

503 432

**LES TRAVAILLEURS SEXUELS  
ET LA CONSOMMATION DE  
CRACK**

Novembre 1994



Recherche-action financée par l'Agence Française de  
Lutte contre le Sida, Ministère des Affaires Sociales,  
de la Santé et de la Ville.

Documentation OFDT



OFDT003701

Composition de l'Équipe :

François-Rodolphe Ingold  
Directeur Scientifique, IREP

Mohamed Toussirt  
Sociologue, IREP

Suzanne Cagliero  
Sociologue, IREP

Marianne Goldfarb  
*Fieldworker*, IREP

Carole Gamin  
Secrétaire, IREP

Luc Dewalque  
Agent de prévention, IREP

Avec la participation de l'équipe féminine de  
La Boutique (Association Charonne) :

Gisèle Gillet  
Monique Isambart  
Malika Tagounit

## SOMMAIRE

	page
INTRODUCTION . . . . .	5
1. LA PROBLÉMATIQUE . . . . .	6
1.1. Prostitution et consommation de drogues . . . . .	6
1.2. Prostitution et consommation de crack . . . . .	7
2. MÉTHODOLOGIE . . . . .	9
2.1. Objectifs . . . . .	9
2.1.1. La prévention des contaminations . . . . .	10
2.1.2. L'orientation vers les soins et le dépistage . . . . .	10
2.2. Les critères d'inclusion dans l'étude . . . . .	10
2.3. Les outils méthodologiques . . . . .	11
2.3.1. Les obstacles à l'évaluation des pratiques à risques . . . . .	13
2.4. Le travail de terrain . . . . .	14
2.5. La mise en place de l'étude . . . . .	15
2.5.1. L'action menée en collaboration avec La Boutique . . . . .	16
2.6. Le recueil des données . . . . .	18
3. LES SITES ÉTUDIÉS . . . . .	20
3.1. La porte de la Chapelle . . . . .	20
3.2. La place de la Nation . . . . .	24

4.	DESCRIPTION DE LA POPULATION . . . . .	26
4.1.	Âge et sexe . . . . .	27
4.2.	Nationalité . . . . .	27
4.3.	Domicile . . . . .	28
4.4.	Statut familial . . . . .	30
4.5.	Activités et ressources . . . . .	31
4.6.	Couverture sociale . . . . .	32
4.7.	La consommation de drogues . . . . .	32
4.7.1.	La consommation d'héroïne . . . . .	32
4.7.2.	La consommation d'autres produits . . . . .	34
4.8.	La consommation de crack . . . . .	35
4.9.	Antécédents médico-légaux . . . . .	37
4.9.1.	La santé . . . . .	37
4.9.2.	Le statut sérologique . . . . .	39
4.10.	L'utilisation de la seringue . . . . .	40
4.11.	L'utilisation du préservatif . . . . .	42
5.	RÉSULTATS QUALITATIFS . . . . .	44
5.1.	Conséquences de la consommation de crack sur la vie des travailleurs sexuels . . . . .	45
6.	DISCUSSION . . . . .	49
6.1.	Une situation sociale dévastatrice . . . . .	49
6.2.	Les consommateurs de crack . . . . .	52
6.3.	Les stratégies préventives . . . . .	54
	CONCLUSION . . . . .	59
	BIBLIOGRAPHIE . . . . .	62

## INTRODUCTION

Nous présentons ici les résultats d'une recherche menée auprès de femmes consommatrices de crack, héroïnomanes, qui se prostituent porte de la Chapelle et parfois dans d'autres quartiers de Paris. Le travail de terrain s'est déroulé du début février à la fin septembre 1994. Un nombre relativement important de sujets ont été rencontrés, mais la présente étude ne fait état que des sujets consommateurs de crack.

L'objectif de ce travail était d'identifier de nouvelles stratégies préventives et soignantes en direction de ce groupe. Nous avons donc tenté d'analyser les modes de vie des sujets au plan de la vie quotidienne, cette dernière étant essentiellement organisée autour du travail sexuel et de la consommation de crack. Les situations ici décrites témoignent bien de la gravité des problèmes sociaux et sanitaires associés à la consommation de crack dans ce groupe, mais ce groupe n'est représentatif que de lui-même et ne résume pas l'ensemble des problèmes posés par ce type de consommation.

## **1. La problématique**

La question de la contamination par le HIV dans le groupe des toxicomanes qui se livrent à la prostitution et à partir de ce groupe continue de se poser. Il en va de même pour tout ce qui concerne la question de l'accès aux soins de ces sujets.

La seule promotion de pratiques sanguines ou sexuelles à moindre risque n'est pas suffisante. Afin de maintenir ces pratiques dans des limites acceptables, il convient de mettre en place toutes les mesures susceptibles d'orienter vers les soins et le dépistage ceux des sujets pour qui une telle démarche n'a pas encore été réalisée, ou a été réalisée et est restée sans suite. En fait, la prévention des contaminations, ou la réduction des risques, n'est qu'une première étape qui impose de disposer d'outils permettant de concevoir la suite naturelle de ces actions.

Mais, précisément, les conditions de vie de ces sujets, leur fréquente contamination par le HIV, leurs modes de consommation des produits, sont autant d'éléments qui s'opposent non seulement à la réduction des risques, mais aussi à la prise en charge par eux-mêmes de leurs problèmes de santé.

Nous nous proposons d'explorer plus avant les modes de prévention les plus pertinents pour ce groupe, à partir d'une intervention de rue.

### **1.1. Prostitution et consommation de drogues**

Au cours de notre recherche « Le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV », nous avons décrit les principales caractéristiques sociales et sanitaires des toxicomanes qui se

livrent à la prostitution. Nous avons constaté que le travail sexuel était une conséquence de la précarité de vie de certains toxicomanes et que, inversement, le caractère destructeur du travail sexuel rendait nécessaire le recours aux drogues. Cette situation de vie des toxicomanes prostitués se traduit par un isolement social extrême du fait qu'ils n'appartiennent ni au groupe de toxicomanes ni au groupe de prostitués.

Cet isolement intervient sur les comportements à risques au moins à trois niveaux : ① les conditions concrètes du travail sexuel et de la prise de drogues; ② l'absence d'un soutien des pairs pour définir les pratiques à risque et encourager une attitude de réduction de ces risques; ③ la représentation de ces risques eux-mêmes. Cette situation est à l'origine de besoins sociaux et sanitaires majeurs, se renforçant les uns les autres et évoluant de façon brutale et rapide.

## **1.2. Prostitution et consommation de crack**

Les effets du crack sont ceux de la cocaïne, mais intensifiés par le passage direct de la cocaïne dans le sang pulmonaire. Les effets stimulants durent quelques minutes et un état dysphorique s'installe de façon progressive. Il s'agit d'un état d'angoisse qui invite à consommer une nouvelle prise. Ces effets expliquent l'intensité de la dépendance et le coût élevé de la consommation de crack : un consommateur de crack peut très bien, à lui seul, consommer pour trois ou cinq mille francs de crack en une seule nuit. Il en résulte qu'une ressource de base pour les consommateurs reste encore le travail sexuel : il représente la seule activité capable, de jour comme de nuit, de fournir des sommes d'argent relativement importantes et, surtout, régulières.

Mais, en retour, le travail sexuel a ses exigences : il ne peut se réaliser que si les intéressés sont capables de maîtriser un tant soit peu leur état de surexcitation et d'impatience. Pour cela, ils ont recours à une aide pharmacologique : l'héroïne.

Les besoins -et notamment les besoins d'argent- sont ainsi multipliés. Le processus de marginalisation s'accélère. Les sujets, surexcités par la consommation de crack et fatigués par les exigences qu'elle impose, se fragilisent. Il s'avère donc que les problèmes décrits dans notre recherche sur le travail sexuel (IREP, 1993) sont encore ici nettement majorés. En témoignent des multiples éléments qui seront décrits dans le présent rapport.

