également qu'il est possible que l'effraction corporelle n'ait pas eu lieu « réellement » mais que la personne se soit trouvée « éduquée » dans un environnement à forte potentialité d'effraction corporelle à caractère sexuel, même si l'événement n'a pas eu lieu dans la réalité ou s'il n'est survenu que de façon fantasmatique.

**1) L'inceste et la pédophilie**

Deux personnes en particulier ont étudié le rapport entre inceste et prostitution : Malika Nor en 1992, dans le cadre du DU de Sexualité Humaine à l'UFR de Bobigny a réalisé un travail sur « Le sacrifice : de l'inceste à la prostitution » (84) ; et Caroline Brogonzoli, une Thèse de Doctorat de Psychiatrie à l'Université de Nancy sur le thème « De l'inceste à la prostitution : la faute originelle ? » (13). Précisons ici que la faute originelle est celle du père incestueux et non de l'enfant.

D'autres auteurs ont également cité les conséquences de l'inceste comme facteur d'entrée en prostitution ; notamment les médecins légistes et victimologistes comme le Docteur Gérard Lopez (69, 70 et 71 ), le Docteur Suzanne Képès (57, 59) , la sociologue Colette Villey (105),

le Docteur Lemoal (66), Anita Khah (60), le Docteur Feschet (in 20), Daniel Welzer – Lang (106), le Docteur Jean – Louis Wyart (109), Marie-Geneviève Zarouckian (110), Eva Thomas (98).

Ces recherches sont corroborées dans le détail par les témoignages d'anciennes personnes prostituées comme Nelly Arcan (5), Nicole Castioni (19), Sandrine Charlemagne (21), Maud Marin dans « Le saut de l'ange », et toutes celles qui ont témoigné anonymement.

Nous commencerons par rappeler les statistiques concernant ce problème, et leur évolution chronologique montrant une augmentation de la prévalence d'antécédents de violences sexuelles dans la population de personnes prostituées, que l'on pourrait mettre en rapport avec le fait que les violences sexuelles sont moins l'objet d'un tabou qu'auparavant et que ces choses commençant à être plus reconnues par la société, il devient moins difficile d'en parler ; de plus, ce lien devenant plus connu par les intervenants, ceux – ci sont plus à même de dépister un fait qu'auparavant, ils ne soupçonnaient même pas.

Cependant, tous les auteurs n'ayant pas fait de distinction entre inceste et pédophilie, les statistiques données concernent donc les deux types de violences sexuelles :

- En 1965, le Docteur Lemoal retrouvait 10% d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance des personnes prostituées étudiées (66).
- En 1975, le Docteur Feschet annonce un chiffre de 34% (in 20).
- En 1976, Benoîte Groult, dans la préface de « La dérobade » de Jeanne Cordelier, cite une étude portant ce chiffre à 25%.

- En 1978, une enquête menée à San Francisco par deux chercheuses (6), montre que 80% des personnes prostituées enquêtées ont été victimes de violences sexuelles qui se décomposent en 37% d'incestes, 33% de violences sexuelles et 60% de viol (l'ensemble dépassant 100% , car plusieurs réponses étaient possibles).
- En 1981, aux Etats – Unis, deux chercheurs américains (92) ont réalisé une étude sur deux cents personnes prostituées qui révélait que 60% d'entre elles avaient été intensément maltraitées sexuellement, à un âge moyen de 10 ans.
- En 1986, d'après une autre étude américaine citée par Kathleen Barry (6), ce sont 60 à 65% des personnes prostituées étudiées qui ont subi des violences sexuelles.
- En 1988, Marie – Geneviève Zarouckian, éducatrice au SPRS de Cannes, mentionne dans son intervention « L'inceste : passage à l'acte initiatique prostitutionnel ? » (110) que 40% des personnes prostituées reçues au centre ont vécu l'inceste.
- En 1989, le Docteur Wyart a étudié 54 cas de personnes prostituées au SPRS de Lille : 6 personnes sur 54 avait subi l'inceste (soit 11%) et 1 avait subi un viol. Cependant, il précise : « Nous pensons en effet que des faits marquants comme l'inceste, le viol n'ont pas été mentionnés dans un nombre de cas important.[...] L'interdit de l'inceste agissant comme fondateur du groupe social et organisateur de la psyché, sa transgression ne peut être que destructurante pour l'individu qui en est victime. L'angoisse et la culpabilité qui en découlent imposent le silence à la victime. La transgression de ce tabou impose le silence, ce qui explique le faible nombre de cas d'inceste et de viol » (109).

- En 1994, le Docteur Vidal – Naquet (103) cite un chiffre de 80 à 85% de violences sexuelles dans l'enfance des personnes prostituées.
  
- En 1996, une étude de l'ANRS (Association Nationale de Réinsertion Sociale) (4) montrait 29% d'antécédents de violences sexuelles chez 53,3% des jeunes reçus en danger de prostitution ; mais en discutant cette année avec Monsieur Cousin, le directeur de l'association, celui – ci estime qu'étant donné les conditions des entretiens et le contexte, ce chiffre est très largement sous – estimé, et qu'en réalité, il se monterait à plus de 90%. Il ajoute que toutes les personnes vues par l'association (environ 250 par an) lui ont rapporté que « Plus de 48 heures dans la rue, c'est la prostitution la seule solution pour survivre ».
  
- En 1998, la publication de l'étude réalisée sur 130 personnes prostituées à San Francisco par le Docteur Melissa Farley et Howard Burkan (41) donnait comme chiffres : 57% de personnes sexuellement abusées dans l'enfance (les auteurs soulignent que ce chiffre est plus bas que dans les autres travaux réalisés sur le sujet ; cette sous – estimation serait en rapport avec la difficulté de parole sur un sujet aussi dur : plusieurs enquêtés ont précisé qu'ils ne voulaient pas répondre à des questions sur leur enfance car les souvenirs seraient trop pénibles) ; 49% de personnes physiquement agressées dans leur enfance. A l'âge adulte, et en situation prostitutionnelle : 82% avaient été physiquement agressées, 83% menacées avec une arme, 68% violées durant leur exercice, 84% étaient ou avaient été sans domicile fixe.
  
- D'autres associations travaillant en Europe (Italie, Espagne, Belgique) à la réhabilitation physique et psychique de personnes prostituées s'accordent également à dire que les

antécédents de violences sexuelles atteignent un taux approchant 95% parmi les personnes fréquentant leurs structures (Séminaire « la réhabilitation des femmes victimes de la traite et prostituées », organisé par la Direction Générale de la Femme du Gouvernement de Madrid, octobre 2001).

On constate que plus on avance dans le temps, plus ces chiffres augmentent, non pas parce que les violences augmentent, mais parce que les personnes ont plus de possibilité d'en parler, qu'elles savent que leur parole sera écoutée. De plus, certaines des études sus – citées ne mentionnent que l'inceste par exemple, dans un taux déjà impressionnant, auquel il faut penser à rajouter les taux des autres types de violences sexuelles que l'enquête ne prenait pas en compte.

Il est d'ailleurs intéressant de noter à ce sujet les propos de Welzer – Lang : « On passera ici rapidement sur l'abus, et la logique sacrificielle du viol d'inceste, renvoyant chaque lecteur ou lectrice aux excellents travaux d'Eva Thomas. Pour notre part, nous avons très vite cessé de questionner les prostitué-e-s que nous avons rencontré-e-s sur l'abus sexuel vécu. A ceci plusieurs raisons : notre désir de ne pas réactiver des souffrances liées à l'évocation de moments difficiles, mais plus encore notre souci de respecter des territoires encore peu explorés par certain-e-s. Qu'on sache toutefois que beaucoup de personnes prostituées – et ceci confirme les travaux précédents - ont pu nous faire part d'abus sexuels de toutes sortes qu'elles avaient vécu » (106).

Bien que reconnaissant l'existence et l'importance des violences sexuelles (et non pas les abus, on ne peut abuser que d'une chose dont il est permis de la consommer ; ce n'est pas le cas du corps de l'enfant et ne devrait pas être le cas du corps de l'adulte) dans les antécédents

biographiques des personnes prostituées, l'auteur ne s'y attarde pas et ne les intègre pas dans son analyse de l'entrée en prostitution, y préférant la théorie du mécanisme de jeu (la mise en vente de son corps par la personne prostituée serait une manière de jeu entre liberté et contrainte, avec un défi aux conventions sociales que l'on prend plaisir à transgresser). Cela permet sans - doute de ne pas se poser la question du « Je » dans la prostitution.

Son « désir et son souci » ne correspondent – ils pas plutôt à l'attitude de notre société en général qui préfère ne pas s'interroger sur les causes des problèmes, dans la mesure où elles « offensent » notre vue, paraissent effroyables mais sans solution qui ne remettrait pas en cause ses fondements même ? Le premier respect dans ce contexte est justement de rendre la parole à ceux à qui on l'a coupé et de ne pas « cesser de questionner » ces personnes.

C'est ce qu'a exprimé le Docteur Jorge Barudy, psychiatre, cité en exergue de ce travail : « La prostitution est à la société ce que l'inceste est à la famille » ; c'est aussi ce qui explique la difficulté d'aborder ces deux sujets, où l'auteur doit s'entourer de multiples précautions, bien que l'inceste possède un « avantage » sur ce plan par rapport à la prostitution : concernant l'enfant, on n'admettra pas ce que l'on tolère pour les adultes. Comme le souligne Denise Pouillon – Falco (86) : on ne peut dissocier la prostitution des femmes de celle des enfants, « Elles utilisent les mêmes réseaux, elles sont le fait des mêmes criminels. Que deviendra d'ailleurs la fillette qui se sera ou aura été prostituée à l'âge de 14 ans, quand elle en aura 18 ? »

Nous estimons que sur le plan médical et sanitaire, il est complètement exclu de « passer » ou de « cesser de questionner » les personnes prostituées sur les violences sexuelles subies, et

qu'au contraire, cela fait partie d'un processus thérapeutique à envisager impérieusement (en fixant le cadre bien sûr) quand on parle de santé des personnes prostituées.

Tous les auteurs qui ont sérieusement travaillé sur le sujet s'accordent à trouver de nombreux points communs entre inceste / pédophilie (nous considérons dans ce travail que pédophilie équivaut à substitut d'inceste ou inceste symbolique, le pédophile représentant symboliquement une instance tutélaire « qui ne tient pas sa place pour l'enfant » ; d'ailleurs le Docteur Rouyer, pédo – psychiatre, amalgame les deux au niveau des conséquences sur l'enfant (88)) et prostitution :

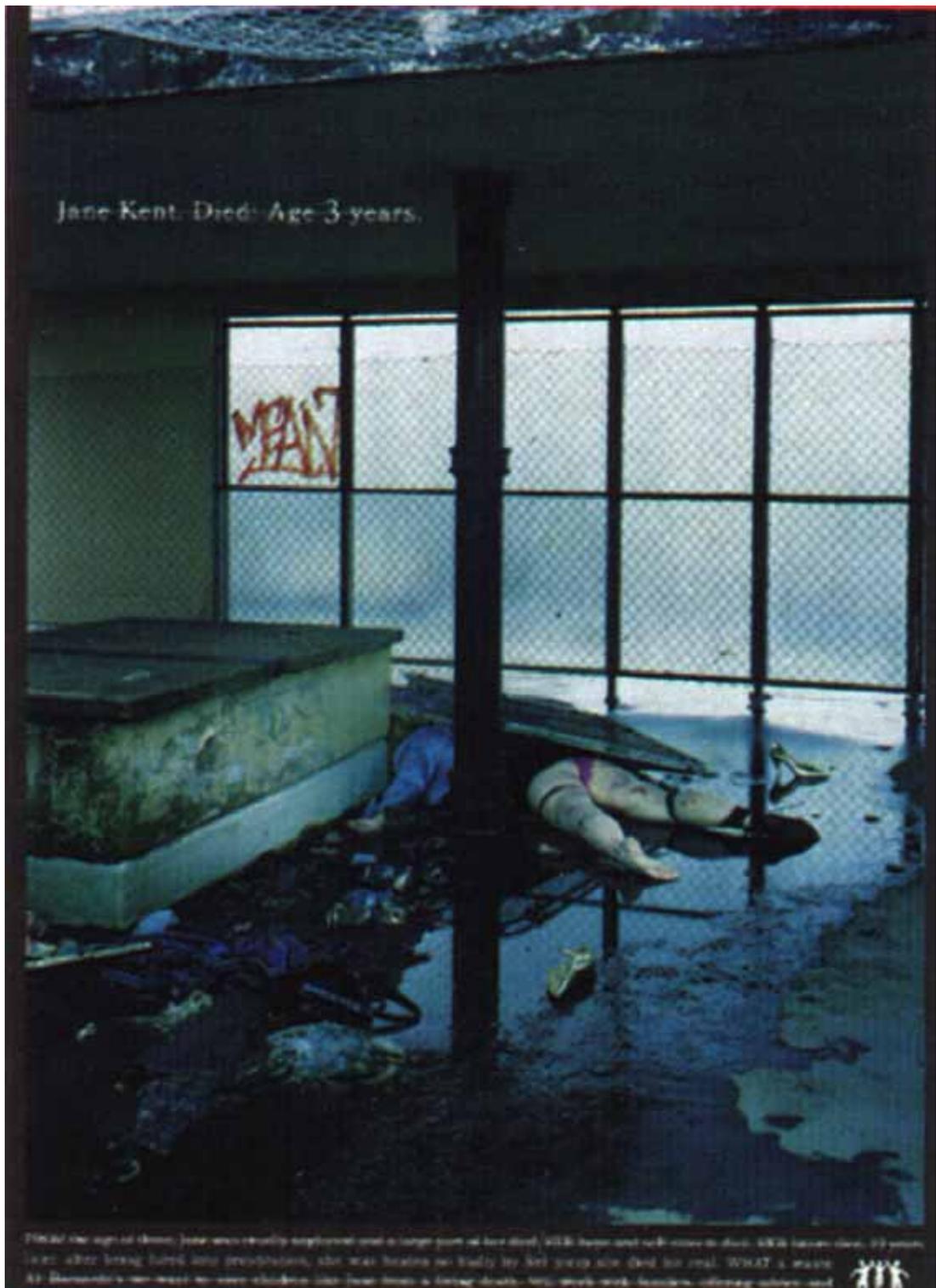
- L'analogie entre l'enfant victime d'inceste qui est livré à la puissance d'être « tout » (fille – épouse – amante) et à l'impuissance de n'être rien qu'un sexe à la disposition du père ou du substitut paternel (dans la relation pédophilique), et la prostituée qui est une « femme tout » à tous (champs de la toute puissance) et femme réduite à n'être rien qu'un sexe à la disposition de celui qui paie.
- L'enfant accepte de se sacrifier au « bon fonctionnement » familial et la prostituée s'offre à une fonction « sacrificielle » pour le « bon fonctionnement » de la société, dans les deux cas, le sacrifice lui – même plaçant l'une et l'autre en marge soit de la famille, soit de la société.
- L'enfant est le « bouc – émissaire » de la faute paternelle, la prostituée celui de la faute des hommes (de leur physiologie incontrôlable : elle permet le soulagement de ces besoins « irrépessibles », mais elle est condamnée pour cela).

- L'argent qui prend ici toute sa place symbolique dans la prostitution : dans l'inceste, l'argent ou le cadeau, les bonbons symbolisent l'achat du silence de l'enfant ; dans la prostitution, c'est en fait l'achat du silence de la prostituée quand à l'objet et la nature de la transaction, « mal nécessaire » mais qui doit être tenu secret et caché.
- Le secret est également partagé par les deux champs : secret de la loi familiale dans l'inceste, qui ne doit pas être révélée au grand jour ; secret de la loi du « Milieu » dans la prostitution.
- La compulsion de répétition de l'effraction sexuelle retrouvée dans la prostitution : le duo enfant – père (ou substitut) incestueux et le duo prostituée – proxénète (exprimant le versant amour) et prostituée – client (exprimant le versant haine).

Si on ne retrouve pas d'antécédents d'inceste et de pédophilie chez toutes les personnes prostituées, on retrouve dans tous les cas des antécédents de famille « déstructurée » avec une image du père très dévalorisée (souvent sur le versant violent) et une image maternelle inexistante ou inconsistante : voir travaux de Welzer – Lang, de Villey, de Nicolas,...

Pour sa part, le docteur Wyart cite dans son étude à Lille (109) que « les carences familiales favorisent l'évolution vers la prostitution : 58% des cas ont de mauvaises relations parents – enfants ; 17% de mésentente grave des parents ; 14% de père inconnu et 28% des cas, un des parents a abandonné le foyer ».

Il est à noter ici qu'il existe également des effractions psychiques influant sur la perception corporelle faisant intervenir un mécanisme de désorganisation par confusion, générées dans un contexte familial précaire et déséquilibré.



Publicité intégrée dans la campagne d'affichage contre les maltraitances à l'enfant de l'association anglaise « Barnado's », en 2001 ; le texte dit : « Jane Kent. Morte à l'âge de trois ans » ( prostituée, elle a été battue à mort par son proxénète alors qu'elle avait subi des violences sexuelles dans l'enfance).

Ce que le Docteur Képès résume ainsi : « Le profil typique de la personne prostituée est celui d'une femme qui, enfant, a subi le poids d'une dévalorisation massive venant d'un père abusif ou incestueux, ou de frères violents, et / ou d'une mère absente moralement ou réellement, malade ou faible, qui n'a pas eu la force de protéger sa fille. Cette petite fille a grandi dans un monde sans repères fiables, au milieu de la violence des hommes, avec la sensation de ne rien valoir » (57) et nous rajouterons : dans une société qui ne veut rien savoir.

Le Docteur Lopez souligne lui aussi cet aspect psychologique : « L'exclusion symbolique (que représente la violence sexuelle sur l'enfant) nous l'avons vu, conduit souvent aux conduites déviantes, et en particulier à la prostitution et à la toxicomanie, bien au – delà des liens économiques étroits qu'elles entretiennent. La prostitution est un terrain relationnel et matériel fertile, sur lequel la compulsion à la répétition peut se déployer à son aise. Par la soumission au désir du client (voire du proxénète) tout d'abord, laquelle constitue une répétition de la relation ancienne de soumission à l'abuseur. Par l'argent ensuite, dont l'abuseur a pu faire usage pour acheter le silence de l'enfant. Et enfin, par la recherche effrénée du lien à l'abuseur, aimé et haï » (70), qu'il classe dans les aspects cliniques des conséquences des violences sexuelles à l'égard des enfants.

Nous en revenons à ce que Charles Melman disait à propos des personnes prostituées : venant d'une famille où elles n'ont pas été symboliquement reconnues comme enfant désiré, elles sont réduites à leur « poids de chair » ; le lien avec l'argent devient alors évident et on peut se poser la question : faut – il être « chère » pour redevenir « chair » ?

Le très intéressant travail de Viviane Dubol (34), complète les théories sur la psychogenèse du symptôme prostitution avec l'introduction de ce qu'elle appelle « l'effet – mère » ; on l'a vu, dans la majeure partie des cas, la prostitution est envisagée comme une activité transitoire par les personnes qui la pratiquent, comme non durable, autrement dit comme éphémère.

Elle rapporte le fait prostitutionnel comme découlant non seulement d'une effraction corporelle réelle ou fantasmatique (qu'elle appelle effraction psychique à caractère sexuel) à caractère sexuel, mais aussi d'une interaction pathologique avec la mère qui n'a pas tenu sa place ; elle décrit trois mécanismes en rapport avec la mère, que l'on retrouve dans l'inceste : la confusion des langues (telle qu'elle est décrite par Ferenczi), l'identification au phallus (phallus qui devrait symboliquement combler la mère et auquel l'enfant s'identifie ; la prostitution serait une façon de tenir ce rôle phallique) et l'injonction (à un moment donné de son histoire, la fillette se voit formuler par sa mère une injonction de prostitution, de façon plus ou moins consciente et verbalisée). Elle mentionne aussi dans la classique triangulaire prostitutionnelle (prostituée - proxénète – acheteur) la présence d'un quatrième personnage, qui est féminin et qui représenterait la mère défaillante.

C'est l'intrication de cette mère défaillante ou « effet – mère » et du père réellement ou fantasmatiquement incestueux qui engendrerait le passage à l'acte prostitutionnel répondant à l'injonction, permettant la symbolique phallique et perpétuant la confusion des langues.

Ces assertions sont soutenues encore une fois par l'existence de carences familiales retrouvées chez toutes les personnes prostituées, carences familiales qui ne sont pas toujours précisées mais qui peuvent tout à fait correspondre au schéma proposé par Viviane Dubol.

DANS TOUTE PROSTITUÉE



IL Y A  
UNE PETITE FILLE ASSASSINÉE

Affiche du Mouvement « Le Cri ».

Pour clore cette partie, une petite précision : on voit apparaître ces dernières années des personnes prostituées se constituant en associations selon une optique réglementariste, et niant les antécédents de violences sexuelles chez les personnes prostituées, ou généralisant à partir de leur propre cas pour dire que ces violences ne sont pas une réalité globale.

Nous pouvons reconnaître qu'une fraction minoritaire de la population des personnes prostituées a eu la chance d'échapper à des antécédents aussi délétères pour la santé (ou bien est – ce un effet de l'ambivalence du discours ?), mais nous ne pouvons admettre que la parole de cette fraction ampute le devenir sanitaire de la majorité qui a vécu cela et ne peut l'exprimer, en empêchant la reconnaissance de ces antécédents et donc la mise en place de solutions sanitaires et thérapeutiques adaptées au problème.

## 2) Le viol

Les statistiques existant sur les liens entre effraction sexuelle à l'âge adulte et prostitution ne sont pas aussi fournies que celles sur l'inceste et la pédophilie.

Les conséquences psychologiques du viol sont cependant les mêmes que celles de l'inceste et de la pédophilie sur les victimes et notamment la prévalence du PTSD reste similaire.

Plusieurs cas sont mentionnés dans différentes études (Wyart, Welzer – Lang) et différents témoignages.

Par contre, il est une pratique fort répandue chez les proxénètes et qui est encore à l'heure actuelle très utilisée par les trafiquants d'êtres humains, notamment dans les pays de l'Est : il s'agit de la pratique du viol individuel ou collectif (de préférence), appliquée de façon

répétée, ayant pour but d'amener la personne à prostituer, à une collaboration pleine et totale, soit par la terreur, soit par la destruction de sa volonté.

Max Chaleil (19) précise : « On sait quelle importance le viol revêt dans la « prédestination » à la prostitution.[...] C'est dire que le viol – qu'il s'agisse de viol collectif ou de sodomie, accompli le plus souvent dans des conditions savamment étudiées pour offrir le maximum d'ignominie – lève l'ultime barrière, emporte la dernière résistance ».

### **3) Effraction sexuelle et conséquences pour l'image corporelle**

On le voit, le lien entre antécédents de violences sexuelles, qu'ici nous nommerons effractions corporelles à caractère sexuel en ce sens que cette expression montre bien comment l'effraction produit du clivage, de la cassure, de la coupure dans l'intime psychique et corporel, ce qu'on pourrait résumer par de la « mort – scellement », et prostitution est très important, même s'il est évident que toutes les personnes (enfants et adultes) effractées de cette manière ne deviendront pas prostituées et que 100% des prostituées n'ont pas subi de violences sexuelles.

Pour l'entrée en prostitution, de nombreux autres facteurs jouent, mais ils sont bien souvent secondaires aux carences familiales et aux violences sexuelles dans la plupart des cas ; nous distinguons bien ici la prostitution dans les pays industrialisés où les possibilités financières et professionnelles offertes aux femmes (bien que de nombreux progrès restent à faire) leur aient permis de s'affranchir des facteurs économiques pour laisser apparaître avec prédominance les facteurs psycho – sociaux et la prostitution dans les PVD où bien souvent c'est encore la misère économique qui joue le rôle principal dans l'entrée en prostitution (conjuguée bien sûr

aux violences envers les femmes et à la domination hommes / femmes encore plus prononcée dans ces pays qu'ici ; voire 32).

Le chercheur suédois Sven – Axel Mansson (75) a effectué un très intéressant travail sur « l'effet Mathieu », décrit par Vanwesenbeeck (dans « Prostitutes, Well – being and Risk », Amsterdam University Press, 1994) : plus la personne accumule de 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 et plus la sortie de prostitution est 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 ».

Ceci expliquerait aussi ces assertions des prostituées réglementaristes : si elles n'ont pas vécu de violences sexuelles dans leurs antécédents, elles peuvent afficher ce que nous appellerons une « pseudo – résilience » par opposition à la résilience (selon la définition de Boris Cyrulnik) réelle des prostituées sorties de prostitution, et également pourquoi on entend plus leur voix que celles qui ont subi de tels antécédents, pour lesquelles il est très difficile de parler (surtout lorsque leur parole est remise en doute par les « pseudo – résilientes », et qu'elles sont considérées comme de « mauvaises professionnelles » par celles – ci car elles ne dénoncent pas les conditions de prostitution, mais la prostitution elle – même) .

Pour en revenir aux conséquences des effractions corporelles à caractère sexuel, elles sont extrêmement similaires au niveau de l'image corporelle et aussi du schéma corporel.

Dans le travail de Jeanne Vantorre, « Inceste, des actes impensables : leurs répercussions sur l'activité symbolique et en particulier l'image du corps », la conclusion permet de faire un rapprochement analogique évident avec les lésions corporelles retrouvées dans le processus de décorporalisation provoqué par la pratique prostitutionnelle : « Nous retrouvons effectivement, de façon massive, cette défaillance de symbolisation au niveau de l'image du corps. Les études de cas évoquent l'existence de failles, d'incertitudes identitaires, parfois même un vécu de fragmentation. Le choix des identifications sexuelles s'avèrent très difficile.[...] Cela laisse supposer que l'image du corps n'est pas intégrée de façon souple et harmonieuse. De plus elle est faiblement investie par l'affectivité. En outre, toutes les représentations du corps se situent à un niveau de maturité général significativement inférieur à l'âge chronologique [...]. Dans certains cas, cette représentation ne semble pas avoir évoluée depuis le début des abus. [...] Ce qui évoquerait (dessin du nombril) une préoccupation insistante par rapport aux limites corporelles. L'analyse du Rorschach met en évidence une lutte, plus ou moins importante, pour maintenir l'intégrité du corps. Le corps est vécu comme abîmé, ouvert, voire morcelé, fragmenté.[...] Les difficultés de construction identitaire semblent majeures ». (102)

Ces troubles identitaires en rapport avec des dissociations de la personnalité sont également mentionnés par le Docteur Lopez comme conséquences de tous les types de violences sexuelles à l'égard des enfants (et notamment l'inceste et la pédophilie) (70) : le trouble dissociatif de l'identité (forme majeure du syndrome de dissociation post – traumatique du DM IV), l'identification à l'agresseur, la confusion des langues, l'emprise, l'exclusion symbolique et le PTSD (Post – Traumatic Stress Disorder) ; tous ces symptômes sont retrouvés, comme, nous l'avons vu, chez un grand nombre de personnes prostituées : une étude rapportée par une chercheuse américaine, Abigail Zuger, et réalisée par le Docteur

Melissa Farley (étude internationale réalisée aux USA, en Afrique du sud, en Zambie, en Thaïlande et en Turquie) a montré que sur les 500 personnes prostituées enquêtées, 67% souffraient de PTSD, de forme simple (directement générée par la situation prostitutionnelle) ou de forme compliquée (secondaire à des antécédents de violences sexuelles) (40).

Nous pouvons mettre en corrélation les constats de cette enquête sur le PTSD avec nos propres constats cliniques concernant le syndrome de conversion prostitutionnel associé à la décorporalisation et au vécu dissociatif ; ces deux entités cliniques psychiatriques étant liées à l'activité prostitutionnelle et interagissant entre elles, avec un aspect plus spécifique du syndrome de conversion prostitutionnel touchant le corps et donc la capacité de se soigner.

Une expérience de réhabilitation psychologique de personnes prostituées, une des premières de ce genre, est effectuée depuis plus d'un an en Espagne, à Madrid, par le Dr Francisco Orengo : il s'agit d'une Unité Psycho – Sociale, s'adressant à des personnes en cours de sortie de prostitution (condition indispensable à la réalisation de la réparation psychologique) et proposant des psychothérapies spécifiques et adaptées aux symptômes (et notamment au PTSD simple et complexe) consécutifs à la situation prostitutionnelle.

En ce qui concerne le viol, les mêmes symptômes sont diagnostiqués (Lopez (59), Bulletin du Collectif Féministe contre le Viol de 1994). Une amnésie majeure des faits est très souvent retrouvée, accentuant les troubles identitaires.

Toutes ces données montrant l'analogie majeure des conséquences des violences sexuelles dans l'enfance et à l'âge adulte et de la prostitution sur l'image corporelle de la personne nous conduisent à envisager deux faits :

- **La pratique prostitutionnelle en elle – même (par la répétition d’actes sexuels non désirés) est une violence à l’intégrité physique et psychique de la personne prostituée, entraînant de graves dommages à son image corporelle (entre autres), et donc responsable de comportements d’auto – négligence allant même jusqu’à l’auto – destruction, et ce quel que soit le type de prostitution et son contexte** .Très peu d’enquêtes ont été réalisées auprès de prostituées dites de « luxe » et apparentées : call – girls, escort – girls, ..., permettant d’avoir des statistiques sur leurs antécédents et leur état de santé, mais les témoignages de celles qui en sont sorties concordent avec ce qui est observé dans les autres types de prostitution, et le livre de Nelly Arcan « Putain », qui vient de paraître, en est un excellent exemple.
- **L’existence d’une image corporelle déjà lésée comme on en trouve dans les conséquences des violences sexuelles est un facteur de risque majeur à une entrée dans la prostitution**, si la personne ne dispose pas d’un environnement et d’un soutien humain qui lui permettront de développer un comportement résilient avec possibilité de restaurer l’image corporelle atteinte. Ce dernier point recoupe celui qui a déjà été constaté par de nombreux auteurs ayant étudié le viol et ses conséquences sur la victime : une effraction corporelle à caractère sexuel rend la victime plus vulnérable à une nouvelle effraction identique.

Ces faits ne sont aucunement un jugement péjoratif sur les personnes prostituées ou effractées et leurs capacités (fort heureusement, si la très grande majorité des personnes prostituées a subi des violences sexuelles, la très grande majorité des personnes présentant des antécédents de violences sexuelles ne devient pas prostituée), mais un constat clinique de nature

psychologique destiné à aider le clinicien et l'intervenant soucieux d'agir avec discernement, notamment dans le diagnostic de certains troubles identitaires induisant une ambivalence qu'il convient d'analyser précautionneusement.

Nous devons ici mentionner pour finir le problème de la stigmatisation sociale, qui est, c'est un fait, bien réelle malheureusement, et n'arrange pas les choses ; les raisons avancées pour expliquer cette stigmatisation sont diverses et variées : jalousie des femmes mariées vis-à-vis des personnes prostituées, prostitution vue par certain - e - s comme l'ultime façon pour une femme de vivre sa sexualité en faisant un pied de nez à la société et provoquant ainsi son courroux, non respect de la sexualité dite « irréprouvable » de l'homme,...

On constate en fait qu'encore une fois le problème n'est pas abordé de façon profonde ; si on reprend les analogies entre inceste et prostitution, cette stigmatisation s'éclaire d'un jour nouveau : le tabou de l'inceste est universel (bien que polymorphe) et est un des principes fondateurs de la vie sociale. Toute transgression de ce tabou est donc non seulement un crime contre l'individu mais aussi un crime contre la société elle - même, par agression de sa structure même.

La prostitution, qui est un analogue de l'inceste, ou que l'on peut considérer comme un substitut à l'inceste, est donc la possibilité que se donne une sous - population, les acheteurs, de transgresser ce tabou sans avoir à en assumer les conséquences, possibilité tolérée par la société pour la raison que cela permettrait d'éviter justement les pratiques incestueuses et pédophiliques, ainsi que les viols.

Or, bien loin de les éviter, la prostitution fait le lit de l'inceste, de la pédophilie et du viol en impliquant de façon inconsciente l'autorisation de la transgression de cet interdit, pour de

l'argent. Si le corps des femmes est marchandable sur le trottoir, c'est – à – dire si le corps des êtres humains est un objet de consommation, il n'y a plus de frein à cette consommation implicitement autorisée.

Le Docteur Képès le souligne dans ses propositions : « Dévoiler le lien étroit entre viols, incestes et prostitution, qui reposent tous sur l'idéologie machiste et la cruauté du plus fort sur le plus faible » (57).

Pour illustrer cette affirmation, nous citerons le cas de ce pédophile dont on a récemment beaucoup parlé puisqu'il s'est suicidé au moment de son arrestation, activant des débats sur sa culpabilité plus que probable : Paul Jacquin était instituteur au village de Zittersheim, et a fait subir des violences sexuelles à un grand nombre de ses élèves. Un article du journal « Le Monde » du 04.06.2001 rapporte : « Enfin, les gendarmes ont recueilli le témoignage d'une prostituée que l'instituteur a rencontré par le biais du Minitel rose, il y a quelques mois. Celle – ci a affirmé avoir dû porter des habits de petite fille et se comporter comme un enfant, au cours d'un scénario reconstituant l'ambiance d'une salle de classe, afin que Paul Jacquin parvienne à une érection. Cette femme lui ayant demandé s'il avait déjà eu des relations sexuelles avec des enfants, M. Jacquin aurait répondu par l'affirmative ».

Ce cas n'est pas unique, on en retrouve un certain nombre ; les travaux sur la pédophilie montrent l'existence de cette démarche chez les pédophiles : commencer à « consommer » chez les prostituées, avant de passer à l'acte sur des enfants.

**La stigmatisation sociale existante envers les personnes prostituées découlerait donc d'un processus inconscient collectif qui identifierait le rapport entre violences sexuelles**

**(sur enfants et adultes) et prostitution ; ces personnes seraient donc considérées comme celles par qui le tabou peut être transgressé et perpétué, au lieu de stigmatiser le transgresseur symbolique réel, l'acheteur. On peut considérer cela comme un transfert de stigmatisation.**

Il en ressort que dans ce cas, c'est le groupe complet des personnes prostituées qui est considéré comme concerné par cette facilitation d'accès à la transgression, et que les personnes prostituées qui n'ont (ou n'auraient) pas été victimes de violences sexuelles sont assimilées au réservoir « substitut d'inceste », qu'elles le veuillent ou non ; la seule manière de lutter contre cette stigmatisation, c'est de lutter contre les violences sexuelles en général, et contre ce qui permet de pérenniser cette transgression de l'interdit.

Nous précisons ici un point important : le passage de la dimension individuelle à la dimension collective.

En effet, l'histoire propre de chaque personne prostituée vient s'inscrire dans une histoire collective, et prend des dimensions politiques dès lors qu'elle s'inscrit dans un système d'exploitation d'un sous – groupe de la population (les personnes prostituées) par un autre sous – groupe (les acheteurs de services sexuels et les proxénètes) ; les proxénètes représentant l'organisation du système prostitutionnel à l'échelon micro – social, les structures politiques et institutionnelles en représentant l'échelon macro – social.

La prostitution a une réelle dimension économique, pas seulement financière mais aussi sociale, comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, contrairement aux phénomènes sociaux de clochardisation ou de toxicomanie (dans lesquels les dimensions économiques sociales et financières sont nettement moins présentes ; même pour la toxicomanie, où la

dimension financière existe par le biais du marché de la drogue, on ne retrouve pas des implications de productivité monétaire aussi grande que dans la prostitution); c'est pourquoi ses diverses facettes sont à prendre en compte dans l'optique sanitaire, et des constats strictement cliniques conduisent à des prises de position politiques au travers de la mise en place de stratégies de santé publique concernant ce domaine.

On ne peut s'intéresser seulement à la dimension d'une histoire individuelle dans la prostitution ; comme l'ont déjà souligné plusieurs auteurs, de nombreux intervenants travaillant auprès des personnes prostituées, et nombre de ces dernières, la prostitution est un fait social, un phénomène de société, et non pas la simple congruence de destins individuels.

Le Docteur Wyart le souligne, en nous ramenant une fois de plus à la notion de clivage, mais ici dans sa dimension collective : « Le clivage femme prostituée et femme non prostituée permet de placer la prostituée dans sa fonction au sein du groupe social. C'est en fait un cloisonnement du comportement sexuel masculin. La femme dans la famille dans le cadre d'une sexualité à visée de reproduction, séparée de la femme instituée dans le cadre d'une sexualité masculine sans responsabilité sociale. La prostituée comme exutoire : cette fonction reconnue par le corps social, nous la retrouvons mentionnée par J.F Lyotard à propos du rapport prostituée – client : « Elle convertit donc ces perversions en détournement d'énergie en monnaie et celle – ci en marchandises (voire en capital) veillant ainsi à la sauvegarde de l'ensemble social... ». Cette énergie est aussi une valeur marchande, c'est ainsi que parle Karl Marx à propos de la prostitution « pure activité créative de richesse ». Notre société de consommation n'offre comme seule possibilité d'accès à la satisfaction des besoins de celles victimes du sexisme, de la discrimination au travail, du manque de formation professionnelle, le recours à la seule valeur reconnue par la société : leur corps. » Et de conclure : « La

connaissance d'éléments de compréhension psychologique et sociale est nécessaire pour fonder une politique d'aide à ces femmes en difficulté ». (109)

L'exploitation économique financière (d'après un article du « Monde diplomatique » de novembre 2001, « Au total, la prostitution mondiale générerait un chiffre d'affaires annuel compris entre 5,4 et 7,6 milliards d'euros. D'après Interpol, une prostituée procurerait en moyenne 107 000 euros par an à son proxénète ») et sociale (fausse logique d'un maintien de l'ordre social par le sacrifice d'un sous – groupe de la société, ayant notamment des répercussions notables sur la vision globale de la sexualité de l'ensemble de la population du territoire concerné) s'est organisée en véritable système institutionnalisé de façon officieuse et insidieuse, maintenant les victimes dans ce système et le réalimentant de manière permanente en matière première marchande.

L'impact politique de l'organisation de ce système se voit de manière évidente dans le phénomène de la traite des êtres humains en plein essor dans le contexte de mondialisation de mise à l'heure actuelle : en 1993, l'enquête ACSF montrait que le recours à la prostitution avait clairement diminué et qu'il était en voie de régression majeure. Depuis l'expansion de la traite dans notre pays (entre autres), tous les intervenants ont constaté que ce recours augmentait par un phénomène de « mode », et que cela favorisait de nouveau « l'importation » d'autres êtres humains pour un marché redevenu très florissant.

Socialement parlant, ce constat nous montre d'une part l'impact sur la vie des personnes trafiquées à des fins d'exploitation sexuelle, d'autre part dans notre pays, le maintien d'une vision archaïque de la sexualité masculine et féminine hautement délétère à une amélioration et un épanouissement des relations hommes – femmes.

Les décisions qui seront prises concernant ces deux domaines sont bien des décisions politiques puisque il s'agit de décisions de santé publique concernant la collectivité dans son ensemble qui devront aboutir à des stratégies d'éducation sexuelle, juridiques et législatives, financières, économiques. Il est intéressant de noter qu'ici encore, sur un plan politique, la mise en place de la réinsertion des personnes prostituées est contrée par un pouvoir politique (le droit de vote étant plus utilisable et accessible pour les acheteurs que pour les personnes prostituées désocialisées et trafiquées, ce qui donne implicitement aux premiers un pouvoir de pression politique dont les secondes ne disposent pas) qui ne facilite pas l'application concrète et pratique de la volonté abolitionniste de la France.

La mise en place de propositions thérapeutiques psychologiques et donc physiques pour les personnes prostituées (leur permettant enfin de se soigner correctement notamment) passe donc par une prise en compte ferme de la dimension collective de l'exploitation du système et par des décisions politiques.

#### **4) Masochisme ou compulsion de répétition ? Choix réel ou choix par contrainte?**

Bien souvent, et même dans la très grande majorité des travaux et rapports, lorsque ces phénomènes de décorporalisation sont constatés, ils ne sont pas identifiés comme tels mais sont mis en relation avec un masochisme qui serait inhérent à toute personne prostituée, et qui la pousserait à s'exposer à des situations de violences psychiques, physiques et sexuelles à répétition.

Les explications proposées pour ce supposé masochisme serait soit directement une jouissance directe de la violence elle – même, soit une jouissance indirecte de sa propre

capacité à résister à de telles violences. Mais on le voit, cette jouissance n'est pas un système qui fonctionne à long terme et les propos des personnes prostituées elles – mêmes ne confortent pas cette hypothèse.

Une autre hypothèse a été retenue, notamment par Daniel Welzer – Lang (106), celle de la prise de risque (face aux MST et aux violences entre autres) sous l'aspect du jeu dans l'entrée en prostitution ,et de la mise en danger à répétition (traumatophilie). Le problème est que cette hypothèse du jeu, de la prise de risque, n'explique pas pourquoi ces personnes présentent un tel comportement, et ne fait pas de lien entre l'histoire antérieure à leur entrée en prostitution et les dangers auxquels elles s'exposent dans la situation prostitutionnelle. Le seul intérêt de cette hypothèse est de faire involontairement le lien entre « jeu » et « Je », et compte tenu des antécédents de violences présentés par les personnes prostituées, ne peut – on pas concevoir cette mise en jeu de sa personne comme une volonté de retrouver son « Je » ?

Si de l'extérieur du milieu prostitutionnel, on peut se poser la question, quand on étudie les histoires de vie de manière individuelle, et notamment les antécédents familiaux déséquilibrés et les antécédents de violences sexuelles, l'hypothèse ne paraît pas viable. La prise de risque dans le milieu prostitutionnel suppose un enjeu bien plus grave que les prises de risque chez les joueurs et les personnes non prostituées qui ne se protègent pas des MST par exemple.

Le lien avec les violences psychiques, sexuelles et physiques antérieures à l'entrée en prostitution nous suggère une autre hypothèse, celle de la **compulsion de répétition** liée à la pulsion de mort, déjà observée chez les personnes présentant de tels antécédents et non prostituées.

La compulsion est une force mentale interne, irrésistible, contraignante, poussant le sujet à accomplir un acte précis. Elle est à l'origine d'une lutte anxieuse contre l'accomplissement de l'acte ; en cas de non – exécution de l'acte, une angoisse majeure sera produite.