En 1993, l'équipe de l'IREP a contribué à la mise en place, par l'Association Charonne, d'un centre de prévention de rue, La Boutique. La mise en place de cette structure dans le dix-huitième arrondissement de Paris, entre Stalingrad et la porte de la Chapelle, a coïncidé avec l'explosion de la consommation de crack dans la capitale. Soulignons que la présente recherche témoigne -au delà du petit groupe étudié- d'une situation exceptionnelle : dans le même temps que La Boutique pouvait recevoir 50 à 100 consommateurs de crack par jour, les centres de soins spécialisés et les hôpitaux en accueilleraient très peu. Cette situation nous a amené à formuler ce projet de recherche en posant d'emblée cette idée selon laquelle les stratégies préventives en direction de ces groupes étaient à définir non seulement par rapport au thème général de la réduction des risques, mais aussi et surtout par rapport à la problématique de l'accès aux soins.

## **2. Méthodologie**

L'approche ethnographique, à travers nos études précédentes - celles sur les pratiques concernant l'utilisation de la seringue ou celle sur le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV -, nous a permis de décrire les pratiques et le mode de vie des usagers de drogues. Ainsi, après avoir constaté que la réutilisation de la seringue était une pratique à risque très répandue, nous avons conçu une action visant à réduire les risques de transmission des virus liés à cette pratique : l'action eau de Javel. Cette action de prévention vise tous les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et leur entourage.

Tout au long de la présente étude nous avons adapté les objectifs de prévention propres à l'action eau de Javel aux besoins de la prévention dans le milieu des travailleurs sexuels consommateurs de crack. Il s'agissait d'identifier de nouvelles stratégies préventives. Pour cela, il fallait connaître cette population et tester les différents outils et actions de prévention, d'information et d'orientation.

### **2.1. Objectifs**

Cette recherche-action a un objet d'étude : connaître l'évolution des pratiques et le mode de vie des travailleurs sexuels consommateurs de drogues, et plus particulièrement des consommateurs de crack. Ceci, afin d'évaluer et d'adapter les modalités de la prévention et de mieux connaître les difficultés auxquelles se heurte ce type d'action. L'objectif de l'action elle-même est d'améliorer les conditions sanitaires de ce groupe, cette amélioration étant une des conditions nécessaires à la réduction de risques.

### 2.1.1. La prévention des contaminations

Les travailleurs sexuels consommateurs de drogues cumulent deux pratiques qui peuvent être à l'origine des contaminations : les injections de drogues par voie intraveineuse et les rapports sexuels non protégés. Il s'agit bien des contaminations en ce sens que le HIV n'est pas le seul agent infectieux possible : d'autres germes doivent être envisagés et, en premier lieu, ceux des hépatites virales. L'objectif des interventions, à ce niveau là, vise à réduire ces risques au moyen de la promotion de pratiques sûres telles que : l'utilisation systématique de seringues neuves, la décontamination efficace -notamment avec de l'eau de Javel- lorsqu'il y a réutilisation de la seringue, l'emploi systématique de préservatifs.

### 2.1.2. L'orientation vers les soins et le dépistage

La plupart des sujets que nous rencontrons vivent en dehors de tout circuit sanitaire : ils ne sont pas -ou ne sont plus- pris en charge dans les hôpitaux ou les structures spécialisées et, le plus souvent, n'ont aucune couverture sociale. Pour eux, le seul recours aux soins se limite à la visite chez le pharmacien, à l'auto-médication, aux urgences, au Bus des Femmes, à celui de Médecins du Monde et à La Boutique, où il vont se reposer, chercher un analgésique, faire soigner un abcès ou panser une blessure. La réflexion de fond sur les actions d'orientation s'impose.

## 2.2. Les critères d'inclusion dans l'étude

La population ciblée par notre action de prévention et d'orientation a été large : tous les sujets rencontrés sur le terrain ont été contactés, ont reçu le message de prévention et nous ont mis au courant de leur mode de vie, de leurs pratiques et des codes du milieu. Cependant, lorsque le recueil de données a commencé, le travail sexuel et la consommation de drogues ont

été les critères d'inclusion dans l'étude.

Par travail sexuel, nous adoptons le concept retenu dans notre étude précédente, « Le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV » : la pratique systématisée, c'est-à-dire organisée, de la prostitution, que celle-ci se fasse de façon régulière ou irrégulière. Par pratique de la prostitution nous entendons cette activité d'échange de prestations sexuelles et d'argent qui se fait dans le cadre d'un milieu organisé autour de cette activité.

De même, par consommation de drogues, nous adoptons le concept retenu dans l'étude citée : la consommation actuelle, fréquente et régulière, de drogues licites et illicites.

Mais, ici, le champ d'étude a été limité : la passation du questionnaire a concerné exclusivement les sujets ayant consommé ou consommant actuellement du crack. L'objet d'étude a été focalisé sur les effets de cette pratique relativement nouvelle et sur les besoins sanitaires et sociaux qu'elle était susceptible de créer.

### **2.3. Les outils méthodologiques**

L'observation. Dans un premier temps, nous avons fondé notre travail de terrain sur l'action de prévention et d'orientation. Proposer à un sujet une fiole d'eau et une fiole d'eau de Javel était une occasion d'entamer un dialogue sur la seringue et sur le mode de consommation des produits, voire une façon de lui demander s'il était usager de seringues et s'il les réutilisait. Cet échange a facilité notre travail d'observation. Parfois l'échange était rapide et, à la suite de plusieurs rencontres, le contact s'établissait. Parfois cet échange était pour le sujet l'occasion rêvée de parler et le lien s'établissait très rapidement. Certains sujets n'ont établi de contact avec nous que tardivement, mais cet échange rapide et l'attitude des pairs mettait le sujet en confiance avec notre équipe. Par exemple, SA., au début, refusait systématiquement les fioles d'eau et

d'eau de Javel sans donner d'explication, mais prenait les préservatifs avec un sourire. Un jour, lorsque notre équipe lui a proposé pour la énième fois les fioles d'eau et d'eau de Javel avec les préservatifs, elle a dit qu'elle utilisait chaque fois une seringue neuve. Quelques jours plus tard, elle a commencé à prendre régulièrement les fioles d'eau et d'eau de Javel.

Certains travailleurs sexuels nous connaissant déjà nous ont mis en contact avec un ou plusieurs amis. La rumeur de notre présence a facilité le maintien de notre équipe sur le terrain : les travailleurs sexuels savaient ce que nous faisons et nous étions bien accueillis.

Notre équipe a également accompagné certains sujets dans leurs déplacements et démarches : lieux de revente, hôtel, hôpital. Nous avons rendu visite à bon nombre de sujets hospitalisés.

Le questionnaire. Nous avons mis au point un questionnaire afin de recueillir les informations suivantes : ① les données socio-démographiques de base (sexe, âge, nationalité, statut familial, domicile, niveau d'études, profession, ressources et couverture sociale) ; ② les données relatives à la consommation de drogues, particulièrement de crack, et à l'histoire de cette consommation selon le protocole habituellement employé dans nos autres études ; ③ les données pénales ; ④ les données sanitaires (antécédents de cure de sevrage, statut sérologique, antécédents d'hospitalisation et histoire des maladies infectieuses, dont les maladies sexuellement transmissibles, accidents, problèmes dentaires, tentatives de suicide et overdoses) ; ⑤ les données sur les pratiques concernant la seringue (achat, utilisation, réutilisation et précautions prises en cas de réutilisation) ; ⑥ les données sur les pratiques concernant la sexualité (partenaires sexuels et précautions employées) ; ⑦ les éléments ressentis par le sujet l'avertissant de la modification de son mode de vie ou de ses pratiques après le début de la consommation de crack.

Toutes les questions étaient fermées, à l'exception de deux questions qualitatives : l'une concerne les raisons qui poussent

le sujet à consommer un autre produit en association avec le crack et l'autre la modification des pratiques ou du mode de vie après un temps de consommation de crack. Cela a permis à notre équipe d'obtenir cette information dans un entretien de 15 à 20 minutes environ. Le questionnaire était anonyme. Les sujets ayant rempli le questionnaire ont été informés des objectifs de notre étude et ont participé sur le mode du volontariat.

La passation du questionnaire avait lieu après un contact plus ou moins suivi avec les sujets, lorsque nous jugions qu'ils nous faisaient confiance. Cependant, certaines données sont approximatives, notamment celles concernant le début d'une consommation ancienne, ou l'histoire des maladies infectieuses répétées, des problèmes dentaires. De même, la consommation de drogues peut être un tout petit peu interprétée aussi bien à la hausse qu'à la baisse, selon que le sujet est fier ou a honte de son statut de consommateur. D'autres données, enfin, sont bien plus sensibles : le statut sérologique ou les pratiques concernant la sexualité ou la seringue.