C'est ce que nous pouvons voir dans la situation prostitutionnelle, telle qu'elle est décrite par de nombreuses personnes prostituées : il « faut » qu'elles se prostituent (de toute façon, elles ne savent faire que « ça »,...Beaucoup de raisons avancées en façade), c'est un ressenti impérieux ; elles sont partagées entre l'angoisse d'y « aller » et l'angoisse de ne pas le faire.

La lutte anxieuse contre l'acte (se vendre) est toujours moins angoissante que le non – accomplissement de cet acte, cas dans lequel les sentiments d'auto – dévalorisation et d'incapacité deviennent extrêmes.

La notion de compulsion de répétition nous paraît mieux refléter la réalité de l'acte prostitutionnel, dans lequel la personne prostituée subit à nouveau une situation similaire à celle du traumatisme originel.

En tenant compte des antécédents de violences déjà mentionnés, on pourrait aussi envisager une autre hypothèse : celle de la contra – phobie, dans laquelle le sujet s'expose de manière volontaire au danger qui le terrifie, et ce afin de surmonter l'angoisse et la phobie générées par ce danger.

Encore une fois, nous ne sommes pas spécialiste de la question, et un approfondissement de la validité des hypothèses proposées est à réaliser ; un mémoire de Maîtrise de Psychopathologie Clinique à l'Université de Caen est actuellement entrepris par une étudiante (Elisa Pasquette), dont le sujet concernant les conséquences des violences sexuelles sur les comportements des

enfants qui en sont victimes, et le rapport entre ces comportements et la compulsion de répétition pourrait nous apporter un éclairage affiné sur cette question.

La question du choix fréquemment évoquée par les réglementaristes (ceux – ci parlent d'un « droit de se prostituer » et de la « liberté de faire ce qu'on veut de son corps ») et les exploités de la prostitution nous semble importante à aborder ici, dans l'optique de la compulsion de répétition : il semblerait que ce qui concerne la personne adulte laisse indifférents et les acteurs de terrain, et l'ensemble de la population, du fait de l'existence chez l'adulte d'une capacité de jugement supposée complète et fonctionnelle, d'une responsabilité propre de ce qui lui arrive et des notions de liberté et de choix.

Il nous semble cependant que pour pouvoir choisir, il faut en avoir les capacités (difficilement acquises par des personnes ayant vécu des situations aussi meurtrières que celles de l'inceste, de la pédophilie et du viol) et se trouver devant une situation de réel choix, et non de choix par contrainte (psychologique en rapport avec les antécédents sus – mentionnés, physique en rapport avec l'existence d'un proxénète, financière par misère économique,...ou l'ensemble de ces facteurs intriqués) ; choisir dans le cas de la majorité des personnes prostituées, c'est choisir entre « la peste et le choléra », c'est – à – dire entre une situation destructrice et une autre situation destructrice (toxicomanie, suicide, alcoolisme, misère sociale extrême, délinquance,...) parce qu'elles n'ont plus d'autre recours si elles ne peuvent recevoir au moment du « choix » une aide extérieure qui les aiderait à trouver une situation de réel choix.

## **LA SPOLIATION DE LA PAROLE : LE REDOUBLEMENT DE LA VIOLENCE ORIGINELLE.**

La possibilité de prendre la parole, de la reprendre ou de la retrouver est signalée comme le facteur déclenchant majoritairement reconnu dans la sortie de prostitution de nombreuses personnes prostituées.

Cette parole est bien souvent elle – même redonnée par un facteur déclenchant de nature verbale ou non verbale : ce peut être une énième agression physique (peut – être rappelle-t-elle d'une manière ou d'une autre à la personne l'agression originelle), une insulte ou une menace de trop, une menace pour l'environnement familial (notamment envers les enfants), la parole d'un acheteur ou d'une autre prostituée, la rencontre avec des intervenants qui sauront écouter,...

Il est difficile d'identifier dans chacun de ces événements particuliers ce qui a pu permettre de « débloquer » brutalement une parole qui était impossible depuis si longtemps ; ce qui apparaît comme probable, c'est que cet événement a un rapport essentiel avec le vécu « pré – prostitutionnel » de la personne.

Nous avons également fait le constat, comme beaucoup d'autres auteurs dans ce domaine, qu'il faut un lieu pour que cette parole puisse se libérer et une « oreille » non pas compatissante mais attentive pour la recevoir et lui donner sens dans une relation humaine qui permettra qu'elle puisse continuer à se libérer.

Or, l'ambivalence et la violence inhérentes au milieu prostitutionnel ne contribuent pas à l'existence de ce lieu et de cette « oreille » ; bien plus, des phénomènes pervers sont engendrés par ce milieu, qui peuvent conduire à écouter la parole, mais à ne pas l'entendre, ce qui produit des effets catastrophiques sur la possibilité de la personne prostituée à recouvrer une autonomie corporelle et psychique dynamique.

Deux phénomènes principaux seront exposés : le syndrome de l'intervenant et ce que nous appelons le « phénomène de maquerellage ».

### **1) La spoliation par le corps médical, les soignants et les intervenants**

Le constat dont nous parlerons ici a été présenté par de nombreux auteurs et au cours de nos études à l'UFR de Médecine de Bobigny – Paris XIII, nous avons souvent eu l'occasion d'en entendre parler, afin de nous prévenir de ce piège inhérent à la pratique médicale, mais plus largement sanitaire et sociale.

- **L'appropriation du corps du soigné par les soignants**

C'est un phénomène qui permet la distanciation, notamment par rapport aux symptômes de souffrance physiques et psychiques éprouvés et exprimés par le patient, et leurs répercussions sur le propre vécu et les propres perceptions des soignants.

L'origine en est le désir d'approche scientifique donc objective qui a préoccupé et préoccupe encore les soignants, et notamment les médecins, dont le principe de neutralité empathique fait partie et dont l'objectif intentionnellement louable était de rester le plus impartial possible

quand au diagnostic à faire et aux traitements à proposer. L'émotion ne doit pas intervenir dans l'évaluation ni dans la prise de décisions concernant le patient.

La réification du patient presque réduit à son corps, quand ce n'est pas à des organes ou à des fonctions, doit permettre de garder cet œil objectif vis-à-vis du malade et de sa maladie. Cela permet également au soignant de prendre de la distance vis-à-vis de ses émotions et d'une éventuelle identification au patient ou à ses souffrances dans des situations parfois très dures humainement, engendrant des dysfonctionnements dans le comportement professionnel du soignant.

Malheureusement, arriver à un équilibre juste entre objectivité et humanité n'est pas chose aisée ; on entend souvent : « Il faut se blinder », « Il faut garder ses distances », « Ne vous investissez pas trop »,...du côté des soignants. A l'inverse, un certain nombre de patients se plaignent du manque de chaleur et de communication humaine de leur soignant, même si techniquement, ils n'ont aucune doléance. C'est d'ailleurs un fait constaté dans beaucoup de procès intentés par des patients à leur médecin : bien souvent ce n'est pas l'erreur technique, même si elle existe qui a motivé la décision de porter plainte, mais un ressenti de déficit de communication par le patient ou sa famille.

Le corps devient donc objet dans l'univers médical ; on n'est plus « Monsieur » ou « Madame », mais le numéro de chambre où l'on se trouve ou le cas « Machin », ou tel ou tel nom de maladie ou de syndrome.

Nous citerons ces paroles du Docteur Xavier Emmanuelli : «La deuxième réflexion, l'hôpital est un lieu où l'on y rencontre des spécialistes de tout, il existe 55 spécialités pour « réparer »

les organes ; d'un certain point de vue, les hommes - objets se réparent comme des machines. Si une pièce défectueuse est arrivée à son terme, à son point d'usure, on peut la remplacer en prenant une autre pièce sur un autre corps - objet. Le corps - objet est donneur d'organes. Chacun d'entre nous et chaque personne sur la terre est potentiellement donneuse de pièces détachées pour des gens venus à bout de course. Ce point, nous l'avons tous admis, la santé est la réparation des pièces défectueuses, de la machine. Nous sommes des objets et considérés comme tels.

Il faut toujours garder en tête qu'il n'y a pas d'un côté des hommes - objets et de l'autre des hommes - sujets. C'est très difficile à comprendre puisque nous sommes dans une situation où nous paramétrons, où nous essayons d'avoir le plus d'éléments objectifs. » (Voir annexe 1)

La réification des personnes par les soignants, si elle est supportable dans un contexte où les patients peuvent lutter contre ce processus (soutien familial et amical, personnalité antérieure à la maladie bien structurée,...) devient très difficile à contrer dans un milieu où les personnes prostituées sont déjà transformées en objets une bonne partie du temps.

De plus, et malheureusement, nous avons pu constater au cours de nos études et de notre exercice médicaux que l'éthique et la déontologie ne sont pas des conceptions toujours bien répandues et mises en pratique dans le milieu médical : tel gynécologue qui nous proposa de nous entraîner à faire des touchers vaginaux sur des patientes anesthésiées pour une IVG si cela nous posait un problème d'avoir à en demander l'autorisation aux patientes consultant en urgence (cela tombe sous le coup de la loi punissant le viol), tel chirurgien qui se plaignait de ne plus pouvoir fréquenter de prostituées en Afrique car avec le sida, il fallait mettre des préservatifs, tels urgentistes lors de l'arrivée d'une prostituée aux urgences qui se sont moqué d'elle (elle avait été agressée par un client qui voulait lui voler son argent) et ont pris le parti de celui – ci, tel généraliste libéral qui pour une consultation a demandé à la prostituée venue

le consulter « une pipe » comme prix de la consultation, et bien d'autres exemples que nous n'aurons pas la place de tous citer ici.

On comprend alors la réticence des personnes prostituées à se trouver confrontées à cette violence institutionnelle médicale et à préférer aller voir des médecins femmes ; et comme le Docteur Berton qui pose la question « Le généraliste peut – il prendre en compte la sexualité de ses patients ? » (8), il nous vient à l'esprit de poser son corollaire : « Le patient doit – il prendre en compte la sexualité de son médecin ? »

- **Le syndrome de l'intervenant**

Ce syndrome a été décrit par le Docteur Dominique Agostini dans « La violence dans les attitudes professionnelles » et nous semble tout à fait correspondre à ce que nous avons constaté dans les structures d'interventions sanitaires dans le domaine prostitutionnel (et mentionné par d'autres auteurs) et à l'hôpital ou en médecine libérale.

Il l'a décrit pour les intervenants au contact de délinquants, de patients porteurs de troubles psychiques sévères ou d'enfants maltraités (séviés et violences sexuels).

Le contact avec des patients dont la réalité quotidienne psychique, physique et sociale est extrêmement dure entraîne non seulement un phénomène de « burn – out » (phénomène d'usure et de dévitalisation des intervenants engendrant une perte de la distanciation et du comportement professionnel, constaté dans les services où se voient des pathologies chroniques ou à pronostic vital gravement compromis entraînant chez les patients de grandes souffrances physiques et / ou psychiques, comme la cancérologie, la médecine interne, la psychiatrie, la gériatrie, les soins palliatifs,...) mais aussi un phénomène « d'identification à

l'agresseur » dans lequel « Une relation d'emboîtement enchaîne alors intervenants et clients dans la confusion identificatoire » (2). Autrement dit, l'intervenant (professionnel soignant ou social) s'identifie à la personne auprès de laquelle il intervient, prenant à son compte ses revendications et doléances même les plus illogiques et menaçantes pour le bien – être de cette personne, afin de ne plus avoir à s'user dans une résistance à ces revendications et doléances parfois injustifiées ou déplacées.

Ainsi, « Sans le voir et le savoir, car privés de l'espace interne pour les représentations, les intervenants deviennent dans ces cas complices de la répétition et de la transmission transgénérationnelle des traumatismes et donc de la violence de leurs clients » (2).

Agostini précise qu'il s'agit d'un « clivage passif ». Les conséquences de ce clivage sont la disparition chez l'intervenant de la capacité d'écoute et d'intervention objective par identification à la personne dans un contexte totalement confusionnel, engendrant elle – même le renforcement de la violence et de la confusion des personnes, ou auxquelles sont soumises ces personnes auprès desquelles l'intervenant travaille : « La confusion entre écouter et se taire leur donne à croire que leur vide idéalisé soigne. Leur moi ainsi en léthargie car envahi par la violence ne peut plus mettre de limites à la violence : toute limite est en fait ressentie comme ramenant la violence. Ainsi frappés d'interdit de savoir, ils craignent d'être intrusifs, de déflorer des problématiques non symbolisées » (2).

Or, quel milieu plus confusionnant et violent pour l'intervenant que celui de la prostitution ? Il en existe d'autres bien sûr, mais ici la confusion des idées et des comportements est portée à son comble par l'ambivalence permanente du milieu prostitutionnel.

C'est ce qui explique le comportement et la position d'un certain nombre de travailleurs sociaux et de soignants (infirmières, médecins) intervenant auprès de personnes prostituées ; corrodés par l'usure induite par le contact avec un milieu où l'ambivalence, la confusion et la violence dominant, ils mettent en place ce mécanisme de défense identificatoire qui leur permet de survivre et de continuer à intervenir, mais qui est gravement délétère pour les personnes prostituées car, en cautionnant le déni, en introduisant des biais dans l'identification des problèmes et des besoins de ces personnes, en s'arrêtant aux premières interprétations sans approfondir les causes de ces problèmes et besoins, ils pérennisent les situations violentes et confusionnelles de ces personnes, et notamment leurs conséquences sur la santé mentale et physique de ces dernières.

- **Introduction de l'ambivalence dans le discours de l'intervenant**

Un certain nombre de ces intervenants se focalisent sur les conditions d'exercice de la prostitution comme obstacles à la santé et à l'accès aux soins des personnes prostituées, et non pas sur la prostitution elle – même comme facteur essentiel au travers du processus de décorporalisation.

Le syndrome de l'intervenant conjugué aux difficultés matérielles et financières rencontrées pour intervenir dans ce milieu, ce à quoi se rajoute le désengagement de l'Etat dans ce domaine et l'absence de mise en pratique de conditions facilitant la mise en place d'actions à long terme permettant à ces personnes prostituées de se réappropriier leur corps et leur existence, débouche sur des prises de positions réglementaristes dans lesquelles l'origine du problème n'est plus la décorporalisation due à la pratique prostitutionnelle mais les conditions d'exercice de la prostitution et la stigmatisation sociale (qui existent bien sûr, mais sont des

facteurs secondaires) ; on entend alors resurgir entre autres les vieux poncifs : « De toute façon, ça a toujours existé et ça existera toujours », « On ne peut rien y changer », « C'est un mal nécessaire ».

Le Docteur Gabel a identifié également ce processus, notamment face aux maltraitances sur enfants ; dans les effets de la violence intra – familiale sur la personne du professionnel : « Cette pathologie du lien génère des angoisses telles qu'il est partagé entre deux issues : affronter tout seul le problème, ou nier sa gravité sinon sa réalité », engendrant des dysfonctionnements à type de plaintes visant de multiples partenaires sur lesquels il rejette l'origine des problèmes, entre autres « Plaintes vis-à-vis des collègues, de la hiérarchie, de l'institution, des autres institutions » (très fréquent dans les associations de terrain intervenant dans le domaine de la prostitution) ; elle conclut : « Ce découragement à penser conduit bien sûr au renoncement et à la démobilisation, mais aussi en amont face aux familles maltraitantes, il installe aussi le déni. » (45).

C'est ce même problème que l'on retrouve chez les intervenants sanitaires et sociaux travaillant dans le domaine de la prostitution.

## **2) La spoliation par les « représentants » de la population partenaire dans la santé communautaire : un problème émergent**

Un certain nombre d'actions de promotion de la santé se sont créées dans une optique communautaire, en partenariat avec des personnes prostituées dans le but d'une part de travailler sur la définition des objectifs et des activités en bénéficiant de leur expérience de la rue et du domaine prostitutionnel, d'autre part de faciliter l'introduction et le contact des intervenants sanitaires et sociaux dans un milieu dont l'abord ne leur était pas évident et dans

lequel ils pouvaient rencontrer des difficultés d'acceptation (mentionnées dans l'introduction).

L'idée de santé communautaire qui implique la participation de la population concernée par les projets de santé est très intéressante dans sa conception d'un « citoyen – usager » qui deviendrait acteur à part entière du processus, ce qui lui permettrait de prendre des décisions d'une façon active dans l'élaboration des objectifs à atteindre et des moyens pour y parvenir, renforçant ainsi son adhésion et son observance aux actions, aussi bien préventives que curatives, aboutissant de cette façon à la création d'une véritable « démocratie » de la santé, dans laquelle les professionnels de santé et sociaux ont un rôle d'experts, de conseil et d'éducateurs.

Malheureusement, un tel concept est difficile à mettre en œuvre et nécessite de surmonter des obstacles inhérents à son principe ; il exige entre autres le renforcement de l'éducation à la santé de la population concernée, pour lui permettre de comprendre et d'évaluer du mieux possible les actions proposées.

D'autre part, on sait que l'identification des besoins est un processus complexe : idéalement, il faudrait identifier les besoins de santé « réels » d'une population ; or, on n'arrive en général qu'à une interface entre l'identification par la population des besoins ressentis et celle par les professionnels sanitaires et sociaux des besoins ressentis. Ces deux catégories de besoins ne sont pas forcément les mêmes : les experts peuvent identifier des problèmes donc des besoins non cernés par la population (exemple du saturnisme qui n'est pas évident pour un non expert) et inversement.

- **Introduction d'un biais dans l'identification des problèmes et des besoins de santé des personnes prostituées**

Les actions de santé communautaire dans le domaine de la prostitution (Bus des Femmes et PASST à Paris, Bus Cabiria à Lyon, Bus Médecins du Monde à Nantes et à Nancy) comprennent la plupart du temps en France une unité mobile composée d'un bus itinérant suivant les trajets sur lesquels ont été repérés des lieux importants d'activité prostitutionnelle et d'une équipe de professionnels socio – sanitaires et de personnes prostituées en activité ou ayant arrêté la prostitution (appelées en général les animatrices). Cette unité mobile propose un accueil aux personnes prostituées des lieux visités, avec des boissons chaudes, distribution de matériel de réduction des risques (préservatifs, gel lubrifiant, « kit seringues » pour les personnes prostituées toxicomanes), conseils de prévention dans le domaine des MST, possibilité d'entretien avec un médecin ou une infirmière s'ils sont présents, prises de rendez – vous au local fixe de l'association si une prise en charge sociale ou sanitaire s'avèrent nécessaires, adresses utiles (administratives, juridiques, hospitalières,...).

En fait, c'est aussi un lieu de convivialité qui permet aux personnes prostituées de faire une pause dans la nuit, de se réchauffer, de se mettre un moment à l'abri des regards inquisiteurs, de s'isoler un peu de la rue, d'échanger des nouvelles et des informations entre elles et avec les animatrices du bus, et qui représente de cette façon un support pour la promotion de la réduction des risques et les informations sociales et sanitaires importantes.

On peut constater dans ces actions l'apparition d'effets « pervers » dus aux problèmes de mise en place d'un tel système dans un milieu aussi confusionnel et ambivalent, engendrant à leur

tour confusion et ambivalence, avec des effets néfastes sur la santé des personnes prostituées et leur prise en charge :

- Le déficit d'éducation à la santé des personnes – relais ou animatrices originaires de la prostitution : dans la plupart des associations de santé communautaire travaillant dans ce domaine, les animatrices ont été engagées sans formation initiale aux problèmes de santé, autre que celle qu'elles ont des problèmes de la rue ; elles ne voient donc pas la santé sous un angle médical, et beaucoup d'éléments leur échappent pour pouvoir identifier certains problèmes spécifiques, sur lesquels elles se trouvent ensuite en opposition avec les médecins. Le travail d'éducation à la santé commence seulement à se faire dans certains endroits.
- L'introduction de biais dans l'identification des problèmes et besoins de santé des personnes prostituées : le déficit d'éducation sanitaire y intervient pour une part, comme nous l'avons vu. S'y rajoutent d'autres problèmes : le changement de statut de la personne prostituée qui devient animatrice y joue énormément. N'étant plus soumises aux conditions extrêmement dures de survie dans la rue (même si elles continuent à se prostituer, elles ont un salaire de base provenant de leur fonction d'animatrice), certains problèmes ne leur apparaissent plus comme primordiaux à résoudre, ou bien subissent une « distorsion » d'identification dans laquelle les réclamations ne se fondent plus sur le réel problème, mais sur une réinterprétation de type idéologique, sociologique ou politique (exemple : le problème de la stigmatisation bien réelle qui devient prétexte à tout et n'importe quoi en matière de revendications). Il semblerait que cela aille même jusqu'à une discrimination entre différentes formes de prostitution ou certaines prostituées, si celles – ci tiennent un discours qui ne va pas dans le sens des revendications des

animatrices, elles n'hésitent pas à le modifier (Lilian Mathieu en parle dans « Prostitution et sida » (72), avec une analyse essentiellement socio – politique omettant un certain nombre de problèmes); sur le plan du soutien psychologique et des propositions permettant une réinsertion pour celles qui le désirent (et on sait qu'elles ont alors rudement besoin d'être soutenues), nous avons entendu plusieurs fois au « Bus des Femmes » répondre aux prostituées qui se mettaient à pleurer en évoquant leur difficultés : « T'inquiètes pas, c'est vrai que c'est dur, mais ça ira mieux demain. On est toutes passées par là, on sait ce que c'est ». Le fait de savoir ce que c'est n'empêche pas d'approfondir l'entretien pour identifier précisément l'origine du problème et proposer des solutions qui permettraient de le résoudre.