### 2.3.1. Les obstacles à l'évaluation des pratiques à risques

En ce qui concerne les pratiques à risque, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et les travailleurs sexuels ont visiblement intégré la norme du non partage de la seringue et celle de l'utilisation systématique du préservatif. Mais les normes sont d'abord assimilées dans le discours et ensuite seulement dans la pratique. En fait, lorsqu'un consommateur de drogues par voie intraveineuse dit ne pas partager la seringue, il n'envisage pas la possibilité de se trouver dans une situation particulière qui puisse l'amener à transgresser la norme. De même lorsqu'il s'agit de l'utilisation du préservatif.

L'utilisation du préservatif dans la vie privée a beaucoup moins le caractère d'une norme dans ce groupe : la réponse des sujets s'accorde à leur pratique. Le même phénomène se produit avec la seringue à usage unique : si le non-partage de la seringue est devenu une norme préventive dans le milieu, la règle de

prévention préconisant l'usage unique de chaque seringue n'a pas encore été assimilée.

Le statut sérologique des travailleurs sexuels est une question sensible : ils peuvent se sentir accusés de transmettre le sida à la population générale.

#### 2.4. Le travail de terrain

L'équipe était constituée de deux femmes qui ont circulé pendant les trois premiers mois sur le boulevard Ney de la porte de la Chapelle à la porte de Clignancourt. Une des femmes était connue par quelques travailleurs sexuels, ce qui a facilité l'accès au terrain. Les consommateurs de drogues vivent en général dans des circuits assez fermés : la plupart du temps, ils ne voient que leurs clients, leurs *dealers* et leurs pairs. Le site est d'ailleurs très désolé : il n'y a aucune activité, mis à part un poste de police et un lycée sur le boulevard Ney à la hauteur de la porte de Clignancourt, aucun café, entre les portes de Clignancourt et de la Chapelle. Les travailleurs sexuels sont donc presque totalement isolés dans un site où ne passent que des voitures et des rares piétons. Le passage de notre équipe était pour eux l'occasion d'une pause entre deux transactions moyennant argent ou d'un lien libre dans un univers où tous les liens se font sous la contrainte.

Le passage de notre équipe se faisait quotidiennement, à l'exception du dimanche, et à différentes heures de la journée ou de la soirée jusqu'à minuit. Nous faisons un tour ou plusieurs tours, cela selon le nombre de sujets rencontrés et le temps que chaque rencontre demandait. Faire un tour était pour nous, parcourir le boulevard, entre les portes de la Chapelle et de Clignancourt, en passant, pour l'aller, d'un côté et, pour le retour, de l'autre.

Par la suite, notre équipe s'est associée avec l'équipe du camion de Médecins du Monde et a contacté un bon nombre de travailleurs sexuels usagers de seringues qui vont

s'approvisionner dans le bus qui stationne les lundis et les jeudis, à la place de la Nation.

D'autres travailleurs sexuels ont été contactés sur les lieux de revente. Dans ces lieux, le contact se faisait normalement au travers d'une personne déjà connue, dans un café ou à côté du bus d'échange de seringues de Médecins du Monde.

## 2.5. La mise en place de l'étude

La réalisation de cette étude a été organisée en deux étapes : une première étape de prise de contact avec la population et la mise en place de l'étude elle-même.

La prise de contact avec la population a été facilitée par l'action de prévention et d'orientation. Le travail de terrain a été fondé sur une action de communication destinée à renseigner et à faire passer un message de prévention en direction de ce groupe. Cette action a été renforcée et matérialisée par la mise à disposition sur le lieu de travail des outils visant la réduction des risques : préservatifs, eau de Javel et eau. L'information concernait les structures socio-sanitaires les plus accessibles à cette population : centres de dépistage du sida anonymes et gratuits, centres de soins médicaux anonymes et gratuits pour les personnes sans couverture sociale, centres de soins pour toxicomanes.

Plusieurs séances de travail entre l'équipe de terrain et les autres membres de l'équipe de l'IREP ont été tenues pour faire le point et préciser les objectifs visés par l'étude. Tout au long de cette période, nous avons élaboré le questionnaire et nous l'avons testé.

Cette période d'observation a été relativement rapide et facile. Cependant, nous nous sommes rendus compte que les contacts que nous établissions ne se traduisaient pas nécessairement par une relation suivie. En effet, la population ciblée est très instable. Les incarcérations, assez fréquentes, ont empêché le

suiwi de certains sujets ; certains sujets ont été incarcérés deux fois pendant le cours de notre travail de terrain. D'autres sujets ont arrêté de consommer pendant un certain temps et sont revenus, d'autres ne sont pas revenus. Certains sujets ont été hospitalisés et transférés d'un hôpital à un autre. D'autres sujets ont tout simplement changé de lieu de travail.

Nous étions en contact avec l'équipe du bus d'échange de seringues de Médecins du Monde et nous avons pensé que, si nous étendions notre travail à la place de la Nation, nous pourrions mieux suivre cette population mouvante.

Cela a marqué la fin de la première étape. Elle a été suivie d'une deuxième étape où, parallèlement, notre équipe de terrain a élargi son champ d'étude et a procédé au recueil des données. Tout cela s'est révélé un peu plus compliqué que prévu car la population rencontrée sur la place de la Nation n'était en fait pas la même que celle rencontrée sur les boulevards extérieurs. Les sujets suivis sur les boulevards extérieurs ne travaillaient pas sur la place de la Nation ou sur le cours de Vincennes mais se plaçaient dans les nombreuses rues ou boulevards avoisinants, moins codifiés.

En fait, cet élargissement du terrain nous a plutôt permis de rencontrer de nouveaux sujets que de suivre les sujets déjà contactés à la porte de la Chapelle.

#### 2.5.1. L'action menée en collaboration avec La Boutique

L'équipe de La Boutique, depuis son ouverture, s'est engagée dans un travail de prévention générale, d'information et d'orientation auprès des usagers. Nous avons demandé au personnel féminin de La Boutique de participer à notre étude. Elle a tout de suite accepté pour élaborer un travail de prévention spécifique auprès des femmes.

Nous avons constaté que leur mode de vie les fragilise et les rend plus vulnérables. Elles consomment beaucoup parce qu'elles

ont régulièrement de l'argent. Nous avons également observé qu'il est plus aisé d'établir une bonne communication avec ces femmes toxicomanes qui se prostituent en l'absence d'interlocuteurs masculins. En effet, les hommes qui entrent en contact avec elles ne jouent jamais un rôle neutre : ils sont revendeurs, clients ou proxénètes. Bon nombre de ces femmes sont très méfiantes, voire hostiles, à l'approche d'un homme qui veut leur proposer autre chose qu'un échange moyennant argent. Elles ont peur de se faire « racketter ». En même temps, l'équipe féminine de La Boutique, en collaboration avec nous, a constaté qu'un travail de prévention spécifique auprès des femmes nécessitait une autre forme de dialogue que celle qui s'établit dans un espace où les femmes sont le plus souvent minoritaires et où le personnel est pris par des demandes nombreuses et nécessitant une satisfaction immédiate. Nous avons donc pensé qu'il serait utile de tester de nouvelles stratégies de prévention visant exclusivement les femmes

L'équipe de La Boutique a créé un nouvel espace réservé aux femmes. L'espace femmes a commencé à fonctionner au début du mois d'avril : tous les mardis matin, de 10 heures à 13 heures, La Boutique est ouverte exclusivement pour les femmes. Les femmes peuvent parler entre elles et avec le personnel féminin de La Boutique des sujets qu'elles n'aiment pas aborder avec les hommes. L'équipe de La Boutique est plus disponible pour les écouter.

Notre équipe de terrain ne comprend pas de travailleurs sociaux et connaît sommairement les structures d'accueil et de soins. D'ailleurs, nous travaillons en contact direct avec un nombre limité de ce type de centres. L'action de l'équipe de La Boutique s'est révélée pour nous d'une grande valeur. Elle a complété l'action de prévention et d'orientation par une action d'accompagnement : certains sujets rencontrés sur le terrain ont eu ainsi accès aux soins et ont même été accompagnés très efficacement dans leurs démarches de sortie du milieu et de réinsertion.