- Le déni de certains facteurs invalidant des théories prônant la professionnalisation de la prostitution : il résulte comme nous l'avons vu ci – dessus des deux faits précédents et provoque des lacunes graves dans les solutions à proposer ou envisager, ainsi qu'un certain nombre de désaccords avec les médecins, pour lesquels la santé n'est plus envisagée sous un angle global, mais uniquement dans les implications socio –politiques qui permettent de revendiquer un certain discours « professionnalisant », omettant tous les problèmes générés par la pratique prostitutionnelle elle –même et qui seraient trop « subversifs » dans ce cas. On aboutit au cautionnement et à la pérennisation de choses inacceptables du point de vue de la santé mentale et physique de ces personnes, et de leurs conditions d'existence.
- La focalisation, consécutive des précédents « effets », sur la réduction des risques et non plus sur une vision globale de la santé : il est désespérant de constater que  finalement, en 2001, l'approche de la population des personnes prostituées est toujours envisagée sous le

même angle : les maladies vénériennes. Elles restent au premier plan et continuent à enfermer les prostituées dans cette vision ultra – réductrice et délétère pour leur santé en général.

Si l'approche réduction des risques permet de résoudre des problèmes à court terme et d'introduire par ce moyen des actions de santé sur le terrain, à moyen et long terme elle ne résout rien des obstacles de base empêchant un accès aux soins, et pérennise même certains de ces obstacles ; on se trouve confronté ici au même problème éthique que celui rencontré par les médecins de l'humanitaire en situation d'urgence : on constate au bout d'un certain temps que ce qui pouvait être bénéfique au départ devient néfaste par la suite en maintenant une population dans un contexte dangereux pour sa santé. Il est bien sûr important d'intervenir rapidement et efficacement au début, mais cela ne doit pas contribuer à pérenniser le fonctionnement vicieux des problèmes auxquels ces populations sont soumises.

- **Apparition d'un discours non représentatif et pervers. Phénomène de « maquerillage »**

Ainsi, nous avons pu entendre en mai 2000 lors d'une réunion à la DDASS de Paris faisant appel à tous les intervenants de terrain dans le domaine de la prostitution, la directrice d'une association de terrain pour les transsexuels et les travestis, répondre à la question : « Y – en – a-t-il parmi vous qui distribuent des préservatifs féminins ? », qu'elle était résolument contre l'utilisation d'un tel matériel, du fait que certaines personnes prostituées le réutilisaient plusieurs fois de suite avec des clients différents sans le laver, ce qui était dangereux pour ceux – ci et contraire à « l'éthique » d'une « bonne professionnelle soucieuse de la santé de son client » ; or toutes les recommandations de l'OMS conseillent de proposer un accès à

l'éventail le plus large possible de matériel de réduction des risques, car cela augmente les chances d'utilisation de ce matériel.

De plus, si le client refuse le préservatif masculin, il doit en assumer les risques, sans que la personne prostituée y soit exposée ; c'est le principe de responsabilité partagée.

On en arrive ainsi à de réelles aberrations sur le plan sanitaire, fruit d'un discours se voulant professionnel, mais rejetant une fois de plus la responsabilité et la culpabilité sur les personnes prostituées, pérennisant ainsi cette vision archaïque et extrêmement nocive du « péril vénérien » qu'elles doivent gérer seules, sans implication de l'acheteur.

C'est ce que nous appellerons ici le phénomène de « maquerellage », bien différent du syndrome de l'intervenant : il concerne les personnes prostituées qui interviennent dans le cadre d'actions de santé communautaire et dont le comportement et le discours induisent des effets pervers sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes prostituées, les maintenant dans la situation délétère où elles se trouvent.

Elles se comportent ainsi comme les tenancières de maisons – closes autrefois, les « mères maquerelles » qui étaient d'anciennes prostituées, exerçant encore à l'occasion, et qui maintenaient leurs pensionnaires dans l'état de servitude dont elles – mêmes avaient souffert, ce qui leur permettait d'en vivre et d'y échapper en partie ou complètement.

Elles vivent ainsi d'une autre source de revenus que celle de la prostitution qui leur permet de s'extraire en partie ou définitivement de ce milieu, mais tiennent un discours qui justifie et cautionne la prostitution des autres.

Elles affichent une sorte de « pseudo – résilience » qui fait l'admiration de beaucoup de personnes étrangères au milieu de la prostitution et de beaucoup d'autres qui le connaissent bien mais sont victimes d'un syndrome de l'intervenant ou n'ont pas une vision éthique forte,

et contribuent ainsi à maintenir la majorité des personnes prostituées dans une situation qu'elles n'ont pas choisie ou choisie par « choix de contrainte ».

Toute personne prostituée qui leur apporte publiquement la contradiction se voit traitée de menteuse, de « mauvaise professionnelle », voire verbalement brutalisée et sa parole est rejetée comme non représentative de la situation prostitutionnelle. On voit réapparaître ici le maintien de la loi du silence qui s'apparente à celle en vigueur pour l'inceste, et qui est soutenue par de nombreuses personnes étrangères au milieu que cela arrange bien de « fermer les yeux ».

C'est encore une fois la personne qui lève le tabou qui est considérée comme celle « par qui le scandale arrive » et qui est mise au ban des structures lui permettant de s'exprimer.

- **Réduction des risques : réduction des soins ?**

Nous finirons ce chapitre sur la spoliation de la parole par cette question essentielle : l'optique réduction des risques qui est l'approche majoritaire de la plupart des actions de santé communautaire dans ce domaine ne finit – elle pas par aboutir à une réduction des soins ?

Comme nous l'avons souligné précédemment, la santé ne se résume pas à la prévention des MST. Or, il existe un réel problème de prise en charge sanitaire chez les personnes prostituées, d'une part auto – induite par la décorporalisation, d'autre part hétéro - prolongée par les mauvaises conditions et la stigmatisation sociales.

Le docteur Brunet (14) le constatait déjà en 1992 : « Les problèmes posés par les MST et par le sida ne sont qu'une des facettes des problèmes de la prostitution et certainement pas la plus importante ».

On peut constater le même phénomène dans d'autres domaines, notamment dans les interventions auprès des personnes toxicomanes, pour lesquelles un certain discours sur la mise en avant de la réduction des risques finit par occulter les autres problèmes sanitaires et le questionnement sur la raison qui amène ces personnes à s'intoxiquer, qui implique des réflexions éthiques, philosophiques qui sont difficiles et sont évitées par une justification de ne pas « juger ».

Or, il ne s'agit pas de juger la conduite de ces personnes sur un plan moral, mais de juger des effets délétères ou bénéfiques de ces conduites sur leur santé afin de se fixer une démarche éthique qui puisse permettre des solutions à long terme, et pourquoi pas la remise en question de certains faits de société archaïques qui se justifiaient auparavant ou qui étaient inévitables, mais que notre niveau technologique et nos progrès philosophiques nous permettraient aujourd'hui de modifier dans une optique d'amélioration de la qualité de vie de tous.

## **DECORPORALISATION ET SANTE : UN OBSTACLE MAJEUR A L'ACCES AUX SOINS**

### **1) Etat des lieux des problèmes et besoins de santé des personnes prostituées**

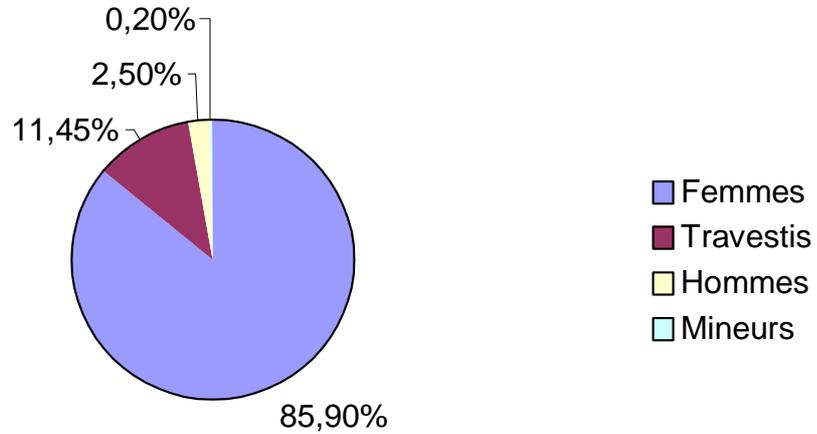
Nous allons ici présenter quelques données utiles pour cerner un peu les problèmes et besoins de santé des personnes prostituées.

Bien qu'il s'agisse d'une population hétérogène et que des variations soient constatées selon le sexe, l'âge, les pratiques prostitutionnelles, la présence de toxicomanie ou non, l'origine étrangère des personnes, leur niveau d'éducation, et le lieu où s'exerce la prostitution, il y a une base commune aux besoins de santé, à laquelle s'ajoute des questions spécifiques à chaque caractéristique mentionnée ci – avant.

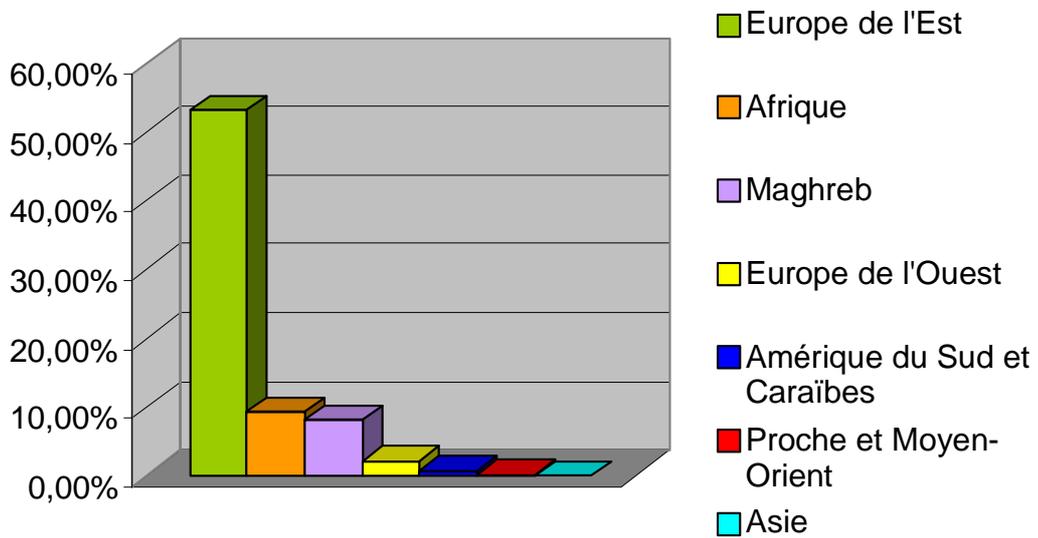
Nous prendrons comme source de données notre propre travail au « Bus des Femmes » (101) pour lequel nous fournissons les graphiques des données sanitaires recueillies (pages suivantes), ainsi que les travaux du Docteur Wyart au SPRS de Lille, du Docteur Brunet (qui a participé à la mise en place du « Bus des Femmes »), du travail collectif du groupe de création du « Bus des Femmes » (23), et du Docteur Képès (59).

L'estimation du nombre de personnes prostituées en France est de 15 000 à 18 000 (OCRTEH : Office Central de Répression de la Traite des Etres Humains, 1999), et n'a pas bougé depuis trois ans, bien que de nombreuses prostituées venant notamment des pays de l'Est (60% des personnes prostituées étrangères) aient modifié les composantes de cette population, dans laquelle les prostituées « traditionnelles » auraient tendance à diminuer.

**Profil de la population de personnes se prostituant en 1999 en France** ( source: OCRTEH )



**Nationalité des personnes étrangères se prostituant en 1999 en France** ( source : OCRTEH )



Concernant la composition par genre de cette population, le profil donné par l'OCRTEH (graphique page 119) concorde avec celui retrouvé au Moulin – Joly (centre de consultations médicales accueillant les personnes suivies par le “Bus”) qui est de : 86,5% de femmes, 12,1% de travestis et 1,4% de mineurs.

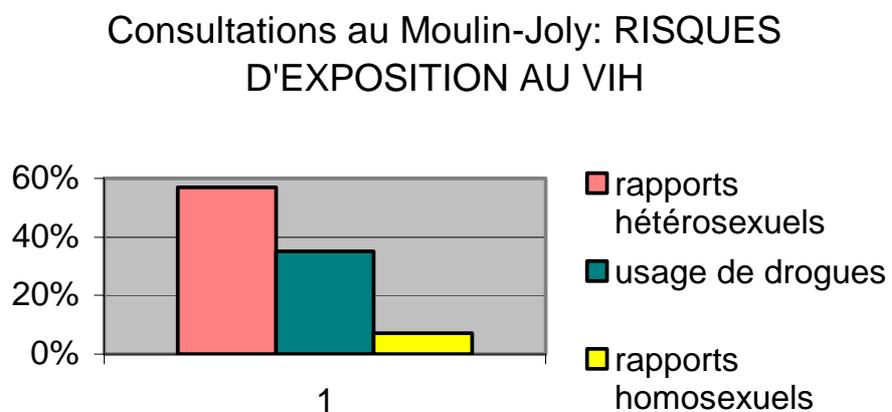
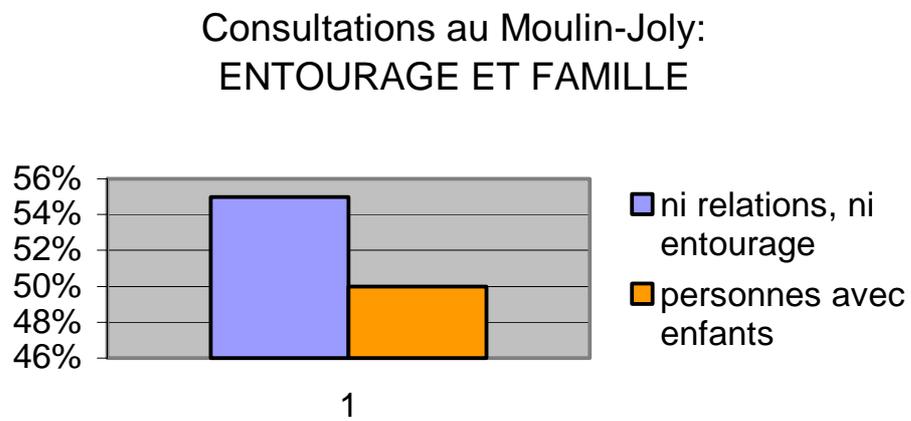
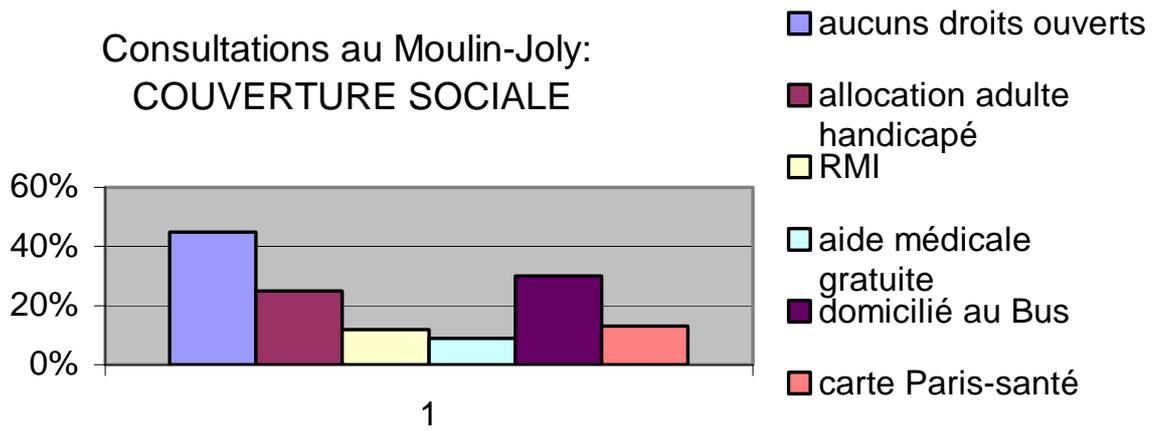
Nous présentons en pages suivantes (pages 121 et 124) quelques graphiques sur l'état de santé de la population du “Bus” qui consulte au Moulin – Joly .

Dans l'étude du Docteur Wyart en 1989 au SPRS de Lille (109) , on retrouve pour la couverture sociale (sur 54 personnes) : 25 personnes (soit 46,3%) bénéficiant de la Sécurité Sociale, 14 (soit 26%) bénéficiant de l'AMG (Aide Médicale Gratuite), 4 (soit 7,4%) ayant souscrit une assurance privée et 13 (soit 24%) qui n'ont aucune protection sociale. Cette dernière catégorie est nettement plus importante au “Bus”, mais cela peut s'expliquer par: le fait qu'au SPRS, les personnes suivies sont en prévention ou en réinsertion, donc elles peuvent bénéficier d'une couverture sociale grâce à un travail ou avoir fait les démarches administratives nécessaires pour obtenir une couverture sociale et le fait que le profil n'est pas forcément le même à Lille et à Paris.

Sur le plan sanitaire, le Docteur Wyart retrouve: 30% ayant un antécédent de salpingite (pour la population féminine générale, les études ont montré en 1997 une prévalence de Chlamydia Trachomatis de 2,3% et de gonocoques de 0,01%), et 28% au moins un antécédent d'IVG.

22% ont été hospitalisées pour motif psychiatrique (dont la moitié pour dépression).

Pour les consultations auprès d'un généraliste, 42,6% consultent régulièrement ou souvent (moyenne d'âge 33 ans), 40,7% consultent occasionnellement (moyenne d'âge 31 ans) et



9,25% ne consultent jamais (moyenne d'âge 23 ans); il faut rappeler que ce sont des personnes fréquentant le SPRS, donc ayant la possibilité et l'encouragement d'aller voir un médecin.

La recherche – action menée en 1990 (23) montre 66% des personnes prostituées rue Saint – Denis présentant un problème médical dans l'année précédant l'enquête contre 95% aux Portes de Paris. Ce sont les problèmes ORL et broncho – pulmonaires qui dominent.

Pour l'IVG, rue Saint – Denis elles étaient 47% à en avoir eu au moins une, et 69% dans la population pratiquant aux Portes de Paris.

En ce qui concerne les MST, 76% ont rapporté une pathologie vaginale datant de moins d'un an (auto – médiquée dans 41% des cas); 6% ont présenté une gonococcie dans l'année rue Saint – Denis contre 19% aux Portes de Paris.

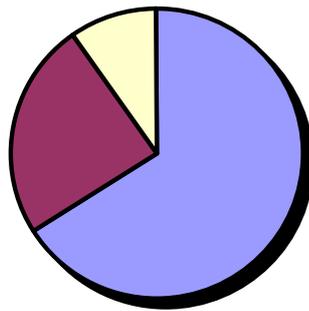
Pour les problèmes de santé d'une manière générale (on remarquera que les données chiffrées présentées ci – dessus concernent essentiellement les MST...):

- D'ordre gynécologique: peu ou pas de suivi, de surveillance ou de dépistage pour les cancers gynécologiques, pour les problèmes péri – ménopausiques, pour la contraception, pour les grossesses,....
- D'ordre infectieux: mauvaise prise en charge des problèmes infectieux en général (broncho – pulmonaires, cutanés, ORL,...).

- D'ordre traumatique: conséquences physiques et psychiques des violences corporelles et sexuelles (coups à mains nues, avec objets contondants, blessures par armes blanches, viols par les proxénètes et les acheteurs) et des violences verbales (menaces, injures,...).
- D'ordre psychologique: prise en charge inexistante des conséquences d'antécédents de violences sexuelles et familiales, et des conséquences de la pratique prostitutionnelle: dépressions, angoisse, phobies,...
- D'ordre sexuel: troubles et dysfonctionnements de la sexualité de la sphère privée: beaucoup de personnes prostituées signalent des perturbations de leur vie amoureuse et sexuelle, d'une part rapportées par elles – même au manque de confiance qui caractérise leur relation avec les hommes dont elles ne voient que le mauvais côté lors de leur activité prostitutionnelle, d'autre part parce que leur sexualité étant clivée, elles ne parviennent plus à investir de façon satisfaisante une sexualité à caractère humain dans leur vie privée. L'investissement d'une sexualité homosexuelle a été soulignée par de nombreux auteurs, en rapport avec leur rejet des hommes et de la sexualité masculine plus que par réelle attirance spontanée envers les femmes. On retrouve aussi dans de nombreux cas une disparition complète de la sexualité physique dans leur vie privée.
- Mauvais suivi en général sur le plan de la santé.