La participation au travail de recueil des données posait des

problèmes mais, après maintes réflexions, l'équipe de La Boutique a accepté de s'associer : elle a accepté de nous aider à remplir un certain nombre de questionnaires et de participer à des réunions avec l'équipe de l'IREP sur des sujets précis concernant le mode de vie des toxicomanes qui se prostituent.

En définitive, cette collaboration n'a pas totalement abouti. Un proxénète au chômage voyait d'un très mauvais œil la distribution de fioles d'eau et d'eau de Javel car il considérait que cela était une incitation à la consommation. Il n'a pas eu de meilleure idée que d'aller chercher notre équipe à La Boutique. Cette visite a bien évidemment dérangé les membres de l'équipe de La Boutique et les usagers. L'équipe de La Boutique a donc décidé de suspendre sa participation au travail de recherche.

Cependant, les liens qu'entretiennent les membres de notre équipe et ceux de La Boutique nous ont permis de rester en contact et de maintenir une collaboration informelle. Cette collaboration s'est révélée très riche.

## **2.6. Le recueil des données**

Le dialogue entrepris avec les sujets nous permet de recevoir des témoignages spontanés qui sont enregistrés dans nos notes de terrain. Dans ces notes, nous rassemblons également les données concernant les codes et les moeurs habituels du milieu.

Lorsque nous avons établi des rapports suivis et fondés sur la confiance, nous leur proposons de répondre au questionnaire. Les réponses obtenues de cette façon sont comparées avec les témoignages spontanés.

Cependant la passation du questionnaire a été difficile pour diverses raisons : ① il s'agit d'une population très mouvante et de nombreux sujets ont disparu après avoir entretenu avec nous des rapports plus ou moins suivis. Deux femmes, enceintes, ont été prises en charge par des institutions spécialisés, deux

sujets ont été incarcérés et ne sont toujours pas sortis, un sujet s'est suicidé, sur d'autres sujets nous ne sommes pas renseignés ; ② les sujets sont toujours pressés, ils viennent pour gagner rapidement de l'argent et repartent encore plus rapidement pour acheter leurs produits ; ③ lorsqu'ils sont disponibles ils sont le plus souvent « défoncés » ou veulent parler de leurs problèmes : ils peuvent passer une demie heure à nous raconter quelque chose qui les préoccupe. Lorsqu'ils ont fini et que nous leur proposons de passer un questionnaire ils se souviennent que dans une demie heure ils seront « malades » et qu'ils n'ont pas encore travaillé. Ils laissent alors le questionnaire pour « demain ».

Nous nous étions proposés de passer une centaine de questionnaires. Ce but n'a pas été atteint, pour ce faire nous aurions dû rester bien plus longtemps que prévu sur le terrain. Nous avons obtenu 55 questionnaires sur environ 150 contacts plus ou moins fréquents.

### **3. Les sites étudiés**

Lors de notre étude « Le travail sexuel, la consommation des drogues et le HIV », nous avons répertorié les nombreux lieux où s'exerçait la prostitution à Paris . Nous comptons également avec l'information communiquée par les consommateurs de crack rencontrés dans les lieux de revente ou à La Boutique.

Cette information de base nous a permis de focaliser notre travail sur les lieux de prostitution où les toxicomanes sont plus nombreux et où la consommation de crack est plus importante. C'est ainsi que nous avons commencé notre étude à la porte de la Chapelle et qu'ensuite, nous avons élargi le terrain d'étude à la place de la Nation et aux lieux de revente.

Pendant l'étude, nous avons pu constater que la consommation de crack était très répandue dans les milieux de la prostitution. Nombre de sujets ont été contactés dans les lieux de revente : ces sujets se prostituent à l'Etoile, à Pigalle, autour de la rue Saint-Denis et de la place de la République.

Nous avons également visité les squats où la revente de crack est très active : sur ces sites, nous avons rencontré des sujets contactés à la porte de la Chapelle. Certains sujets se prostituaient sur place.

#### **3.1. La porte de la Chapelle**

Le travail sexuel s'étend tout au long des boulevards extérieurs et un nombre important de toxicomanes se place entre la porte de la Chapelle et la porte de Clignancourt. Il y a là une activité de revente assez discrète et discontinue, les revendeurs passant en voiture ou à pied. Nous avons également remarqué que les

revendeurs pouvaient se faire passer pour des clients et proposer ou faire goûter un « caillou » aux travailleurs sexuels : SD. nous a raconté qu'un client lui a fait goûter le crack.

Les travailleurs sexuels sont des femmes ; nous n'avons rencontré dans ce site que deux travestis : l'un travaillait régulièrement sur le site et l'autre ne le faisait qu'occasionnellement.

La violence est commune : des travailleurs sexuels volent les plus faibles ou, sous menace, se font donner de l'argent ; des faux clients cherchent des services sexuels gratuits ; des voleurs se présentent comme clients. Pendant notre travail de terrain, ce type d'agression était courant. Il y eut aussi une prostituée étranglée et la disparition d'une prostituée non toxicomane. Une rumeur circule selon laquelle certains travailleurs sexuels sont sur le site afin de voler les clients et peuvent ainsi être victimes d'une vengeance.

Quelques rares travailleurs sexuels, travaillant à deux ou accompagnés par un ami, prévoyant une possible agression, prennent le numéro de la plaque d'immatriculation des clients.

Les « passes », pour la plupart, se font dans un parking, « le moins cher de Paris » selon le gardien. Il est situé porte de la Chapelle. Certains clients vont à pied et les « passes » se font dans les jardins des immeubles ou dans des terrains vagues. Les prix pratiqués sont parmi les plus bas de Paris. Les accusations des uns sur les autres veulent que certains travailleurs sexuels pratiquent des prix très bas, que d'autres travaillent sans préservatif ou, plus précisément parfois, que les sujets séropositifs travaillent sans préservatif. Mais toutes ces accusations sont difficiles à confirmer, elles viennent le plus souvent de sujets qui travailleraient moins que celui d'à côté. Néanmoins, un travailleur sexuel peut faire entre 1 000 et 1 500 francs en l'espace de cinq heures.

La porte de la Chapelle est un site ancien de prostitution. Des

filles qui arrivent de province, beaucoup ne le quittent que bien plus tard : « il y a des filles qui débarquent là, ramenées par des routiers. Ils les ramassent sur les routes lorsqu'elles quittent la maison. Elles débarquent à la porte de la Chapelle innocentes, si le routier ne s'est pas fait payer en nature, et une voiture s'arrête. Au début, elles ne comprennent pas, puis elles se mettent au tapin ». Nous avons connu Z., qui correspondait à peu près à ce portrait : elle est arrivée il y a un an environ, et tout ce qu'elle connaît de Paris se limite à la porte de la Chapelle et à la rue d'Aubervilliers. Actuellement, ce cas de figure se fait rare ; les toxicomanes qui se prostituent à la porte de la Chapelle ont une longue histoire de consommation ou de prostitution derrière eux.

Entre la rue des Poissonniers et la porte de la Chapelle, la plupart des travailleurs sexuels consomment des drogues. Bien que les conflits de territoire ne soient jamais absents, ceux-ci ne sont pas très bien délimités et les sujets se déplacent, le plus souvent de la porte de la Chapelle au pont du chemin de fer des voies de la gare du Nord. Ils traversent aussi le boulevard sans trop se soucier des voitures. Le travail sexuel est peu organisé : les travailleurs sexuels consommateurs de drogues vont travailler, le plus souvent, « en manque » pour repartir dès qu'ils ont la somme nécessaire pour s'acheter leurs produits. Il n'y a donc pas d'horaire : ils ne sont pas très réguliers, même les mieux organisés : quand ils sont « en panne », ils vont travailler en dehors des heures habituelles, et quand ils « n'en ont pas besoin », ils ne travaillent pas. Nous n'avons rencontré, sur cette partie du boulevard Ney, que deux sujets non consommateurs de drogues illicites, un sujet consommateur de cannabis et deux sujets consommateurs exclusifs de crack. Les autres sujets étaient tous héroïnomanes et, une bonne partie, consommateurs réguliers de crack. Le crack est arrivé sur ce site en 1989-1990.