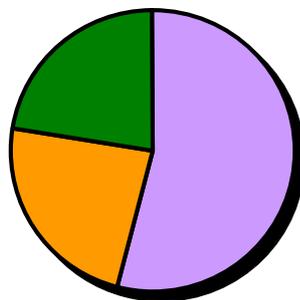
Ce dernier résulte d'une part des difficultés matérielles et pratiques d'accès aux soins énumérées dans l'introduction, mais surtout de la décorporalisation due à la pratique prostitutionnelle comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

### Consultations au Moulin-Joly: STATUT SEROLOGIQUE VIH



- séro-négatifs  
65,7%
- séro-positifs  
24,7%
- sérologie  
inconnue 9,6%

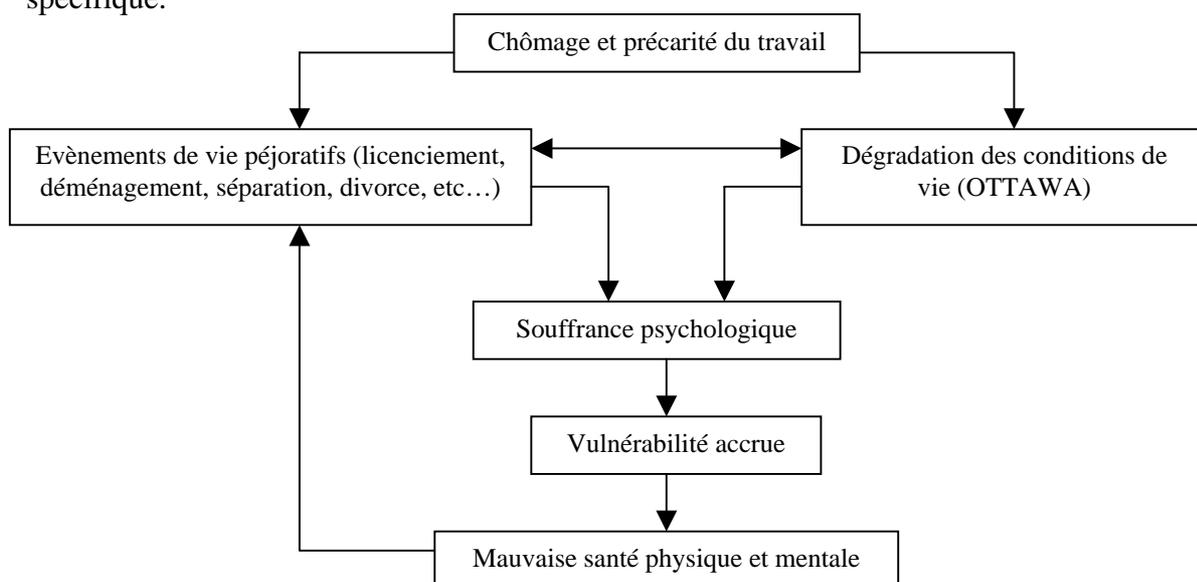
### Consultations au Moulin-Joly: STATUT SEROLOGIQUE HEPATITE C

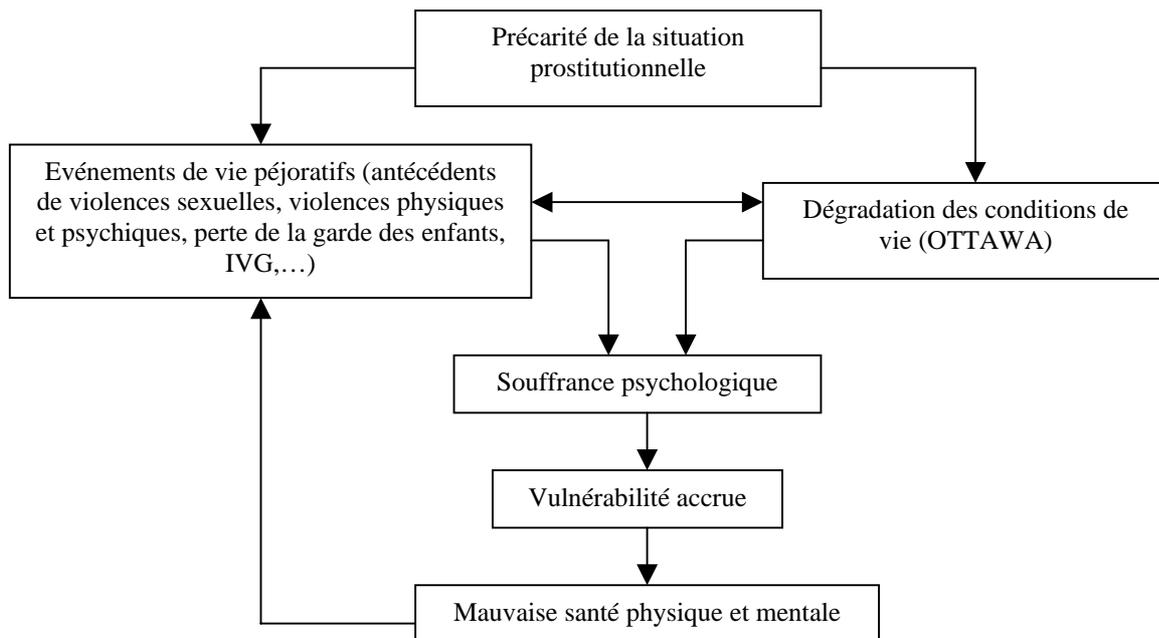


- séro-négatifs  
65,7%
- séro-positifs  
28,8%
- sérologie  
inconnue 27,4%

Il nous paraît intéressant de mentionner ici les conclusions du Rapport de février 1998 du Haut Comité de la Santé Publique sur « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » (52) ; la population des personnes prostituées rentre incontestablement dans la catégorie des situations précaires, voire d'exclusion. L'aspect le plus important de ce rapport est celui concernant les effets de la précarité sur la santé mentale ; comme dans le Rapport du Professeur Lazarus (« Une souffrance que l'on ne peut plus cacher » (62) sur le lien entre santé mentale et précarité) et les constats de Patrick Declerck (29) et du Docteur emmanuelli, ce rapport montre que l'intrication souffrance psychique et santé physique ne suit pas un schéma linéaire mais circulaire, d'où la difficulté d'identifier le facteur causal de sa conséquence et donc de savoir sur quels déterminants agir en premier lieu. Le mal – être et la souffrance psychique sont non seulement des symptômes et des déterminants de l'état de santé mais également des problèmes de santé en eux – mêmes.

Nous reproduisons ici le « schéma des enchaînements causaux de la mauvaise santé en situation de précarité » proposé par le Rapport du HCSP qui s'applique également à la situation des personnes prostituées, pour laquelle nous proposons un schéma équivalent spécifique.





Pour finir, nous citons ici l'étude américaine du Docteur Farley (41), qui nous paraît intéressante par les détails épidémiologiques qu'elle présente ; une enquête de ce type serait nécessaire en France : elle mentionne que sur les 130 personnes prostituées enquêtées, 50% ont des problèmes de santé qui comportent 40% de pathologie articulaire, 12% de problèmes cardio – vasculaires, 11% de désordres fonctionnels généralisés, 10% de pathologie de l'appareil reproducteur, 9% de symptômes respiratoires, 9% de symptômes neurologiques, 8% d'infection VIH ; 17% de ces personnes désireraient une hospitalisation rapide pour l'acutisation d'un trouble émotionnel ou un problème de drogue, ou les deux. 5% de ces personnes se disent suicidaires chroniques, 75% ont une addiction à la drogue et 27% à l'alcool. Pour mémoire, 88% voulaient sortir de la prostitution.

## 2) Obstacles à l'accès aux soins. Importance du phénomène de décorporalisation, importance de son occultation

« Mais ces personnes ont aussi perdu la représentation de leur corps. C'est pour cela qu'ils ne vont pas se plaindre. Lorsque l'on n'est pas regardé, pas vu, lorsque l'on n'existe pas dans les yeux des autres, on n'existe pas dans ses propres yeux. Ainsi, on n'a pas la représentation mentale de son propre corps. Vous pouvez mettre en place tous les accès aux soins pour les plus démunis, les gens n'iront pas. Ils ne savent pas qu'ils ont un corps, que ce corps est malade, donc ils ne viendront pas. Voilà ce qui arrive quand on devient des objets. C'est la souffrance psychique qui les empêche d'avoir le désir de vivre, de se projeter dans le futur ou de se faire soigner. Comment avoir envie de survivre dans un moment qui se répète ?

C'est grave car je vois de très jeunes gens, mineurs et jeunes adultes, dans la rue, qui commencent tôt à perdre conscience de leur corps et de ses limites ; parfois même ils ne l'ont jamais eu. Ils ne réalisent donc pas que la toxicomanie est une addiction qui peut leur faire du tort. Les dangers des rapports sexuels ne sont pas compris, maintenant et tout de suite. C'est ainsi qu'ils peuvent contracter des MST, parfois le virus du SIDA ou que certaines femmes tombent enceintes. Cela n'a strictement aucune importance de se prostituer ou non, puisque le corps n'existe pas. Il n'est pas nié mais la symbolisation du corps n'a pas été donnée. »

(Annexe 1).

Ce que décrit ici le Docteur Emmanuelli est exactement le phénomène de décorporalisation et ses conséquences sur la santé des personnes qui en sont victimes.

Nous l'avons vu précédemment, les troubles du schéma corporel et le clivage identitaire entraînent une atteinte à l'intégrité de l'image corporelle au travers de ses différentes composantes.

D'une part, la décorporalisation conduit les personnes prostituées à ne plus ressentir la douleur comme les patients ordinaires ; elles ont un seuil de tolérance à la douleur bien plus élevé qui ne sert plus d'alarme lorsqu'un dysfonctionnement physique se produit. Elles peuvent continuer à vivre avec des traumatismes importants ou des maladies handicapantes et douloureuses, sans aller consulter, puisque, comme le souligne le Docteur Emmanuelli, elles ne peuvent symboliser la maladie car la symbolisation de leur corps dans la pratique prostitutionnelle ne se fait pas de façon complète. L'image ancienne du corps, si elle était intègre, ne peut plus servir de repère pour la maladie puisque l'image dynamique est lésée, il n'y a plus d'intégration possible de nouvelles données le concernant.

D'autre part, l'instrumentalisation du corps joue aussi un rôle négatif : elle donne une image corporelle résiduelle au travers des différents « morceaux » qui ont encore une valeur, image non dynamique également puisqu'elle est morcelée donc dysfonctionnelle ; ici, le seul signe d'alarme qui persiste encore est justement la « valeur du morceau » qui s'inscrit dans la symbolique de l'argent vue précédemment.

Cette valeur et le fait que l'organe ou le territoire « abîmé » ou « cassé » ne puisse plus servir à gagner de l'argent vont conduire à la nécessité de « réparation », envisagée sur un plan purement technique et non plus humain. On va faire « réparer » ce qui est « cassé », ce qui ne « marche » plus. Le corps est l'instrument qui permet de gagner sa vie, il faut donc que cet

instrument fonctionne pour une question de survie : c'est l'optique « un bon ouvrier a de bons instruments ».

**C'est ce qui explique de façon majeure et primordiale le problème de l'accès aux soins : pas de corps, pas de maladie, pas de soins.**

Les soins n'interviennent que pour réparer la machine avant qu'elle ne soit complètement cassée ; c'est aussi pourquoi on voit beaucoup de personnes prostituées arriver en consultation ou aux urgences avec des problèmes de santé graves ou dans des phases d'évolution très avancées : elles attendent le dernier moment pour se faire « réparer », seulement quand cela devient tellement handicapant pour se prostituer qu'elles risquent de ne plus pouvoir gagner d'argent.

Dolto le souligne : « Mais celui qui n'a pas soit l'image du corps, soit le schéma corporel correspondant au mot émis, entend le mot sans le comprendre, faute d'avoir le rapport corporel (image sur schéma) qui permet d'y donner un sens.[...] *Les mots, pour prendre sens, doivent d'abord prendre corps, être du moins métabolisés dans une image du corps relationnelle* » (33).

Ici, on le voit bien, les personnes prostituées ne peuvent plus « métaboliser » les mot soin et santé, rien ne correspondant dans leur image corporelle à ces référents.

**On peut toujours leur parler d'accès aux soins et faciliter tout ce que l'on veut sur le plan technique, matériel et financier, tant qu'elles ne le métaboliseront pas, elles n'iront pas se faire soigner.**

## **RESTAURATION DE LA PAROLE, DEVICTIMATION, RECORPORALISATION : UN PROCESSUS THERAPEUTIQUE INCONTOURNABLE**

Si l'on veut donc restaurer, améliorer ou faciliter l'accès aux soins des personnes prostituées, ce n'est ni en travaillant sur la stigmatisation sociale ou les problèmes techniques seuls que l'on y parviendra ; il faut d'abord et avant tout restaurer l'image corporelle de ces personnes pour leur permettre de se réapproprier leur corps, d'en reprendre possession.

### **1) Restauration de la parole**

C'est la première étape, indispensable. On l'a vu, et ce fait a été souligné par de nombreux auteurs sur la question, c'est la reprise de la parole, la possibilité de pouvoir s'exprimer librement, d'être entendues qui permet le plus souvent aux personnes prostituées d'entamer un processus de sortie de la prostitution ; c'est d'ailleurs bien souvent à ce moment là qu'elles vont consulter pour faire un bilan de tout ce qui ne va pas sur le plan sanitaire (et pas seulement de ce qui les empêche de pratiquer leur activité), qu'elles arrivent à faire les démarches successives pour les différents examens complémentaires, pour aller voir les spécialistes, pour suivre au long cours des traitements, démarches qu'auparavant, encore en « exercice », elles abandonnaient.

Une fois que l'on peut dire l'indicible, qu'il s'agisse d'effractions corporelles dans l'enfance, ou des effractions corporelles durant la pratique prostitutionnelle, les mots peuvent alors remplacer les maux et le processus de réappropriation de leur santé mentale et physique commencer.

Il semble donc que des espaces d'écoute privilégiée soient indispensables dans un premier temps pour entamer le processus de restauration de la parole. Toute plainte, même minime, mal formulée ou verbalisée, doit être prise en compte, en s'assurant bien sûr des instances structurantes qui doivent soutenir la prise de la parole pour qu'elle prenne place dans un cadre qui lui redonne sens.

C'est pourquoi la proposition du Docteur Pommier dans « La précarité du désir » (in 63), psychiatre travaillant auprès de populations en situation d'exclusion (toxicomanes, alcooliques chroniques, SDF, psychotiques graves désocialisés) nous apparaît très intéressante : « D'où l'idée selon laquelle la lutte contre la précarité du désir, répondant comme en écho à la mise en œuvre effective des droits des individus, pourrait s'organiser par le biais d'un soutien psychologique qui ne saurait être imposé, mais plutôt offert de façon presque indifférente. Le psychiatre figurerait ici une sorte de corps – mort, ce « dispositif coulé au fond de l'eau et relié par une chaîne à une bouée ou à un coffre, destiné à fournir aux navires un mouillage à poste fixe », et offrirait un soutien psychologique en miroir de l'inertie de l'autre, pour l'amener à épuiser son incapacité à désirer, jusqu'à sortir de son immobilité ».

Il faut donc instaurer la mise en place d'un intervenant du domaine psychique (psychiatre, psychologue) dans chaque lieu d'accueil des personnes prostituées, que ce soit une unité mobile ou un local fixe, afin de pouvoir effectuer une première écoute, au moment où la parole est prête à se délivrer. Ces écoutes « d'urgence » devront être relayées par la suite par une personne apte à le faire qui reste toujours la même afin de ne pas reproduire du clivage, de la « cassure », ce qui est toujours très mal vécu.

Idéalement, ce devrait être le premier écoutant, celui de terrain, qui introduise la personne prostituée auprès du second, qui travaillera avec elle à long terme.

L'écoute de cette parole nécessite une formation spécifique aux problèmes de la prostitution, notamment la connaissance du phénomène de décorporalisation et de possibles, voire probables antécédents d'effractions corporelles à caractère sexuel.

Le Docteur Képès soulignait déjà en 1987, non seulement l'absence de formation des professionnels sanitaires et sociaux mais encore l'existence de clichés concernant le monde de la prostitution et les personnes prostituées chez ces professionnels.

Ces deux facteurs conjugués entretiennent le lit de fausses interprétations, l'inertie devant certaines remises en cause pour mieux traiter, la pérennisation de certains problèmes : « Cette absence de formation sur les véritables sources de la prostitution chez les médecins est très représentative de la situation de parias des prostituées et du besoin d'exclusion des gens et sphères responsables devant une condition institutionnalisée et acceptée et qu'il serait pour eux trop pénible de voir sous son vrai jour » (59).

La prostitution et les troubles pathologiques corporels et psychiques des personnes prostituées doivent donc faire l'objet d'une formation durant les études médicales et sociales, afin d'avoir des professionnels réellement à l'écoute, qui ne coupent pas la parole par des réponses inadaptées.

## 2) Dévictimation

La prise de la parole de la personne prostituée doit s'accompagner d'un processus de dévictimation, terme criminologique désignant l'accompagnement des personnes victimes de toutes formes de violences et traumatismes et leur permettant de passer de la place de victime à une place de personne active ayant réintégré son schéma et son image corporels.

Le Docteur Lopez le définit ainsi : « La dévictimation est un processus complexe qui fait intervenir de multiples facteurs et de nombreux acteurs. Il s'agit d'un processus de réparation – on pourrait dire de reconstruction – qui ne doit en aucun cas être confondu, comme on le fait souvent, avec l'indemnisation des préjudices. En fait, la réparation passe par la reconnaissance sociale, les soins, sans oublier la prévention des risques d'accidents individuels et collectifs ou encore la prévention des récidives en matière criminelle. Chaque étape de ce difficile parcours peut être l'occasion d'une survictimation. Un tel travail d'accompagnement et de soins ne peut se concevoir qu'en mobilisant un réseau d'intervenants variés qui tous imaginent occuper une position privilégié au sein du réseau : justice, « psy », médecins, association de victimes ou service d'aide aux victimes ». (69)

Le statut de victime, de par les notions conscientes et inconscientes auxquelles il fait référence, n'est pas un statut qu'une personne peut supporter longtemps ; la reconnaissance de son statut de victime est indispensable à la personne pour avancer dans le travail de reconstruction – dans le cas présent, de recorporalisation – mais il faut ensuite rapidement passer à la phase de dévictimation si on ne veut pas provoquer une survictimation de la personne, situation intolérable qui conduit au rejet du processus de réparation et à des comportements de déni

massif, processus pathologique tentant de réintégrer la personne dans une démarche active sans y parvenir.

Il est d'autant plus important pour les personnes prostituées que cette phase de dévictimation soit réalisée de façon correcte et rapide, qu'on l'a vu, l'aspect sacrificiel de la prostitution la désignait déjà comme « victime émissaire » dont la fonction est de se sacrifier pour le bien – être social ; elles sont déjà dans un statut de victime plus ou moins conscient et il n'est pas utile d'en rajouter dans la victimation si on ne veut pas aboutir à une survictimation extrêmement nocive pour leur santé mentale.

Là encore, il est indispensable d'intégrer aux structures existantes des spécialistes bien informés de la question qui pourront les accompagner efficacement tout au long de ce processus de dévictimation et pourquoi pas, créer une association de survivantes de la prostitution qui pourrait les soutenir psychologiquement.

L'Unité Psycho – Sociale madrilène dont nous avons déjà parlé propose à cet effet de réhabilitation des thérapies psychiques prenant en compte la restauration de la parole dans de bonnes conditions et la dévictimation, adaptées aux symptômes psychiques rencontrés chez les personnes prostituées : thérapies comportementales, thérapies cognitives, psychothérapies,...Le programme dure neuf mois de façon intensive au terme desquels la personne est à même de se réinsérer dans une vie respectueuse de son intégrité psychique et physique, et bien évidemment de poursuivre d'autres psychothérapies peut - être moins spécifiques, qui pourront prolonger le travail entrepris et en stabiliser les résultats (en effet, au regard des conséquences physiques et psychiques du symptôme prostitutionnel, neuf mois ne suffisent pas pour restaurer de façon optimale ces personnes).

### 3) **Recorporalisation**

Les trois phases précédentes (libération de la parole, victimation, dévictimation) doivent introduire la recorporalisation, phénomène inverse de la décorporalisation, qui permet à la personne de se réapproprier son corps, d'être de nouveau à l'intérieur et en un seul « morceau ».

Le travail psychologique est bien sûr à poursuivre, mais il devrait s'accompagner de **thérapies à médiation corporelle** permettant de recouvrer le fonctionnement du corps, de réintroduire les perceptions corporelles dans l'espace par des jeux sollicitant la sensibilité profonde et superficielle. Ces thérapies sont parfaitement détaillées dans « Corps et psychiatrie » (3), ouvrage collectif de psychiatre et psychomotriciens, dans lequel elles sont présentées en quatre grands groupes :

- La relaxation et les méthodes de relâchement tonico – musculaire.
- Les techniques de contacts sensoriels, comprenant :
  - Le toucher thérapeutique (massage).
  - Les enveloppements humides (packs).
- Les techniques d'expression et de dramatisation, avec :
  - L'expressivité du corps.
  - La danse et les techniques associées.
  - Le jeu dramatique.
  - L'improvisation dramatique.
- La médiation physique et sportive.

Nous retiendrons de l'ensemble des ces thérapies celles utilisant des techniques nous paraissant particulièrement adaptées à une réappropriation corporelle de bonne qualité dans le cas de personnes ayant vécu une situation prostitutionnelle. Comme le précisent les auteurs de l'ouvrage précédemment mentionné, « [...] l'usage de ces techniques implique une réflexion sur leurs indications. Les thérapeutes ne fondent pas leur intervention sur la simple application de leur technique. Certaines d'entre elles peuvent être adaptables à la problématique du patient. Dans certaines circonstances cette adaptation est impossible, en raison même de la pathologie ». Nous insistons sur l'importance de la qualité de la relation soignant – soigné ici : en raison du vécu prostitutionnel, et des antécédents de violences sexuelles chez nombre de personnes prostituées, il apparaît comme fondamental que le thérapeute soit bien conscient, s'il utilise des techniques corporelles et particulièrement les techniques de contacts sensoriels, que le contact physique soit dépourvu de toute connotation affective et/ou fantasmatique, ce qui viendrait renforcer le vécu dissociatif relatif aux effractions corporelles.

Nous savons qu'à priori tout soignant exerçant ce type de thérapie est informé et dépourvu de toute intention perverse et/ou malsaine vis – à – vis de son patient. Nous savons également et malheureusement que, comme les métiers de l'éducation et tous ceux impliquant un contact avec des personnes vulnérables ou psychologiquement fragilisées, les métiers de la santé attirent aussi un certain nombre de personnes déséquilibrées qui peuvent profiter d'une relation avec un patient traumatisé pour exercer une domination perverse sur ce dernier. Il convient donc d'être particulièrement vigilant sur ces phénomènes et de se poser la question de contrôle à priori (lors des études ou de la formation des soignants par exemple) et à posteriori (lors de la pratique) de la bonne stabilité psychique des thérapeutes, question qui

devrait d'ailleurs se poser d'une manière générale, concernant les secteurs de la santé et de l'éducation.

La relaxation et les méthodes de détente neuro – musculaire permettent un travail de reconstruction de l'identité corporelle (car elles supposent « la permanence de l'identité du sujet et stimulent l'adéquation entre la fonction physique et la perception du corps », (3) ) et le développement des potentialités imaginaires du corps (selon les auteurs (3), « La perception du corps s'accompagne de la prise en compte d'une certaine forme d'introspection sur son corps, et conduit à sa prise de conscience d'une façon dynamique. Elle peut être nommée potentialité imaginaire du corps »).

Elle est plutôt contre – indiquée dans la névrose hystérique, mais nous l'avons vu, les phénomènes observés chez les personnes prostituées, s'il relèvent de la conversion, ne tiennent pas de la névrose hystérique. Par contre, la relaxation permet un travail de représentation du corps comme contenant, ce qui peut aider les patients de notre contexte clinique à retrouver leurs limites corporelles et réintégrer les sensations perçues comme leur appartenant bien.

Parmi les techniques de contacts sensoriels, nous retiendrons les deux types sus – mentionnés :

- Le toucher thérapeutique est un massage non segmentarisé, qui met en jeu toutes les parties du corps, excepté les zones sexuelles bien sûr. Contrairement aux massages segmentarisés qui renforcent l'impression de morcellement corporel par surstimulation de certaines parties au détriment d'autres, le toucher thérapeutique permet la revalorisation du corps (les auteurs précisent (3), et cela nous intéresse tout particulièrement : « Cette revalorisation s'appuie sur le désinvestissement corporel évident dans certaines

pathologies conçues comme une expression des difficultés à intégrer une identité.[...] La revalorisation corporelle est perceptible à travers l'attention progressive que le patient va développer à l'égard du corps au fur et à mesure des séances : hygiène corporelle, soin du corps, préoccupations vestimentaires avec abandon progressif de certaines défenses, vécu de plaisir et accroissement de l'autonomie», le travail de contenant (« Grâce aux sensations cutanées, aux impressions kinesthésiques et coenesthésiques, le toucher thérapeutique réalise une prise de conscience des limites corporelles et renforce la cohésion ») et le dialogue tonico – émotionnel.

- L'enveloppement humide est très intéressant dans les cas où le patient a énormément de difficulté à verbaliser sa souffrance et que les séances de thérapie verbale stagnent par manque de parole. La technique consiste en un enveloppement complet du patient par des linges humides chauds ou froids par les thérapeutes (2 ou 3), durant environ une heure pendant laquelle les soignants restent avec le patient, lui parlant ou non.

Si l'enveloppement humide est particulièrement indiqué dans les cas de mutisme ou de mutacisme extrêmes, il est également intéressant « lorsque la relation verbale n'est plus possible et que l'angoisse engendre des phénomènes de dépersonnalisation. Alors le sentiment de perte d'intégrité corporelle, l'angoisse de morcellement est contrecarrée par la prise de conscience de soi, par la perception des limites du corps. » (3).

Les techniques d'expression et de dramatisation comprennent :

- L'expressivité du corps qui stimule l'expérience du corps propre ; l'idée générale consiste « à faire en sorte que les patients redécouvrent les potentialités imaginaires de leur corps afin de les transformer, au moyen de l'expressivité, en représentations » (3). Trois axes sont développés : le dialogue tonico – émotionnel (exercices sur le toucher : sensations corporelles, enveloppe corporelle, espace du corps propre, espace environnant ; exercices

sur le regard ; exercices sur la voix : le souffle, le son et l'harmonie), l'acte créateur (études des mouvements fondamentaux qui régissent l'ensemble des possibilités expressives du corps ; aspects formels et relationnels de l'acte créateur ; mise en forme et construction du mouvement ; mise en mémoire corporelle : énergie) et la représentation (travail sur la mémoire et le temps : mémoire sensorielle, mémoire affective ; développement de l'écoute et de l'attention).

- La danse – thérapie : elle a les mêmes indications et effets que l'expressivité du corps.
- Le jeu dramatique : fait appel à trois types de sensibilité : la respiration, la sensibilité proprioceptive (postures, déplacements, mouvements) et la sensibilité extéroceptive (sourires mimiques, gestes et attitudes). Il comprend : l'échauffement ou exercices sur « l'énergie » (travail sur la relation au groupe, la relation émotionnelle individuelle et la relation créatrice) et la dramatisation. Les techniques incluent des exercices non verbaux sur des thèmes, des jeux masqués, des thèmes mettant en jeu le geste et la parole (élaboration d'histoires sous forme de dialogues, monologues,...), un passage du texte au jeu, des élaborations de personnages (maquillage, costumes, gestuelle) et l'élaboration du contre – personnage. Le but du jeu dramatique est le développement de l'expression et de la communication par le développement des facultés expressives, des capacités de relation, une observation des mécanismes de l'action, du rapport du geste à la parole et une organisation de l'espace et du temps.

Le jeu dramatique est particulièrement intéressant dans le contexte qui nous concerne ici par le fait qu'il réintroduit une maîtrise de l'expression de l'intention et de la communication interpersonnelle qui n'est plus basée sur un rapport de force et d'argent ; le patient apprend à se réapproprier des gestes, des attitudes, des postures corporelles qu'il a choisi et qui lui plaisent, et non pas des automatismes comportementaux

mécaniques et répétitifs comme ceux qui lui étaient imposés dans la situation prostitutionnelle.

La thérapie par le jeu dramatique est illustrée dans notre travail par l'exemple de Sandrine Charlemagne (20) qui cite le théâtre comme un moyen pour elle de réintégrer son corps, parce que, bien qu'elle joue encore des rôles qui ne sont pas elle, c'est elle – même qui choisit ces rôles, qui s'investit dedans car tel est son désir. D'ailleurs, des expériences de théâtre ou de composition littéraire ont été menées par des écrivains et des acteurs auprès de petits groupes de personnes en situation d'exclusion, et les résultats avaient été très positifs, ces personnes se sentant capables, par les rôles ou l'écriture qu'on leur avait confiés, d'être autre chose que des corps exclus.

- L'improvisation dramatique : elle a les mêmes principes, buts et mécanismes que le jeu dramatique.

Enfin, les techniques à médiation physique et sportive améliorent également la perception corporelle spatiale et temporelle ; elles peuvent être collectives ou individuelles, mais doivent être dénuées de tout esprit de compétition qui n'est pas le but ici (d'ailleurs, il y aurait beaucoup à dire sur la réification des corps des sportifs, mais ce n'est pas ici notre propos).

Les activités sportives en groupe, qui sollicitent l'interaction de la personne avec les autres participants et la réintègrent dans un vrai jeu social, nous semblent particulièrement intéressantes dans notre contexte.

Nous compléterons ces propositions de thérapies à médiation corporelle avec toutes les techniques composant « l'art – thérapie », c'est – à – dire des activités artistiques comme le dessin, la peinture, la poterie,... ou la personne peut faire interagir plusieurs sens à la fois (la

vue, le toucher) et intervenir des notions complexes comme la perspective, le relief, les volumes qui vont l'aider à resituer son corps dans la réalité et l'espace.

En même temps que la recorporalisation, le bilan médical et les soins pourront être entrepris, ces mots pouvant prendre un sens sur un corps qui se remet à exister par une image et un schéma corporel en restauration, les soins venant alors s'intégrer eux – mêmes à ce processus pour le favoriser.

## CONCLUSION

La démarche de ce travail était de mettre en corrélation les constats cliniques que nous avons pu faire lors de notre expérience médicale dans le domaine de la prostitution, renforcés par une revue de la littérature sur le sujet, avec les théories les plus pertinentes à l'heure actuelle concernant la psychogenèse des phénomènes cliniques physiques constatés, et ce afin d'essayer de définir plus précisément les causes sur lesquelles nous pouvons agir en tant que médecins.

Le phénomène de décorporalisation représentant l'obstacle majeur à l'accès aux soins dans la pratique prostitutionnelle en général, il nous semble que c'est à ce phénomène que nous devons nous intéresser en premier lieu dans toute action de santé concernant les personnes prostituées, et à ses conséquences directes sur la santé et indirectes sur la prise en charge sanitaire.

Il convient pour cela que les professionnels sanitaires et sociaux se méfient de leur vulnérabilité au syndrome de l'intervenant, et de l'existence de « phénomène de maquerillage » pouvant apparaître chez les intervenants venants de la rue, afin de rester le plus objectifs possible vis – à – vis de l'ambivalence du milieu d'intervention et de ses conséquences perverses.

La mise en place d'une formation professionnelle adéquate semble indispensable pour les deux catégories d'intervenants :

- Professionnels sanitaires et sociaux : la mise en place d'une formation type Diplôme Universitaire d'une année pour les étudiants ou type formation continue pour ceux qui

interviennent déjà sur le terrain serait d'un apport inestimable pour la qualité de la prise en charge. Madame Claire Brisset, Défenseur des Enfants, propose dans le chapitre « Les difficultés de la pédopsychiatrie » de son Rapport 2001, « d'instituer une formation spécialisée commune « Maltraitance et abus sexuels » d'une durée d'un an, ouverte aux professionnels de la santé, de l'éducation, de la justice, du social ». L'inclusion possible d'un module obligatoire « Liens entre violences sexuelles sur enfants et prostitution – spécificités du fait prostitutionnel » pourrait être intéressante.

- Intervenants dont les compétences viennent du vécu prostitutionnel : la possibilité pour les survivantes de la prostitution d'aider les personnes prostituées à s'en sortir est très gratifiante pour celles qui l'ont expérimentée (comme l'ont fait les intervenantes du Programme SAGE de l'ancienne prostituée Norma Hotaling), car elle leur permet de donner du sens aux épreuves par lesquelles elles sont passées. Deux conditions semblent toutefois nécessaires : la première est qu'elles soient définitivement sorties de la prostitution ; la seconde est qu'elles aient bénéficié d'une formation (qui peut être courte) leur permettant de percevoir toutes les dimensions du phénomène et qui leur donne des compétences dans des domaines sociaux et juridiques, notamment.

Il est absolument nécessaire de **mettre en place des services tels que l'USP** précédemment décrite, afin de pouvoir traiter les conséquences psychologiques et physiques de la prostitution comme il convient, comprenant les thérapies spécifiques indiquées ; ces services représenteront le prolongement des actions sanitaires d'urgence, telles que les actions de réduction des risques et de relais entre les personnes prostituées et les structures socio – sanitaires. Si aucune possibilité de reconstruction adaptée n'apparaît dans les temps qui viennent, par l'intermédiaire de tels services, la société française verra non seulement se multiplier les problèmes de traite des êtres humains sur son territoire (et toutes ses

conséquences désastreuses sur le plan sanitaire), mais en plus resurgir la menace pour la jeune génération de tomber plus facilement dans une situation prostitutionnelle (le recours à la prostitution a augmenté depuis la très forte progression de la traite des êtres humains dans notre pays, alors que c'était un comportement tombé en désuétude, surtout comme mode d'entrée dans la sexualité pour les jeunes hommes, d'après l'enquête Analyse des Comportements Sexuels en France de 1993), particulièrement pour les personnes jeunes à risque (antécédents de violences sexuelles, violence intra – familiale physique ou psychologique, milieu familial désagrégé, environnement financier et social précaire) ; on voit déjà le phénomène se produire de façon importante dans les zones urbaines fragiles, comme les cités de banlieue et les quartiers socialement défavorisés.

Le processus thérapeutique à mettre en jeu pour stopper la décorporalisation et permettre aux personnes prostituées de rentrer en possession de leur corps et de leur identité est évidemment coûteux en temps, en argent et en efforts humains.

Cependant, nous devons nous poser la question de nos objectifs lors de toute intervention dans le domaine prostitutionnel : s'agit – il de mettre « un cautère sur une jambe de bois », c'est – à – dire de faire de la santé à court terme sans traiter le fond en faisant de la réduction des risques, avec pour conséquence la pérennisation d'un système contraire à la dignité humaine et à son respect, ou de traiter le problème dans son ensemble et de rétablir un droit à la santé pour ces personnes en situation d'exclusion, droit à la santé qui passe par un droit à disposer librement de son corps en tant qu'entité dynamique pour le meilleur (et non pas pour le pire, en en faisant une marchandise) ?

La seconde solution nous paraît sur le plan médical et éthique la plus souhaitable.

De nombreuses difficultés matérielles et idéologiques s'opposent encore à sa mise en place ; à ceux qui nous disent « On n'y peut rien, cela existe depuis toujours », nous répondrons que la variole et la peine de mort ont existé depuis tellement longtemps dans notre pays qu'on pouvait penser qu'elles existeraient toujours. Cela nous rappelle la réplique d'une enseignante du module de « Reproduction et Sexualité » à la Faculté de Bobigny, à laquelle un étudiant avait demandé : « A quoi cela sert – il de se battre contre le sida, puisque de toutes façons, de nouvelles maladies apparaîtront encore et toujours ? » ; elle lui répondit par une question : « Que faites – vous en médecine ? »

Il nous semble que le rôle du médecin ici, et par extension de tout intervenant décidant d'apporter des réponses efficaces, est de commencer par se poser des questions, et de juger les faits (ce qu'on appelle évaluation), non pas sur le plan moral, mais sur le plan éthique, car l'éthique est indispensable à une vision humaine de la souffrance et de la médecine.

Le récent rapport du Sénat (Annexe 2) mentionné en introduction de ce travail redonne l'espoir de pouvoir mettre en place enfin des actions qui aideront à remettre en question la place et la symbolique du système prostitutionnel, et ses conséquences néfastes, non seulement pour la santé et la sexualité des personnes prostituées, mais aussi pour l'ensemble des femmes (toute femme non mariée étant une prostituée potentielle) et des hommes (un grand nombre commence à en avoir assez de n'être considéré que comme des « bites sur pattes » tout juste bonnes à se « vider les couilles »).

Un travail de fond doit être entrepris sur plusieurs points généraux, en corrélation avec les actions sanitaires plus spécifiquement destinées aux personnes prostituées :

- **Une éducation à la sexualité** de qualité et adaptée aux différents âges doit être instaurée dans toutes les structures d'enseignement concernant les enfants et les adolescents. Elle fait encore cruellement défaut, et les conséquences de cette lacune sont visibles tous les jours dans les cabinets des généralistes, des gynécologues, des psychiatres,... Les femmes aussi bien que les hommes connaissent mal leur corps et leur sexualité, et les « normes » sociales qui passent au travers des médias (journaux, revues, télévision, radio, publicités surtout) ne font rien pour améliorer cet état de choses.
  
- Un **travail thérapeutique sur les acheteurs** doit être entrepris, sur le plan psychologique essentiellement, après que l'on ait **mis en place un cadre juridique d'intervention, permettant de structurer la transgression de l'interdit social fondamental dans laquelle ils se placent** ; beaucoup de ces hommes présentent soit une pathologie de la communication, soit une pathologie de la sexualité qu'ils pensent résoudre au travers du maintien d'un système archaïque les réassurant faussement sur leur « normalité » et pérennisant en fait leurs problèmes (du peu d'études réalisées sur l'acheteur, essentiellement auprès des personnes prostituées, beaucoup se disent frustrés par la relation prostitutionnelle). Les avancées des années 70 n'ont pris en compte la sexualité féminine encore une fois que sous son aspect reproductif (contraception et IVG) et ont laissé de côté le droit au plaisir des femmes, mais encore n'ont pas impliqué les hommes de façon active et positive dans les changements de rapports entre les sexes qui s'est produit à ce moment là sous l'impulsion féminine. Beaucoup de ces hommes se sentent aujourd'hui « laissés pour compte » et « lésés pour compte » par les avancées féminines et ne savent plus quelles stratégies adopter pour s'y intégrer. Il est temps de commencer à travailler sur cet aspect des choses afin d'améliorer la qualité des relations hommes / femmes et leur sexualité respective.

Beaucoup d'auteurs ont souligné que le clivage existait aussi chez l'acheteur : morcellement du temps, de la sexualité, de l'identité,...Il serait intéressant de voir pourquoi ces hommes se divisent afin de leur proposer des solutions qui leur permettraient de résoudre leurs problèmes de façon humaine et vraiment satisfaisante. Ce clivage est en effet celui qui se reproduit en miroir sur la personnalité et l'identité des personnes prostituées, c'est le clivage originel qui se répercute sur tout le champ prostitutionnel, et qui nous interpelle encore une fois sur sa relation avec l'inceste : l'homme qui achète du service sexuel se place en tant que transgresseur du tabou de l'inceste (il paie pour un rapport symbolique avec sa fille, sa sœur ou sa mère, selon l'âge de la prostituée avec laquelle il « traite »), et pour cela, doit se protéger des conséquences de cette transgression par un morcellement de sa personnalité en deux entités, celle de l'homme social qu'il est habituellement, et celle du criminel transgresseur.

La vision « bon enfant » de la prostitution dans la société française ne permet ni aux hommes (acheteurs ou non) ni aux femmes de prendre conscience de cette transgression outrancière, qui pourtant semble évidente à tous ceux qui ont été victimes de violences sexuelles réelles ou fantasmatiques.

Ainsi Eva Thomas (présidente de l'association de soutien aux victimes d'inceste « SOS Inceste », elle – même victime d'inceste, auteur de deux livres sur le sujet) qui pose la question : « A quoi servent les victimes d'inceste dans notre société ? A produire des prostituées, c'est la première évidence qui saute aux yeux, celles qui sont là pour assouvir la violence de la sexualité des hommes qui ne peut être canalisée complètement dans la conjugalité. A produire de la maladie et une clientèle fidélisée aux psychiatres et thérapeutes de toutes sortes ? [...] Pour avoir entendu tant de malheurs, je dois dire que, devant un tel

gâchis humain et économique, une question me hante : où est le sens de tout cela ? Est – ce simplement pour sauver le Père ? Pour sauver la famille en tant que pilier essentiel du système économique ? A quoi sert le corps d'une petite fille violée dans l'économie familiale ? J'ai vu les vives réactions que produit cette question – clé qu'il faut oser se poser. Elle interroge la responsabilité des mères, des proches et parfois des professionnels. C'est une question terrifiante, mais qu'il faut affronter sérieusement car elle est au cœur même du problème de l'inceste. » (98)

La Suède a osé se poser la question et y apporter une réponse claire exprimée par la loi « Kvinnofried » (pour la paix des femmes), entrée en vigueur en janvier 1999, qui vise à réprimer toutes les formes de violences faites aux femmes, et notamment la prostitution. Le principal intérêt de cette loi est qu'elle ne criminalise ni ne pénalise les personnes en situation de prostitution, donc ne stigmatise pas la personne prostituée, mais pénalise les exploiters (proxénètes et trafiquants) et l'acheteur de services sexuels par une amende et une peine de prison éventuelle (quand il est pris en flagrant délit).

Le bilan de la mise en application de cette loi après deux ans est particulièrement positif : diminution de 80% de la prostitution de rue, diminution de 50% de la prostitution dans les salons d'hôtesses, de massages et bars, régression considérable de la traite des êtres humains en direction de la Suède (les proxénètes n'ont aucun intérêt financier à « exporter » des personnes vers un pays dans lequel il n'y a pas de demande ni de consommateurs).

S'inscrivant dans une politique globale de lutte contre les violences à l'encontre des femmes, elle a permis que plus de fonds soient alloués aux refuges, à la lutte contre les violences, à la prévention de ces violences, à des formations en direction de la police et de l'armée suédoise

notamment (des soldats suédois de la Force de Paix au Kosovo, y compris des gradés, avaient utilisé des prostituées. Ils ont été rapatriés en Suède et jugés. Cela a fait grand bruit. Aujourd'hui une prévention est faite en direction de l'armée, pour que les hommes ne commettent pas de violences sexuelles durant leur service armé, ni n'achètent de services sexuels) et à des formations scolaires sur les violences sexuelles, dont la prostitution fait partie.