Les revendeurs qui vont les approvisionner sur place ne sont jamais là au moment souhaité. Les allers et retours entre la porte de la Chapelle et la rue d'Aubervilliers/rotonde de Stalingrad - lieux de revente de crack et d'héroïne - sont

fréquents et faciles. Ils se font, le plus souvent, à pied via rue de la Chapelle, rue Marx Dormoy, boulevard de la Chapelle. Les sujets marchent au bord du trottoir et peuvent ainsi trouver un client sur leur route. D'autres sujets préfèrent se faire conduire par un client : le client paie et accompagne le sujet qui « a une course à faire ». Quelquefois, le client perd de vue, « par mégarde », le sujet en question. D'autres sujets arrêtent un taxi et lui proposent un marché.

La plupart de ces sujets habitent, ou passent quelques nuits de temps en temps, dans les hôtels qui sont situés dans les rues proches du carrefour formé par les rues Marx Dormoy, de la Chapelle, Riquet et Ordener.

Entre la rue des Poissonniers et la porte de Clignancourt nous avons rencontré le plus grand nombre de sujets non consommateurs de drogues illicites, minoritaires dans ce site. Cette partie du boulevard Ney est divisée en deux. Le trottoir côté banlieue est un peu plus codifié que le reste du terrain étudié, les travailleurs sexuels, toxicomanes ou non toxicomanes, ne se déplacent pas et il est très difficile de voir un nouveau sujet, notamment près de la porte de Clignancourt où un sujet non toxicomane fait la loi à coups de parapluie ou de poing. Lorsque nous avons terminé le travail de terrain, ce sujet amenait des nouveaux sujets qu'il protégeait. Nous avons rencontré un bon nombre des travailleurs sexuels consommateurs d'héroïne sur ce site : trois sont actuellement sous méthadone, mais continuent à travailler ; deux femmes, enceintes, ont été prises en charge par des institutions ; un autre sujet est parti en province deux fois, après la deuxième fois nous ne l'avons plus revu ; un autre sujet a arrêté le travail sexuel lorsque son ami, revendeur, est sorti de prison.

Le trottoir côté Paris, entre la porte de Clignancourt et la rue des poissonniers, est un *no man's land* où travaillent des sujets se prostituant occasionnellement à la porte de Clignancourt. La plupart de ces sujets sont consommateurs d'héroïne et ont, au moins, goûté le crack. Nos contacts avec eux ont été sporadiques. Nous avons eu l'occasion de discuter avec certains

de ces sujets, mais nous n'avons pas pu les suivre. Le seul travailleur sexuel régulier de ce trottoir ne consommait pas de drogues illicites. Il a disparu au cours de notre travail de terrain et n'est jamais revenu. Les travailleurs sexuels du trottoir d'en face nous ont dit que son « ami » l'avait cherché dans tous les hôpitaux et dans tous les postes de police de Paris.

### 3.2. La place de la Nation

A la place de la Nation, les contacts sont plus difficiles, les travailleurs sexuels sont très dispersés dans les rues, avenues et boulevards avoisinants et sur les boulevards extérieurs proches. Nous avons connu d'un peu plus près les travailleurs toxicomanes qui se situent autour de la place ou sur le cours de Vincennes. Sur le cours de Vincennes, les travailleurs sexuels se placent devant les sanisettes et ne montent pas dans les voitures : ils font les « passes » à l'intérieur des sanisettes car ils considèrent cette pratique plus sûre, les risques d'agression sont moindre. Les travestis sont assez nombreux sur ce site, notamment un groupe de travestis équatoriens. Les prix peuvent être aussi bas qu'à la porte de la Chapelle.

Notre équipe s'est placée près du camion d'échange de seringues de Médecins du Monde. La population contactée a été essentiellement une population de consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Les sujets contactés connaissent tous le crack et beaucoup en consomment. Les formes d'approvisionnement du produit sont diverses : nous avons rencontré des sujets qui achètent sur des lieux de revente différents et des sujets ayant un revendeur qui les approvisionne sur place ou à domicile.

La population rencontrée sur ce site était moins homogène que celle rencontrée sur le boulevard Ney : certains toxicomanes s'adressent très régulièrement au bus d'échange de seringues ; d'autres le font régulièrement pendant un laps de temps ; d'autres le font de temps en temps. Ces sujets ont des modes de vie différents, même s'ils sont tous consommateurs de drogues

par voie intraveineuse. Les pratiques, en ce qui concerne la seringue, sont également différentes : nous avons rencontré à la place de la Nation un nombre de sujets qui n'utilisaient la seringue qu'une seule fois proportionnellement plus importante qu'ailleurs.

Ces pratiques sont, bien entendu, changeantes et varient selon l'état général des sujets. Lorsque ceux-ci traversent des périodes de stabilité, ils peuvent avoir une vie assez organisée dans laquelle les normes d'hygiène sont respectées, mais cet équilibre est le plus souvent fragile et la consommation de crack tend à le déstabiliser, de même qu'un accident, une rupture, une mauvaise nouvelle. Cet équilibre est inexistant chez les consommateurs réguliers de crack.

#### 4. Description de la population

Nous présentons ici les résultats issus des 55 questionnaires passés. La plupart de ces sujets (60%) ont été contactés entre la porte de la Chapelle et la porte de Clignancourt, un quart a été contacté à la place de la Nation et les autres dans des squats ou dans les lieux de revente.

Tous les sujets sont des travailleurs sexuels consommateurs de drogues. Tous ont consommé ou consomment du crack.

Cet échantillon ne prétend pas à la représentativité d'une population aussi peu étudiée que celle des travailleurs sexuels consommateurs de drogues. Dans la mesure où cette population n'est ni recensée ni décrite, aucun échantillon ne pourrait le prétendre, à fortiori s'agissant d'un échantillon de petite taille.

De plus, compte tenu des réserves méthodologiques dont nous avons fait état, nous nous questionnons sur la fiabilité des données recueillies, surtout celles que nous avons appelées les données sensibles, telles les pratiques concernant la seringue, l'utilisation du préservatif et le statut sérologique des sujets. Par exemple, lorsque notre équipe a rencontré P., celle-ci a dit qu'elle vivait dans un appartement avec d'autres filles. Notre équipe l'a rencontré plusieurs fois par la suite et, dans un moment de fragilité, après avoir passé quelques nuits sans dormir, elle a avoué qu'il s'agissait d'un squat et que, entre-temps, il avait été évacué par la police. Quand nous avons passé le questionnaire, elle nous a dit qu'elle était séronégative. Quelques semaines plus tard, elle nous a dit qu'elle se sentait coupable de nous avoir menti. C'est dire que les données quantitatives doivent être considérées et interprétées avec prudence, malgré les précautions prises.

#### 4.1. Âge et sexe

Nous avons constaté que le recueil de données sur l'âge ne constitue pas un problème lorsque le sujet a plus de 18 ans et moins de 40 ans. Les raisons sont simples : un sujet de moins de 18 ans doit cacher son statut de mineur et les 40 ans symbolisent un cap à ne pas dépasser pour garder la jeunesse.

Lorsque notre équipe a rencontré N., elle a dit qu'elle avait 39 ans, puis elle a dit à une des éducatrices de La Boutique, qu'elle en avait 40. Lorsque le questionnaire a été passé, elle a dit qu'elle en avait 38. NI., pour sa part, a dit qu'elle avait plus de 40 ans, sans vouloir préciser. Plus tard nous avons appris par un de ses amis qu'elle en avait 46.

Notre équipe a rencontré deux sujets mineurs qui ont tous deux affirmé avoir plus de dix-huit ans. Nous l'avons appris par leur entourage, mais ces sujets ne font pas partie de l'échantillon, ils ne sont pas consommateurs de crack.

L'âge moyen des sujets de notre échantillon est de 29 ans. Cependant, les deux tiers des sujets ont moins de 30 ans. Les deux sujets les plus jeunes ont 21 ans et le plus âgé en a 46.

En ce qui concerne le sexe, nous avons rencontré essentiellement des femmes (94,5%) et seulement trois travestis. Deux d'entre eux travaillent à la place de la Nation et le troisième à la porte Maillot.

#### 4.2. Nationalité

La quasi totalité des sujets (96,4%) dit être de nationalité française. Un des sujets est de nationalité algérienne et un autre sujet de nationalité suisse. Tout au début de notre travail de terrain, nous avons rencontré une jeune femme espagnole que nous avons ensuite perdue de vue et, très récemment, nous avons rencontré une jeune femme capverdienne.

Ces deux derniers sujets ne s'intègrent pas dans notre échantillon.

### 4.3. Domicile

Les situations de précarité prédominent (83,6% des cas) : ils vivent à l'hôtel (41,8%), chez des amis (9,1%), chez un membre de leur famille (deux sujets) ou n'ont aucun domicile (29,1%). Une toute petite partie des sujets interrogés dit avoir un domicile personnel (12,7%) ou habiter chez ses parents (deux sujets).

Ces situations précaires sont le résultat de situations de départ très défavorables que la consommation de crack aggrave : cette dernière nécessite des sommes d'argent illimitées et impose un rythme de vie nocturne. Les consommateurs de crack ne dorment pas souvent, ils n'ont pas sommeil : ils peuvent passer trois, quatre ou cinq nuits sans dormir. Plusieurs sujets nous ont dit avoir passé quatre ou cinq jours sans dormir : ils rentrent à l'hôtel et ne peuvent pas dormir.

Cette situation se détériore avec le temps. Les sujets ne sentent pas la fatigue sous l'effet de la cocaïne, ne rentrent plus à l'hôtel, préfèrent acheter du crack, et laissent la chambre impayée. Quelques jours après, ils sont épuisés mais ils ne peuvent plus retourner à l'hôtel parce que la dette a augmenté. Ils cherchent alors un autre hôtel et ainsi de suite.

Il arrive que certains sujets ne pensent même plus à faire un peu d'argent pour se payer une chambre. Ainsi, par exemple, SU. nous a raconté qu'une fois elle était toute seule sur le boulevard, qu'elle a fait très vite de l'argent pour une « galette » et pour sa « came » et qu'elle est partie. Lorsque nous lui avons demandé si elle n'avait pas pensé à faire un peu plus d'argent pour l'hôtel elle nous a dit qu'elle n'y avait pas pensé parce qu'elle n'avait pas sommeil.

Les dettes peuvent s'accumuler dans tous les hôtels du quartier.

Les sujets, lorsqu'ils sont épuisés, dorment alors dans les cages d'escalier, dans le métro, dans une voiture abandonnée. Par exemple, nous avons revu SU. deux mois plus tard environ et elle nous a dit qu'elle était très fatiguée mais qu'elle ne pouvait plus aller à l'hôtel parce qu'elle avait des dettes dans tous les hôtels du quartier. Elle dort le matin tôt dans le métro et, de temps en temps, se précipite pour arriver la première à La Boutique et dormir dans la mezzanine, seul lit dont La Boutique dispose.

Certains sujets ne pensent plus du tout à l'hôtel. I. est arrivée vers une heure à La Boutique et a raconté qu'elle avait passé la nuit à Stalingrad en fumant du crack ; que, dans la matinée elle était entrée dans un immeuble, rue du Maroc, dans le dix-neuvième arrondissement, pour dormir et, qu'une dame et un monsieur, habitant l'immeuble, l'avaient frappée et gazée. Elle est donc allée à La Boutique pour dormir dans la mezzanine. Cependant, l'idée de renoncer à une toute petite partie de sa consommation, qui est fort élevée -elle dépense plus de 2 000 francs par nuit en crack seulement-, ne l'effleure même pas.

En fait, les sujets qui disent ne pas avoir de domicile dorment dans les squats, le métro, les voitures abandonnées, les cages d'escalier et n'ont pas d'autre endroit pour faire une pause que La Boutique : un des sujets qui nous a dit avoir passé cinq nuits sans dormir, nous a dit qu'il ne mangeait qu'à La Boutique. Parfois, ils se lient d'amitié avec un client qui les amène passer un week-end avec eux ou vont passer quelques jours chez des amis ; mais cette période de repos est toujours très courte parce qu'il leur faut assurer leur consommation pendant la pause.

Cette situation d'errance et la consommation de produits concourent à la détérioration de l'état de santé des sujets. Ils ne dorment pas et ne mangent pas régulièrement. Le plus souvent ils mangent une fois par jour : un sandwich, des frites, un friand. Certains sujets vont de temps en temps manger dans un foyer ou dans un fast-food. Dans certains cas, nous pouvons même parler de dénutrition. Par exemple, lorsque le personnel de La

Boutique a accompagné N. à l'hôpital, le médecin qui l'a vue a confirmé son état de dénutrition.

Certains sujets, même en situation de précarité -il s'agit de sujets qui conservent leur chambre d'hôtel-, réussissent à avoir un rythme de vie un peu plus régulier : ils dorment et mangent, peut-être pas beaucoup, mais plus ou moins régulièrement. Leur état de santé est meilleur et, parmi eux, le message de prévention passe mieux dans la mesure où ils ont plus aisément les moyens pour le mettre en pratique.

En définitive, plus le sujet est en situation de précarité, plus il est nécessaire de lui fournir les moyens de la prévention dans les lieux de travail, dans les lieux de revente ou dans les squats. Nous avons compris assez vite, de plus, que l'action d'information et d'orientation était insuffisante si elle n'était pas suivie d'un accompagnement personnalisé dans les hôpitaux et autres structures.

#### **4.4. Statut familial**

Plus des trois quarts des sujets vivent seuls. Selon les témoignages spontanés recueillis dans nos notes de terrain, la plupart des sujets contactés ont des enfants, mais ces derniers sont chez les parents des sujets ou placés. Dans une très petite minorité des cas les enfants sont chez le père : nous en avons rencontré trois cas.

Sur les lieux de prostitution, nous avons remarqué que très peu de travailleurs sexuels toxicomanes ont un « ami ». Quand c'est le cas, le travailleur sexuel paye la consommation de son ami. Ce dernier peut accompagner le travailleur sexuel (nous n'avons remarqué que deux cas), mais il ne le protège pas : « quand elle est agressée, moi aussi je reçois des coups. Tout ce que je peux faire, c'est de prendre le numéro de la plaque d'immatriculation de la voiture du client lorsqu'elle monte ».

Les rapports des amis des prostituées non toxicomanes avec le

milieu sont d'une autre nature : ils protègent surtout le territoire lorsque les conflits éclatent.

#### 4.5. Activités et ressources

Les sujets titulaires du baccalauréat sont très peu nombreux (12,7%). La plupart des sujets (76,4%) se sont arrêtés au collège. Presque la moitié des sujets a commencé à consommer de l'héroïne avant 18 ans.

En fait, les données sociales et familiales de départ sont très défavorables. Les sujets sont inscrits dès l'enfance dans des situations d'exclusion. Selon nos notes de terrain, et donc des témoignages spontanés des sujets, une grande partie de ces sujets a été placée par la DASS, élevée par une grande-mère, issue de familles déjà marginalisées : père délinquant ou mère prostituée, rejetée par un père adoptif. Et l'histoire de l'exclusion ne s'arrête pas avec eux : leurs enfants, nous l'avons déjà vu, sont chez une grand -mère ou placés.

Aucun sujet n'exerce de métier, rémunéré ou non, en dehors de la prostitution qui représente majoritairement (71% des sujets) la seule source de revenus. Les autres sujets touchent le revenu minimum d'insertion ou des allocations familiales d'aide aux parents isolés. Certains de ces sujets remettent ces revenus à leurs parents lorsque ceux-ci s'occupent de leurs enfants mais ils ne sont pas nombreux à le faire.

Nous avons rencontré dans le milieu, notamment à Stalingrad, des femmes qui ne se prostituent pas et ne consomment pas de crack d'une façon régulière parce que cela coûte trop cher. Ces femmes avaient très peur de basculer et, dans le même temps, réfléchissaient sur la question : la prostitution est un moyen moins risqué, bien qu'illégal, de gagner de l'argent que la revente ou le vol, et, d'ailleurs, une prostituée peut toucher en peu de temps ce qu'une petite voleuse à l'étalage touche en une journée.

#### 4.6. Couverture sociale

Ils ne connaissent pas leurs droits, ils n'ont pas de papiers. Seulement une partie des sujets de notre échantillon (34,5%) a les papiers de la sécurité sociale, dont une toute petite partie (14,5%) est couverte à 100%. Pourtant presque un tiers des sujets connaît sa séropositivité. Cependant, la séropositivité peut être considérée comme un moyen de se procurer de l'argent : I. nous a dit « on m'a dit qu'on peut toucher des thunes si t'es séro ». Elle cherchait les renseignements nécessaires pour obtenir cet argent.