Sur le plan médical, ce qui attire notre attention est la demande en très forte croissance de la part des hommes transgresseurs (dont les anciens clients des personnes prostituées) d'aide thérapeutique sous toutes les formes possibles (numéro de téléphone gratuit pour de l'aide, demande de consultations de psychologie, de sexologie et de conseil conjugal, demande de psychothérapies de soutien) depuis qu'une prise de conscience collective s'est effectuée de leur transgression du droit à disposer de son corps pour le meilleur que peut revendiquer chaque être humain.

En particulier pour la situation prostitutionnelle, ces hommes se sont rendus compte que leurs problèmes ne seraient pas résolus par le recours à l'achat de services sexuels et qu'au contraire, cette pratique ne faisait que renforcer la violence générale à l'égard de l'être humain, par le biais de celle faite quotidiennement aux personnes prostituées.

Cet exemple nous confirme que, comme pour l'inceste et la pédophilie, la violence que représente l'achat de services sexuels doit clairement être marquée dans un cadre juridique comme une transgression à l'égard des personnes qui en sont victimes afin de pouvoir proposer des solutions thérapeutiques à ces acheteurs ; cette expression juridique servira également à la dévictimisation des personnes prostituées, puisque la violence sera enfin

socialement admise et reconnue en tant que telle, et sans cela, on ne peut espérer réaliser un réel travail de reconstruction de leur identité et de leur personnalité.

- **Sensibiliser le grand public à ce lien très fort entre inceste, pédophilie, viol et entrée en prostitution**, en mettant l'accent sur le fait qu'il est complètement illusoire et absurde de vouloir lutter contre l'inceste et la pédophilie et tolérer simultanément l'existence d'une transgression aussi forte de ce tabou que l'est la prostitution. C'est ce qu'a fait l'association anglaise Barnado's (ONG de lutte contre toutes les formes de violences faites aux enfants) avec sa campagne d'affichage dont est extraite l'illustration de la page 83, qui met clairement en rapport les antécédents de violence dans l'enfance et l'adolescence et les comportements auto – destructeurs comme la prostitution et la toxicomanie.

Cette sensibilisation est également nécessaire au processus de dévictimation, pour que la stigmatisation sociale se déplace vers le véritable transgresseur et que les personnes prostituées soient enfin reconnues pour ce qu'elles sont, c'est – à – dire des victimes d'un système pervers.

La prostitution est un système organisé sur une « triangulaire » qui concerne des personnes à la problématique complémentaire et on ne peut proposer des solutions à ces problématiques seulement pour une composante de cette triangulaire ; ce sont les trois composantes qu'il faut traiter à la fois.

**ANNEXE 1**

**Intervention du Docteur Xavier Emmanuelli  
Au Colloque « Peuple de l'abîme : la  
prostitution aujourd'hui » (Fondation Scelles –  
UNESCO) – Paris, 16 mai 2000**

Je vais vous parler de l'exclusion et comment, s'occupant de l'exclusion, on se trouve parfois confronté au thème de la prostitution.

C'est à l'image des poupées russes qui s'emboîtent les unes dans les autres.

Nous manquons de sémantiques, de concepts pour définir l'exclusion et de mots pour en parler. Tout le monde en parle, mais personne ne sait de quoi il s'agit. Ce qui est grave si l'on souhaite se battre pour la faire disparaître. Il paraîtra important de définir ce qu'est l'exclusion. Pour le moment, on n'a aucune idée du cadrage social et d'une société normative.

L'exclusion n'est pas un groupe homogène et on y rencontre des tas de situations. Ce n'est pas non plus une sorte de « lumpenprolétariat ». C'est pour cela que les résidus de la culture marxiste qui assimile exclusion, perte du travail, sont insuffisants. Autrement dit, les pauvres d'hier ne sont pas les « exclus » d'aujourd'hui. C'est bien plus grave et bien plus abstrait. L'exclusion est le stade final d'un processus de perte matérielle, économique en particulier, mais également immatérielle. C'est la perte des liens qui nous unissent les uns les autres (liens affectifs, sociaux, sociétaux). On est dans l'exclusion parce qu'on est dans l'anomie, dans un endroit que personne ne peut nommer. Ayant dit cela, je voudrais vous dire ce qui arrive dans l'exclusion. Sans être un théoricien, un intellectuel, je suis un homme de terrain et c'est à la lumière de mon expérience que je vais pouvoir vous en parler.

Lorsque j'étais médecin à Nanterre, c'était alors le terminus des autobus de la Brigade d'Assistance pour les Personnes Sans Abri (B.A.P.S.A.) - ces autocars de la police - qui amenaient de force les gens "raflés" dans le métro et dans les rues, j'étais stupéfait de voir dans quel état ces personnes étaient. Elles avaient des lésions considérables, des ulcères aux jambes, des parasites sur le corps, étaient alcooliques avec des souffrances psychiques et psychiatriques. Comment à notre époque (vers 1992-1993), des gens en arrivaient à être dans cet état ? Pourquoi n'avaient-ils pas rencontré la médecine dans un pays aussi favorisé. La réponse était et est encore qu'ils ne peuvent pas. Ils savaient très bien que dans un certain état physique et psychique, ils ne pourraient pas pousser la porte du cabinet de consultation d'un médecin, parce que leur présence aurait suscité la crainte et que toute la salle d'attente se serait levée pour partir, et qu'ils étaient destinés à n'être soignés que par le « médecin des clochards ». Ils ne peuvent toujours pas s'exprimer aux urgences parce qu'ils n'ont pas la voix, ni la représentation de leur maladie. Ils ne sont donc trop souvent ni auscultés ni traités.

On les laissait et on les laisse encore dépérir et être maltraités. On ne voyait de ces hommes et femmes que des “épaves ” ramassés et amenés à Nanterre par la police.

Dans le même temps, je me faisais une autre observation : si une de ces personnes abandonnées de tous et des institutions se faisait écraser et devenait un polytraumatisé, alors, immédiatement, le SAMU médical serait arrivé pour la prendre en charge.

Ce dernier les transportait quels qu’ils soient, quel que ce soit leur âge, leur état, leur situation administrative. Dans les 7 minutes, le SAMU arrivait et les conduisait dans les endroits les plus sophistiqués des services de réanimation intensive, dans les services de chirurgie, parce qu’ils n’étaient plus des sujets mais des corps, des objets. Finalement, la première remarque bouleversante que je veux vous livrer est la suivante : notre civilisation, notre culture a plus de respect pour les gens quand ils sont des organismes, des objets, que lorsqu’ils sont des sujets.

Il est bien tard pour se poser des questions sur la définition du corps-objet qui est déjà entré dans nos mœurs.

La deuxième réflexion, l’hôpital est un lieu où l’on y rencontre des spécialistes de tout, il existe 55 spécialités pour « réparer » les organes ; d’un certain point de vue, les hommes-objets se réparent comme des machines. Si une pièce défectueuse est arrivée à son terme, à son point d’usure, on peut la remplacer en prenant une autre pièce sur un autre corps-objet. Le corps-objet est donneur d’organes. Chacun d’entre nous et chaque personne sur la terre est potentiellement donneuse de pièces détachées pour des gens venus à bout de course. Ce point, nous l’avons tous admis, la santé est la réparation des pièces défectueuses, de la machine. Nous sommes des objets et considérés comme tels.

Lorsque, la nuit, on s’approche des gens qui sont des naufragés de la ville, que l’on essaie de leur parler, évidemment, ils s’effarouchent. Pourquoi nous feraient-ils encore assez de confiance pour nous suivre puisque c’est le dernier degré possible de rejet de l’institution ? Ils nous suivent lorsque l’on donne un peu “d’être ”, un peu de dignité dans la rencontre de sujet à sujet. Pourtant, nous avons tendance à les paramétrer, à leur demander : “depuis combien de temps êtes-vous au chômage ? , est-ce que vous buvez ? prenez-vous des médicaments ? avez-vous une carte d’identité ? avez-vous droit à une assurance vie ?... ”. Nous essayons de les cataloguer comme on paramètre des objets pour les décrire. Je crois cependant qu’il faut aborder les gens en les considérant comme des personnes et elles ne peuvent être définies

comme telles. Ce n'est pas un objet. C'est quelque chose d'énigmatique, d'irréductible et qui se retrouve dans la question que l'on se pose chacun en rencontrant l'autre. Chacun dans sa relation à autrui.

Il n'existe ni d'hommes normaux et ni de "sous-hommes " qui seraient des exclus. Nous sommes tous de même rang et de même statut. J'avais remarqué, à Nanterre, lorsque je voyais les cars s'ouvrir et déverser tous les clochards de Paris, qu'ils tombaient "en grappe", titubant parce qu'ils avaient bu au cours du trajet. Pour attirer l'attention et pour avoir de menus avantages, ils mimaient l'humanité avec des sortes de gestes simiesques qui faisaient éclater de rire la police et les gens qui devaient s'occuper d'eux. On constatait bien qu'ils se sentaient d'une autre essence, d'une essence inférieure à l'humanité. Il faut toujours garder en tête qu'il n'y a pas d'un côté des hommes-objets et de l'autre des hommes-sujets. C'est très difficile à comprendre puisque nous sommes dans une situation où nous paramétrons, où nous essayons d'avoir le plus d'éléments objectifs.

Ces gens qui sont dans les rues, dans l'exclusion dont je vous ai parlée, qui sont exclus par cette espèce de divorce inconscient entre la personne et l'institution qui ne les voit pas, ces gens ont perdu beaucoup de choses. Ils ont perdu la représentation du temps : quand aujourd'hui ressemble à demain, le temps ne s'écoule pas. Les gens sont coincés dans le présent. Ils n'ont aucune envie d'investir le futur, aucun désir de se projeter dans l'avenir parce qu'ils savent très bien que cela ressemblera à ce qu'était le temps hier et à la catastrophe d'aujourd'hui.

Mais ces personnes ont aussi perdu la représentation de leur corps. C'est pour cela qu'ils ne vont pas se plaindre. Lorsque l'on n'est pas regardé, pas vu, lorsque l'on n'existe pas dans les yeux des autres, on n'existe pas dans ses propres yeux. Ainsi, on n'a pas la représentation mentale de son propre corps. Vous pouvez mettre en place tous les accès aux soins pour les plus démunis, les gens n'iront pas. Ils ne savent pas qu'ils ont un corps, que ce corps est malade, donc ils ne viendront pas. Voilà ce qui arrive quand on devient des objets. C'est la souffrance psychique qui les empêche d'avoir le désir de vivre, de se projeter dans le futur ou de se faire soigner. Comment avoir envie de survivre dans un moment qui se répète ?

C'est grave car je vois de très jeunes gens, mineurs et jeunes adultes, dans la rue, qui commencent tôt à perdre conscience de leur corps et de ses limites ; parfois même ils ne l'ont

jamais eu. Ils ne réalisent donc pas que la toxicomanie est une addiction qui peut leur faire du tort. Les dangers des rapports sexuels ne sont pas compris, maintenant et tout de suite. C'est ainsi qu'ils peuvent contracter des MST, parfois le virus du SIDA ou que certaines femmes tombent enceintes. Cela n'a strictement aucune importance de se prostituer ou non, puisque le corps n'existe pas. Il n'est pas nié mais la symbolisation du corps n'a pas été donnée.

Je me faisais aussi des réflexions curieuses sur la structuration de notre société, la pornographie, la prostitution, garçons ou filles, pour qui le corps n'a pas d'importance. La prostitution n'est pas perçue comme telle. Nous sommes une société de consommateurs, c'est-à-dire que nous représentons le stade ultime de la production. Si nous sommes des consommateurs, c'est parce que le corps est aussi perçu comme un objet de consommation. Je ne fais que démolir une porte ouverte, nous sommes objets de consommation pour la médecine et pour la sexualité. Par exemple, les affiches publicitaires, représentent la femme « nue » pour vendre un produit : on s'arrange pour vous la faire désirer car il n'y a aucune raison d'envier le produit. On ne travaille plus sur la réclame, et c'est en cela que notre civilisation est tout à fait angoissante, mais sur le désir de posséder. On fouille ces forces telluriques, ces forces anciennes, ces forces de la libido. On les désire obscurément et on vous présente des objets à désirer et l'on agit ainsi sur les mécanismes profonds de votre être.

Autre exemple, un jour, on a morcelé les clientèles et aujourd'hui, il faut s'adresser aux enfants pour susciter le désir chez leurs parents. Mais lorsque une affiche représente un yaourt onctueux que vous pouvez désirer, présenté par un enfant blond, tout en rondeur, on peut se demander aussi, sur des psychismes fragiles, quel est l'objet à désirer, à consommer. Est-ce le yaourt ou l'enfant ? Nos mécanismes sont pervers et déjà ancrés dans nos têtes et tout cela paraît normal. Ce n'est pas anodin, ni innocent. Le travail lent, quotidien, réitéré, de la pornographie et du désir de l'autre, en termes de sexualité, cela abaisse les seuils du sur-moi, les seuils de compréhension. Nous sommes dans une civilisation où il n'y a pas de lois pour nous auto-réguler. Je ne peux pas dire que je suis pour l'abolitionnisme. Quand y aura-t-il suffisamment de police pour le vérifier ? Il serait peut-être temps d'essayer de structurer les enfants et les populations dès leur jeune âge, en disant que de toute façon, nous ne pouvons plus revenir en arrière avec la télévision, les réclames. Mais peut-être faut-il apprendre où sont les pièges, à savoir contrôler, prendre la distance, mettre en perspective. Dans ces conditions, la prostitution ne sera plus considérée comme une chose banale.

Un psychiatre français, que j'admire beaucoup et qui est mort il y a deux ans, Alexandre Vexliard, a décrit les différents stades de la désocialisation de l'exclusion. Vous allez les reconnaître. Lorsqu'arrivent ces moments difficiles de désocialisation, il y existe quatre stades.

Le premier stade est celui de la révolte. Les personnes comprennent que les institutions d'apprentissage, d'écoles, de soins, d'hébergements ne sont pas faites pour elles. Elles résistent et se révoltent. Plus elles protestent, plus elles expriment leur révolte, moins elles sont accueillies et repoussées, jusqu'à ce qu'un jour, elles se disent : dans le fond, ce ne sont pas les institutions qui sont mauvaises, c'est moi qui suis mauvais.

Lorsque vous vous occupez de ces gens, qui sont au stade de celui de la résignation, c'est le jour où vous avez péniblement obtenu un rendez-vous de travail, c'est le jour où ils vont se tordre la cheville et ne vont pas pouvoir y aller, parce qu'ils ont trop peur de se remettre en question, trop peur que les institutions ne veuillent pas d'eux.

Le troisième stade, celui du renversement de la personnalité, où les gens acceptent leur condition, c'est le stade de fixation où ils se disent « de toute façon, j'ai choisi ma vie !, je méprise les gens qui n'ont aucune liberté, je dors où je veux, je mange où je veux ». C'est la légende du clochard philosophe. C'est aussi : « j'ai le droit de disposer de mon corps comme je veux puisque j'ai choisi. Vous n'allez pas être contre ma liberté ? ». C'est une erreur. C'est pour sauver la dignité parce que c'est la première chose que vous demandent les gens qui sont exclus, avant toute demande d'allocation : « Et ma dignité ? ». Ils vous demandent de leur restituer leur statut d'homme debout. Tous les gens qui vous disent « j'ai choisi ma condition » se mentent à eux-mêmes. Personne ne choisit d'être exclu. Personne ne choisit d'avoir sa dignité atteinte.

Le dernier stade, quand on n'a plus rien, quand les paroles ne veulent rien dire, quand les gestes ne signifient rien, il vous reste votre corps que vous mettez à l'abandon. A ce moment-là, vous avez votre chance. C'est à ce moment, que si vous vous faites écraser et devenez polytraumatisé ou si vous vous trouvez dans la rue en plein hiver, il existe des dispositifs pour vous emmener de force et vous amener au chaud. Quand vous n'êtes plus qu'à l'abandon, vous retrouvez toutes vos chances.

Alors je dis qu'il est peut-être temps de se réveiller et de se former à nos contraintes, à cette éducation qui est omniprésente, d'apprendre à maîtriser, à comprendre ce qui arrive. Je crois que c'est la seule solution car, sinon on ne pourra pas revenir en arrière. C'est pour cela qu'un jour, cette exclusion et ce mépris du corps sera vaincu. C'est à nous de nous réveiller. Merci. (applaudissements).

**ANNEXE 2**

**Recommandations du Rapport d'Activité du  
Sénat  
« La prostitution et les politiques  
publiques » fait par Madame Dinah Derycke  
mars 2001**

## **RECOMMANDATIONS ADOPTÉES PAR LA DÉLÉGATION**

- **Considérant que les prostituées sont des victimes et doivent être traitées comme telles par l'ensemble des services de l'Etat,**
- **Considérant qu'il est primordial de s'attaquer à la prostitution en tant que telle, car faute de l'avoir fait suffisamment on a alimenté le phénomène de la traite, ce « mal qui l'accompagne », selon les termes de la Convention de l'ONU du 2 décembre 1949,**
- **Considérant que la France apporte la preuve de son attachement et de sa fidélité à sa position abolitionniste tant dans la lutte contre le proxénétisme que dans les débats internationaux sur la traite des êtres humains,**
- **Mais considérant aussi que la dimension sociale de sa politique, autrement dit la prévention de la prostitution et la réinsertion des personnes prostituées, est loin d'avoir mobilisé l'énergie des pouvoirs publics, au point d'apparaître à ce jour comme un échec,**
- **Et considérant enfin que notre pays ne peut différer davantage la réflexion globale sur la prostitution dont elle s'est jusqu'à aujourd'hui dispensée et qui pourtant s'imposait,**

**La délégation a adopté les recommandations suivantes :**

**1.- Il est en tout premier lieu impératif de doter la politique de lutte contre la prostitution des structures qui lui manquent et qui devraient la rendre plus cohérente.**

**La création d'un observatoire, comité ou haut conseil –peu importe son appellation– permettrait de disposer tout à la fois d'un réel outil statistique, d'un instrument de recensement et de diffusion des actions mises en œuvre qui serait utile tant aux pouvoirs publics qu'aux associations, et d'une capacité d'expertise des besoins.**

**Afin de faciliter l'échange d'informations sur la traite des femmes, suite devrait par ailleurs être donnée à la recommandation de la récente Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenue à New-York en juin 2000 (« Pékin plus cinq »), de nommer dans chaque pays un rapporteur national.**

**2.- Il est nécessaire que les politiques publiques ne restent pas cantonnées à la prostitution de rue et s'intéressent à l'ensemble des formes d'activité prostitutionnelle, y compris les moins visibles (salons de massages, bars à hôtesse).**

**3.- En ce qui concerne l'approche de la police et de la justice, il est indispensable :**

**a)- d'augmenter les moyens de l'OCRTEH : il existe en effet un fossé important entre les possibilités offertes à la lutte contre le proxénétisme par notre droit et les capacités opérationnelles de mise en œuvre ;**

**b)- de faire de la lutte contre le proxénétisme une priorité de la police : les textes et les équipes sont performants, mais trop souvent encore le combat est considéré comme secondaire par rapport à d'autres ;**

**c)- de renforcer la politique de coopération afin de parvenir à une collaboration dynamique entre les différents pays, de mobiliser les maires des capitales et grandes villes européennes qui sont tous confrontés aux mêmes problèmes, de favoriser les échanges d'informations quant aux expériences menées, de faciliter l'accueil, d'un pays à l'autre, des victimes des réseaux afin qu'elles puissent entamer leur « reconstruction » à l'abri des représailles.**

**4.- En ce qui concerne la prévention et la réinsertion, points faibles de la politique française :**

**a)- il faut d'abord agir au niveau des politiques générales : la prévention de la prostitution passe par l'amélioration de la situation de droit et de fait des femmes et l'égalité des chances entre hommes et femmes ;**

**b)- l'accent doit être mis sur l'information : la prostitution prospère sur un fond général d'ignorance et d'indifférence. Il faut travailler sur le long terme au changement des mentalités.**

**Des campagnes nationales et régulières de sensibilisation doivent être entreprises et une mise en garde des jeunes doit être assurée dans le cadre de l'enseignement scolaire. Les personnels éducatifs devraient eux-mêmes être informés, notamment pour attirer leur attention sur la prostitution occasionnelle à laquelle certains jeunes en situation de précarité sont exposés ;**

**c)- il convient d'intégrer l'approche de la prostitution dans la formation des travailleurs sociaux et des agents des services publics qui ont en charge l'application de la législation et de la réglementation en la matière (police, justice, notamment) ;**

**d)- l'Etat doit cesser de compter aussi chichement son soutien aux associations qui œuvrent dans le domaine de la prostitution et font un travail souvent remarquable. L'augmentation et la pérennisation des crédits budgétaires accordés au milieu associatif s'imposent, tout comme le contrôle a posteriori de leur utilisation ;**

**e)- les pouvoirs publics doivent prendre leurs responsabilités en matière de prévention et de réinsertion où ils ont à jouer un rôle d'impulsion et de cohésion. Les commissions départementales prévues par la circulaire du 25 août 1970 doivent être mises en place partout. Par ailleurs, directement ou par voie conventionnelle, l'Etat être un acteur « social » de la lutte contre la prostitution dans tous les départements.**

**f)- tout doit être fait pour aider les prostituées à quitter la prostitution. Le nombre des foyers susceptibles de les accueillir, spécifiquement, doit être augmenté. Un numéro vert largement diffusé devrait les diriger vers les organismes publics et**

privés susceptibles de les aider dans leurs démarches de réinsertion. Des dispositifs de formation adaptés devraient être mis sur pied. Un moratoire devrait être systématiquement accordé s'agissant des poursuites fiscales, dès lors que la volonté d'abandonner la prostitution a été manifestée, à charge pour les services fiscaux de vérifier a posteriori la réalité de la démarche. Les prostituées qui amorcent une réinsertion devraient pouvoir bénéficier sans délai des minima sociaux et d'un logement ;

g)- au même chapitre de la fiscalisation, le problème de l'opportunité de l'imposition des revenus de la prostitution mérite débat ; cependant, le danger qu'emporterait la suppression de cette dernière en termes d'incitation à la prostitution suggère la prudence. Il est à tout le moins impératif, si l'on ne tranche pas aujourd'hui la question, de ne pas présumer sur le plan fiscal que la prostitution est une profession ; il est en conséquence souhaitable de « sortir » ses revenus de la catégorie des bénéfices non commerciaux, voire de celle des traitements et salaires –et le produit du proxénétisme de la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux– et de les imposer dans une nouvelle catégorie qui accueillerait les gains de nature indéterminée étrangers aux notions de bénéfices ou de revenus professionnels. On ne peut s'accommoder par ailleurs de la perception choquante de la TVA sur les revenus du proxénétisme pour la raison évidente que la valeur ajoutée est, dans le cas d'espèce, l'exploitation de la prostitution d'autrui... On doit en revanche condamner systématiquement les proxénètes à verser des dommages-intérêts aux prostituées.