La plupart des sujets (60%) n'ont aucune couverture sociale. Quatre sujets ont fait les démarches nécessaires pour obtenir la carte Paris Santé. Cette démarche est problématique lorsque les sujets ont des comptes à régler avec la justice.

#### 4.7. La consommation de drogues

Nous avons remarqué que pour les sujets consommateurs de drogues licites, le passage à la consommation de drogues illicites ne va pas de soi. Dans les milieux de consommateurs de drogues illicites, la consommation de crack, elle, est banalisée parce que l'utilisation de la seringue n'est pas nécessaire, et parce que « la cocaïne n'entraîne pas de dépendance ». Les sujets contactés sur le terrain ayant au moins goûté le crack étaient tous d'anciens consommateurs d'héroïne. Nous n'avons rencontré que deux sujets consommateurs de crack et non consommateurs d'héroïne.

##### 4.7.1. La consommation d'héroïne

Tous les sujets de notre échantillon sont des consommateurs d'héroïne à l'exception d'un sujet qui avait arrêté toute consommation de drogues illicites lorsque nous avons passé le questionnaire. Ils consomment quotidiennement de l'héroïne.

L'âge moyen du début de leur consommation est de 19 ans. La plupart d'entre-eux (91%) la consomment par voie intraveineuse.

En fait, pour ces anciens consommateurs d'héroïne, cette dernière reste le produit de base qu'ils associent à la consommation de crack. Souvent, ils disent qu'elle n'est plus source de plaisir. Ils consomment de l'héroïne parce qu'ils sont dépendants ou pour « ne pas être malades », alors que le crack est bon pour le plaisir, ou pour le « flash ». Par exemple, J. nous dit « Je prends de l'héro quand je suis en manque. Le caillou c'est le seul truc qui me donne du plaisir. L'héro... cela me permet de bosser ».

En règle générale, tous les sujets consomment de l'héroïne pour estomper une sensation qu'ils appellent la « descente », c'est à dire un état qui peut être décrit comme angoisse, excitation ou les deux en même temps -certains sujets ne la définissent pas du tout et disent « on est mal »- et qui se manifeste très rapidement après avoir fumé du crack. R. nous dit « Plus je prends du caillou, plus je prends de l'héro, parce qu'après je me sens angoissée, j'ai mal au ventre et je me sens en manque. La descente n'est pas bonne sans héro. Cela rend trop speed. C'est trop dur et il en faut toutes les cinq minutes ». C'est-à-dire que ces deux produits sont très étroitement associés, l'un permettant ou encourageant la consommation de l'autre.

Lorsque les effets du crack s'estompent le sujet consommateur peut aussi se sentir dans un état qu'il assimile à l'état de manque. Ainsi un sujet nous a dit qu'il prenait de l'héroïne parce que « le caillou le met en état de manque ».

L'héroïne est aussi nécessaire pour travailler, pour supporter les clients : « Je prends l'héro pour la descente. Le caillou donne froid. T'es angoissée... Quand je vais avec un client je ne le supporte pas, je ne supporte pas qu'il me touche, qu'il me parle ».

D'autres sujets la consomment pour plusieurs raisons à la fois : « Pour la dépendance physique, pour la descente, pour me calmer

et pouvoir travailler ».

Cependant, un sujet nous a dit qu'il consommait de l'héroïne avant de fumer le crack et un autre sujet qu'il mélangeait héroïne et crack (*speed-ball*). Quatre sujets seulement ont dit ne pas consommer un autre produit en association avec le crack. Ces derniers sont des consommateurs d'héroïne, mais ils ne mettent pas en rapport les deux types de consommation -ou ne le signalent pas-. Il s'agit de consommateurs occasionnels de crack, un des sujets l'a seulement goûté.

#### 4.7.2. La consommation d'autres produits

Une très grande majorité (91%) a consommé ou consomme de la cocaïne, mais seulement six sujets la consommaient quotidiennement lorsque le questionnaire a été passé ; presque la moitié de ces sujets (48%) ne le faisaient que très rarement ou plus. La première prise de cocaïne se fait normalement plus tard que celle d'héroïne : l'âge moyen lors de la première prise est de 22 ans. Cette première prise, pour deux tiers des sujets a eu lieu entre les années 1985 et 1991.

La consommation de médicaments est assez répandue dans cette population : un peu moins de la moitié des sujets (42%) en consomment régulièrement ou ont des épisodes de consommation régulière. Parmi eux, certains sujets nous ont dit qu'ils consommaient des médicaments lorsque ils ne pouvaient pas faire autrement, d'autres consommaient pour potentialiser les effets de l'héroïne, d'autres pour faire du « régime », c'est à dire pour baisser la dose quotidienne d'héroïne.

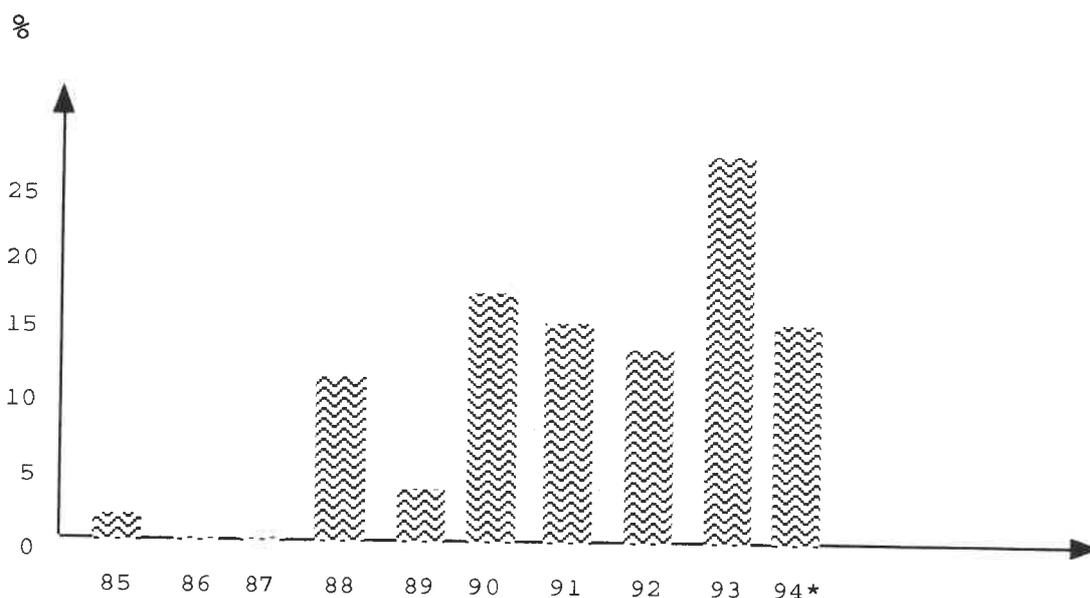
La consommation de cannabis n'est pas très fréquente parmi les sujets de notre échantillon. Ils n'en consomment qu'occasionnellement et aucun des sujets ne le consomme quotidiennement. Cependant quasiment tous les sujets (95%) ont consommé du cannabis avant de consommer de l'héroïne. L'âge moyen du début de cette consommation est de 15 ans.

La consommation d'alcool est rarement évoquée, pourtant nous avons remarqué sur le terrain qu'ils boivent assez souvent et qu'ils mélangent l'alcool, surtout la bière, aux médicaments.

#### 4.8. La consommation de crack

Les sujets de notre échantillon ne sont pas tous des consommateurs réguliers de crack : la plupart d'entre-eux (65,5%) le consommaient quotidiennement ; une partie (environ 20%) en faisait une consommation assez importante qui pouvait aller d'une à plusieurs fois par semaine ; et les autres (13%) ne le consommaient plus lorsque nous avons passé le questionnaire ou n'ont fait que le goûter. Les sujets interrogés ont connu le crack à partir de 1988, mais les trois quarts d'entre-eux ne l'ont connu qu'à partir de 1991.