5.- La France doit ratifier au plus vite la Convention sur la criminalité transnationale organisée et ses protocoles additionnels, en premier chef le protocole relatif à la traite des êtres humains, en particulier des femmes et des enfants, afin de donner une expression complète à la détermination dont elle a fait preuve lors des négociations de Vienne.

6.- Deux problèmes méritent une réflexion approfondie.

Celui du «client» d'abord. Faut-il le responsabiliser par l'éducation ou la pénalisation ? Il ne saurait en tout cas être plus longtemps ignoré.

Celui de la protection des victimes de la traite ensuite. Faut-il leur accorder des titres de séjour provisoire ? Faut-il le faire sans condition, à titre humanitaire, ou doit-on le faire en échange d'une collaboration avec les services de police pour démanteler les réseaux ? Notre position abolitionniste nous commande en tout état de cause de prendre des mesures en faveur de ces victimes et les textes internationaux nous le recommandent désormais.

## SOMMAIRE

Introduction. -----	Page 1
<b>I. Méthodologie – Terminologie. -----</b>	<b>Page 14</b>
<b>II. La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle. -----</b>	<b>Page 28</b>
1. Manifestations dissociatives (ou schizoïdes). -----	Page 33
- Les noms. -----	Page 33
- L'apparence ( vêtements – maquillage ).Les postures. -----	Page 40
- La cartographie corporelle. -----	Page 46
- Le temps et l'espace. -----	Page 50
2. Conséquences de la schizoïdie prostitutionnelle. -----	Page 53
- La dévalorisation corporelle et ses rapports avec l'argent. -----	Page 54
- Phénomènes d'anesthésie, d'hypoesthésie : troubles du schéma corporel. ----	Page 58
- L'instrumentalisation du corps. Modifications de l'image corporelle. -----	Page 62
- Le déni – le double discours. -----	Page 72
<b>III. Liens avec les autres types d'effractions corporelles à caractère sexuel. Faut-il être « chère » pour redevenir « chair » ? -----</b>	<b>Page 75</b>
1. L'inceste et la pédophilie. -----	Page 75
2. Le viol. -----	Page 87
3. Effraction sexuelle et conséquences pour l'image corporelle. -----	Page 88
4. Masochisme ou compulsion de répétition ? -----	Page 98

**IV. La spoliation de la parole : le redoublement de la violence originelle.** Page 102

1. La spoliation par le corps médical, les soignants et les intervenants. Page 103
  - L'appropriation du corps du soigné par les soignants. Page 103
  - Le syndrome de l'intervenant. ----- Page 106
  - Introduction de l'ambivalence dans le discours de l'intervenant. Page 108
  
2. La spoliation par les « représentants » de la population partenaire dans la santé communautaire : un problème émergent. ----- Page 109
  - Introduction d'un biais dans l'identification des problèmes et des besoins des personnes prostituées. ----- Page 111
  - Apparition d'un discours non représentatif et pervers. Phénomène de « maquerillage ». ----- Page 114
  - Réduction des risques : réduction des soins ? ----- Page 116

**V. Décorporalisation et santé : un obstacle majeur à l'accès aux soins.** Page 118

1. Etat des lieux des problèmes et besoins de santé des personnes prostituées. Page 118
2. Obstacles à l'accès aux soins. Importance du phénomène de décorporalisation, importance de son occultation. ----- Page 127

**VI. Restauration de la parole, dévictimation, recorporalisation : un processus thérapeutique incontournable.** ----- Page 130

1. Restauration de la parole. ----- Page 130
2. Dévictimation. ----- Page 133
3. Recorporalisation.----- Page 135

Conclusion ----- Page 142

Annexe 1 -----	Page 151
Annexe 2 -----	Page 158
Sommaire -----	Page 163
Bibliographie -----	Page 165

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Abraham Georges, « Guérir par le sexe et pour le sexe », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
2. Agostini D., « La violence dans les attitudes professionnelles », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°49 : « Violences », 1993.
3. André Pierre, Benavides Thierry, Canchy – Giromini Françoise, « Corps et psychiatrie », Editions Heures de France, août 1996.
4. ANRS, « Le risque prostitutionnel chez les jeunes de 18-25 ans », Service Insertion Jeunes, 1996.
5. Arcan Nelly, « Putain », Editions du Seuil, septembre 2001.
6. Barry Kathleen, « L'esclavage sexuel des femmes », Stock, 1979.
7. Balmary Marie, « L'homme aux statues. Freud et la faute cachée du père », Editions Le Livre de Poche, 1994.
8. Berton François, « Le généraliste peut-il prendre en compte la sexualité de ses patients ? », dans « L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1994.

9. Bétrémieux Bernard, « Clients de la prostitution : de la prostitution des adultes à celle des enfants », film éducatif, 2000.
10. Birman Joël, « Erotisme, détresse et féminité : une lecture psychanalytique de la sexualité », dans « La sexualité dans les sciences humaines » sous la direction de Maria Andréa Loyola, Collection Psychanalyse et civilisations, Editions L'Harmattan, juin 1999.
11. Bonal Michèle, « Quand le sexe donne ou peut donner la maladie : la Femme, le Gynécologue, la Sexualité », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
12. Bonheur Maldy, « J'ai tourné la page », Editions Accord, 1994.
13. Brogonzoli Alvarez Caroline, « De l'inceste à la prostitution : la faute originelle ? », Thèse de Doctorat d'Etat de Psychiatrie, Université Nancy 1, 1996.
14. Brunet Jean – Baptiste, « MST et santé publique », intervention au Colloque UNESCO – Amicale du Nid « S'associer pour réussir la réinsertion », 27 mars 1992.
15. Bryer J.B. and al, « Childhood physical and sexual abuse as factors in adult psychiatric illness », American Journal of Psychiatry, 144, 11, p. 1426-1430, 1987.
16. Cabanis Catherine, « Du symptôme et de la guérison dans l'approche intégrative en sexothérapie », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.

17. Camdessus B., Kiener M.C., « L'enfance violentée », Editions ESF, 1993.
18. Carré Jean – Michel, « Les clients des prostituées », film « Grain de sable », 1995.
19. Castioni Nicole, « Le soleil au bout de la nuit », Albin Michel, 1998.
20. Chaleil M., «Le corps prostitué. Le sexe dévorant », Editions galilée, 1981.
21. Charlemagne Sandrine, « A corps perdus », Editions Jean-Claude Lattès, 1994.
22. Chemama Roland (sous la direction de), « Dictionnaire de la psychanalyse », Editions Larousse, août 1995.
23. Coppel Anne, Braggiotti Lydia, « Recherche-action prostitution et santé publique », Rapport final, OMS-IMEA, Novembre 1990.
24. Coquart Elizabeth, Huet Philippe, « Le livre noir de la prostitution », Albin Michel, 2000.
25. Cornillot Pierre, « Ambiguïtés et certitudes », dans « L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1994.
26. Courtade Stéphanie Elisabeth Jeanne, « Réflexions et synthèses des données médicales et psychologiques à propos de la prostitution féminine en France », Thèse de Doctorat d'Etat de Psychiatrie, Université de Strasbourg, 2000.

27. Daligand Liliane, « Le trauma de l'inceste », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°50 : « Inceste et traumatisme », mai 1993.
28. DDASS de Loire-Atlantique, « Diagnostic 'Prostitution' en Loire-Atlantique », réalisé par l'association Métanoya, décembre 1998.
29. Declerck Patrick, « Les naufragés. Avec les clochards de Paris », Collection Terre Humaine, Editions Plon, septembre 2001.
30. Debray Quentin, Nollet Daniel, « Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutiques », Collection « Médecine et psychothérapie », Editions Masson, avril 2001.
31. Dejours Christophe, « Le corps, d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral », Editions Payot, mars 2001.
32. Des Forts Jacqueline, « Violences et corps des femmes du Tiers – Monde. Le droit de vivre pour celles qui donnent la vie », Editions L'Harmattan, novembre 2001.
33. Dolto Françoise, « L'image inconsciente du corps », Collection Points Essais, Editions du Seuil, 1984.

34. Dubol Vivianne, « La prostitution comme expérience de vie « effet - mère » », Doctorat de Psychopathologie fondamentale et psychanalyse, université Paris VII – Denis Diderot, 1996.
35. Dubol Viviane, « La prostitution, un objet de recherche déclencheur d'imaginaire », Mémoire de DEA de Psychologie clinique et pathologique, Paris VIII, 1991.
36. Dubol Viviane, « Compte-rendu du cas de Fanny », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°44 : « Le traumatisme », 1988-1989.
37. Dubol Viviane, « La petite fille et la prostituée », Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, n°13, Editions La Pensée Sauvage, 1989.
38. Dubol Viviane, « Le symptôme prostitutionnel, quel sens ? », Mémoire de Psychologie clinique et pathologique, Université Paris VIII, 1987.
39. Emmanuelli Xavier, intervention « Les oubliés de l'exclusion », Colloque « Peuple de l'abîme : la prostitution aujourd'hui », Fondation Scelles-Unesco, mai 2000.
40. Farley Melissa, Baral Isin, Kiremire Merab, Sezgin Ufuk, « Prostitution in five countries : violence and Post Traumatic Stress Disorder », in « Feminism and psychology », Vol. 8 (4), p. 405 – 426, 1998.

41. Farley Melissa, Burkan Howard, « Prostitution, Violence against Women, and Post Traumatic Stress Disorder », in « Women and Health », Vol. 27 (3), p. 37 – 49, The Haworth Press, 1998.
42. Ferenczi Sandor, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », dans « Psychanalyse 4 », Editions Payot, 1982.
43. Foucault Michel, « Histoire de la sexualité ». Trois tomes, collection Tel, Gallimard. Réédition 1997.
44. Freud Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir », dans « Essais de psychanalyse », Editions Payot, 1981.
45. Gabel Madeline, « De la difficulté de dire pour les familles à la difficulté d'entendre pour les professionnels », Cahier du département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°53 : « Maltraitance : le signalement et après ? », février 1996.
46. Gauthier-Hamon C., Teboul R., « La prostitution homosexuelle des garçons : le rapport pédophilique », La Revue de Pédiatrie, 23, 7, p. 281-295, 1987.
47. Giami Alain, « Représentations et sexualité, psychologie sociale et pluridisciplinarité », dans « La sexualité dans les sciences humaines » sous la direction de Maria Andréa Loyola, Collection Psychanalyse et civilisations, Editions L'Harmattan, juin 1999.

48. Guillerault Gérard, « Les deux corps du moi : schéma corporel et image du corps en psychanalyse », Gallimard, 1996.
49. Guilloux Ketty, Guimonneau Thierry, « Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain. Repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat. », Direction Générale de la Santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1997.
50. Hadjiski E., « Le traumatisme du silence », Cahier du Département de psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'UFR de Bobigny, n°40 : « Les abus sexuels à l'égard des enfants », 1986-1987.
51. Hatat Brigitte (et autres), «Le choix du toxicomane. Expérience, théorie, analyse », Editions L'Harmattan, novembre 1994.
52. Haut Comité de la Santé Publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », Collection Avis et Rapports, Editions ENSP, février 1998.
53. Hayer Jean-Yves, « Inceste et abus sexuel extra - familial », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'UFR de Bobigny, n°50 : « Inceste et traumatisme », mai 1993.
54. James J., Meyerding J., « Early sexual experience and prostitution », American Journal of Psychiatry, 134, 12, p.1381-1385, 1977.

55. Képès Suzanne, « Le corps libéré. Psychosomatique de la sexualité », Editions Syros, octobre 2001.
56. Képès Suzanne, « Les violences sexuelles », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
57. Képès Suzanne, « Violences sexuelles et prostitution dans la société patriarcale », Colloque International de Recherche Femmes/Hommes : Identité, égalité, différence, 4<sup>ème</sup> Conférence Mondiale sur les Femmes organisée par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Service des Droits des Femmes, 6 et 7 mars 1995.
58. Képès Suzanne, « Santé publique et sexualité privée », dans « L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1994.
59. Képès Suzanne, « La prostituée : le clivage intérieur. Retentissement sur la santé physique et mentale de la condition de prostituées », Rapport du Congrès du 22.09.1987 de la Fédération Abolitionniste Internationale.
60. Khah Anita, « Prostituées, souteneurs, clients et société, le triangle de l'immaturation affective », Revue « Psychologie », n°141, novembre 1981.
61. Krull M., « Sigmund, fils de Jacob. Un lien non dénoué », Editions Gallimard, 1983.

62. Lazarus Antoine, Strohl Hélène, Arene Marguerite, Quérouil Olivier, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail 'Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale' », DIV et DIRMI, février 1995.
63. Lebas Jacques et Chauvin Pierre, « Précarité et santé ». Flammarion.
64. Legardinier Claudine, « La prostitution », Editions Milan, 1996.
65. Léger Patricia, Vasina Chantal, « Sur la notion de temps », intervention au Colloque UNESCO – Amicale du Nid « S'associer pour réussir la réinsertion », 27 mars 1992.
66. Lemoal Paul, « Etude sur la prostitution des mineurs », Editions Sociales Françaises, 1965.
67. Lepetz Eric, « D'un type particulier de lien amoureux : celui qui unit la prostituée à son souteneur », Mémoire de DESS de psychologie, université Paris X Nanterre, 1992.
68. Londres Albert, « Le chemin de Buenos-Aires ( la traite des blanches ) », Le serpent à plumes, 1998.
69. Lopez Gérard, « Victimologie », Editions Dalloz, 1997.
70. Lopez Gérard, « Les violences sexuelles sur les enfants », Collection «Que sais-je », Presses Universitaires de France, 1997.

71. Lopez Gérard, « Victimes et victimologie », Collection « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, 1995.
72. Mathieu Lilian, « Prostitution et sida » : sociologie d'une épidémie et de sa prévention », Collection « Logiques sociales », Editions L'Harmattan, octobre 2000.
73. Mc Dougall Joyce, « La sexualité humaine en tant que symptôme », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
74. Mc Dougall Joyce, Jardin Alain, « Itinéraires thérapeutiques », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
75. Mansson Sven-Axel, « Breaking the Matthew effect on women leaving prostitution », article isolé, mars 1998.
76. Marwitz G., Hornle R., « Prostitution – eine Folge Sexuellen Mißbrauchs », *gesundh.-Wes*, 54, p.569-571, 1992.
77. Mason J.M., « The assault on truth », Editions Penguin Books, 1984.
78. Maury M., « Les processus psychologiques mis en jeu dans la prostitution », intervention lors de la Journée sur le fait prostitutionnel en Seine-Saint Denis, 12.06.1997.

79. Melman Charles, « Les enjeux inconscients dès lors qu'il est question de prostitution », intervention au Colloque UNESCO – Amicale du Nid « S'associer pour réussir la réinsertion », 27 mars 1992.
80. Ménoret-Calles Brigitte, « L'accès aux soins des populations démunies », collection L'éthique en mouvement, L'Harmattan.
81. « Faciliter l'accès au droit commun des personnes prostituées », Brochure réalisée par l'Association Métanoya, financée par la DASS de Loire-Atlantique et la Délégation régionale aux Droits des Femmes de Loire-Atlantique, 1999.
82. Météreau christian, « Sur la recherche d'identité », intervention au Colloque UNESCO – Amicale du Nid « S'associer pour réussir la réinsertion », 27 mars 1992.
83. Nicolas Pascale, « Folles femmes : contribution à l'étude de la prostitution féminine », Thèse de Doctorat d'Etat de Psychiatrie, Université Nancy 1, 1985.
84. Nor Malika, « Le sacrifice : de l'inceste à la prostitution », Diplôme Universitaire de Sexualité Humaine, Université Paris XIII, 1991-1992.
85. Piet Emmanuelle, « Les abus sexuels » dans « L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1994.

86. Pouillon-Falco D., « La prostitution : unité dans la diversité », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°42 : « Prostitution des mineurs et abus sexuels », 1988-1989.
87. Pryn Stéphanie, « Métier et stigmates », Presses Universitaires de Rennes, 1999.
88. Rouyer M., « conséquences de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant », Cahier du Département de Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'enfant et de la famille de l'UFR de Bobigny, n°42 : « Prostitution des mineurs et abus sexuels », 1988-1989.
89. Saliva Anna, « La guérison, entre dire et désir », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Humaine, Editions l'Harmattan, 1998.
90. Spencer Brenda, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », Revue de la société Européenne de Sociologie « Sur la sexualité », numéro 128,
91. Steg Gilberte, « Quand le sexe fait mal : le Gynécologue en quête de sens », dans « Sexe et guérison », Collection Sexualité Huamine, éditions L'Harmattan, 1998.
92. Silbert M.H., Pines A.M., « Sexual child abuse as an antecedent to prostitution », Child Abuse and Neglect, 5, p. 407-411, 1981.
93. Spatz-Widom C., Ashley-Ames M., « Criminal consequences of childhood sexual victimization », Child Abuse and Neglect, 18, 4, p. 303-318, 1994.

94. Summit R.C., « The child sexual abuse. Accomodation syndrom », *Child Abuse and Neglect*, 7, p. 177-193, 1983.
95. Sztalryd Jean-Marie, « L'intimité trompe-l'œil », dans « L'intime civilisé, sexualité privée et intérêt public », *Collection Sexualité Humaine*, Editions L'Harmattan, 1994.
96. Tavernier Anne, « Sur les rapports à l'argent », intervention au Colloque UNESCO – Amicale du Nid « S'associer pour réussir la réinsertion », 27 mars 1992.
97. Thibierge Stéphane, « Pathologies de l'image du corps », PUF, 1999.
98. Thomas Eva, « Le sang des mots », Editions Mentha, 1992.
99. Tong L., Oates K., Mc Dowell M., «Personality development following sexual abuse », *Child Abuse and Neglet*, 11, p. 371-383, 1987.
100. Tribolet Serge, Shahidi Mazda, « Précis de sémiologie des troubles psychiques », Editions Heures de France, septembre 2000.
101. Trinquart Judith , « Le Bus des Femmes : une action de santé communautaire dans le domaine de la prostitution », *Mémoire de Maîtrise de Sciences Sanitaires et Sociales Mention Santé Publique*, CHU Bicêtre, 1998-1999.
102. Vantorre Jeanne, « Inceste, des actes impensables : leurs répercussions sur l'activité

symbolique et en particulier l'image du corps », DESS de Psychologie Clinique et Pathologique, Université de Lille III, décembre 1994.

103. Vidal-Naquet Susan, Bulletin de l'enfance maltraitée, Direction de l'action sociale, mai-juin 1994.
104. Villela Correa Marilena, « Quelques réflexions concernant le sexe, la sexualité et la différence sexuelle dans le discours médical », dans « La sexualité dans les sciences humaines » sous la direction de Maria Andréa Loyola, Collection Psychanalyse et civilisations, Editions L'Harmattan, juin 1999.
105. Villey Colette, « Le corps prostitué », Mouvement du Nid, 18 – 19 novembre 1995.
106. Welzer-Lang Daniel, «Prostitution : les uns, les unes, les autres », Editions Métailié, 1994.
107. Wolton Dominique, « Libération : de la subversion au conformisme », dans « L'intime civilisé », Collection Sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1994.
108. Wrobel Nathan, « Partir du corps : psychosomatique de la clinique », dans « Sexe et guérison », Collection sexualité Humaine, Editions L'Harmattan, 1998.
109. Wyart Jean-Louis, « La prostitution féminine, hypothèses et commentaires : à propos de 54 cas », Thèse de Doctorat d'Etat de Santé Publique, Université Lille 2, 1989.

110. Zarouckian M.G., « L'inceste : passage initiatique à l'acte prostitutionnel », communication orale, article disponible à la Fondation pour l'enfance.