Année de première consommation de crack. (N=55)



\* neuf premiers mois de 1994

Le crack peut être défini comme de la cocaïne à fumer, pourtant une bonne partie des sujets (29,1%) dissolvent cette préparation dans du jus de citron et se l'injectent. Plusieurs sujets ont tenté de nous donner une explication. IS., ancienne consommatrice d'héroïne et de cocaïne, achète du crack depuis deux ans pour se l'injecter parce qu'elle trouve que le crack est « meilleur » que la cocaïne en poudre. Selon F., ancienne consommatrice d'héroïne et consommatrice très irrégulière de crack ou de cocaïne, le crack n'est pas meilleur mais plus facile à trouver que la cocaïne en poudre ; pour sa part, elle aime bien s'injecter un peu de cocaïne de temps en temps : elle s'injecte donc une demie « galette » de crack une fois par semaine. Elle n'aime pas du tout le fumer, elle a essayé, mais elle ressent une sensation bizarre à la gorge qu'elle ne sait pas très bien définir ; parfois, elle la décrit comme une douleur et d'autres fois comme une anesthésie ou une paralysie.

La plupart le fument et la consommation varie selon les sujets. Pour ceux qui le consomment quotidiennement, cette consommation peut aller d'une demie à dix « galettes » par jour. La consommation moyenne est, pour ces sujets, de un peu plus de trois « galettes » par jour, soit environ 1 100 francs. Le prix de la « galette » est de 400 francs, mais les acheteurs peuvent négocier : M., par exemple, nous a dit qu'elle consommait dix « galettes » par nuit et qu'elle dépensait 3 000 francs. Un autre sujet nous a dit qu'il consommait toutes les nuits un « caillou » qu'il ne payait pas. Le « caillou » équivaut à une dose, une bouffée de cocaïne ; dans chaque « galette » il y a cinq ou six « cailloux ».

Tous les sujets s'accordent pour dire que les effets du crack s'estompent très rapidement, laissant une sensation fort désagréable qui pousse à une nouvelle prise. Un sujet peut ainsi consommer beaucoup de crack dans une nuit s'il a les moyens de payer une telle consommation ; par exemple, S. nous dit « Il y a une semaine j'ai dépensé 10 000 francs dans une nuit... C'est un client qui me les a donnés ».

#### 4.9. Antécédents médico-légaux

Ces sujets connaissent peu ou mal les institutions spécialisées en toxicomanie. Une petite minorité (moins de 20%) s'est adressée à ce type d'institutions pour une cure de sevrage, mais il s'adressent plus facilement aux hôpitaux (30%) dans le but d'une désintoxication. Ils ne se sont jamais adressés à une institution pour arrêter la consommation de crack : un sujet nous a dit que pour arrêter la consommation de crack il a consommé beaucoup d'héroïne et a dormi tout le temps ; deux sujets nous ont dit s'être arrêtés avec l'aide d'un proche ; deux sujets nous ont dit avoir arrêté lors d'une cure de sevrage pour l'héroïne.

Pour une partie non négligeable (20%) des sujets, la dernière désintoxication a eu lieu en prison. En fait, plus de la moitié des sujets (56,4%) ont été incarcérés : pour consommation d'héroïne (26% des sujets ayant été incarcérés), pour vol (également 26% des sujets ayant été incarcérés), pour trafic, (13%), pour usage et revente (10%), pour vol avec violence (10%), pour recel, escroquerie, ou deux ou trois de ces délits à la fois. Nombreux sont les sujets ayant des affaires à régler avec la justice, avec toutes les difficultés que cela implique et notamment l'aggravation de leur marginalité : CO., par exemple, a mené à terme, sans aucun suivi médical, une grossesse non souhaitée parce qu'elle ne voulait pas révéler son identité de peur de se faire arrêter par la police.

##### 4.9.1. La santé

La plupart des sujets de notre échantillon ont eu des problèmes de santé plus ou moins graves.

Plus de la moitié des sujets ont eu des problèmes dentaires (62%) ; la moitié de ces sujets dit avoir été traitée, mais, vu l'état de leurs dents, lorsqu'ils parlent de suivi dentaire, c'est qu'ils se sont fait arracher leurs dents malades. Ils ont également des abcès (53%) ; dans certains cas les abcès se sont

compliqués et les sujets ont dû être hospitalisés (28%). En règle générale, les abcès ne sont pas soignés ou sont soignés par les sujets eux-mêmes, dans le service d'urgence des hôpitaux, dans le Bus des Femmes, dans le bus d'échange de seringues de Médecin du Monde ou à La Boutique.

Un peu moins de la moitié des sujets ont eu des accidents (40%), le plus souvent de la route ; ces accidents ont été relativement graves, car deux tiers de ces sujets ont été hospitalisés à la suite d'un accident.

Ils sont également concernés par les hépatites (38%). La plupart d'entre eux (62%) ont été touchés par le virus de l'hépatite B et un peu moins de la moitié (43%) par celui de l'hépatite C. Deux sujets ont dit avoir été atteints par le virus de l'hépatite A. Cependant, il est probable que certains sujets aient été contaminés par un de ces virus, surtout le VHC, sans le savoir.

Les « poussières » sont fréquentes chez certains sujets (20%). Il s'agit d'épisodes fébriles et douloureux dus au passage de germes dans le sang. Ces épisodes sont soignés par les sujets eux-mêmes avec un analgésique ou une nouvelle prise d'héroïne.

Les maladies sexuellement transmissibles atteignent une minorité des sujets (13%). Quatre sujets ont été hospitalisés à cause d'une septicémie.

Le recours aux soins est toujours difficile y compris quand les problèmes de santé sont au premier plan. Cette population n'aime pas consulter les médecins si ce n'est pour demander des drogues légales -produits de substitution ou autres-. Nous avons rencontré SO. sur le boulevard Ney : elle était séropositive et avait des problèmes gynécologiques à la suite d'un viol. Nous n'avons pas réussi à lui faire consulter un médecin, même pas une femme médecin. Elle a été incarcérée quelques jours plus tard et a passé environ deux mois à l'hôpital de la prison.

D'autre part, les toxicomanes sont très mal reçus dans les

hôpitaux : ils dérangent. Ils n'ont pas de papiers en règle. Lorsqu'ils y sont reçus, ils s'enfuient souvent, entre autres raisons parce qu'il n'y a pas de traitement de substitution : C., malade du sida, a été hospitalisée deux fois et est partie les deux fois. Actuellement, elle est en prison. Nous avons connu un autre sujet séropositif en très mauvais état de santé qui a été hospitalisé et est parti la nuit même ; nous ne l'avons plus revu ni entendu parler de lui. Un autre sujet séropositif et en très mauvais état de santé s'est peut-être suicidé (overdose de médicaments). Ce dernier s'était adressé à un hôpital général pour soigner une phlébite ; le personnel de cet hôpital a appelé la police au bout de son troisième jour d'hospitalisation pour se débarrasser de lui, car il dérangeait les habitudes du personnel soignant, « non habitué à traiter avec des toxicomanes ». Il a été finalement transféré dans un autre hôpital. Nous n'avons plus eu de ses nouvelles jusqu'à l'annonce de sa mort par quelqu'un du milieu, et qui est donc à confirmer.

Deux sujets ont été hospitalisés dans le service maternité d'un autre hôpital, l'un pour une interruption de grossesse et l'autre pour un accouchement : à peine arrivés à l'hôpital ils sont partis chercher leur dose et y sont ensuite retournés.

Plus de la moitié des sujets (51%) ont fait au moins une overdose, dont plus d'un tiers qui en ont fait plusieurs. Un peu moins de la moitié des sujets (38%) ont fait une tentative de suicide, dont presque un tiers qui en ont fait plusieurs.

#### 4.9.2. Le statut sérologique

Presque un tiers des sujets (29%) ont été contaminés par le HIV. Trois sujets ne connaissaient pas leur statut sérologique : deux sujets n'ont jamais fait de test de dépistage - l'un n'utilise pas la seringue- et le troisième nous a dit qu'il n'est pas allé chercher le résultat. Pour un tiers des sujets (33%), le résultat du dernier test de dépistage du HIV date de plus d'un an. Nous pouvons donc parler de résultat sérologique incertain

pour plus d'un tiers des sujets interrogés.

En fait, nous avons remarqué que les réponses évasives correspondaient en réalité à une séropositivité cachée : « je ne suis jamais allée chercher le résultat » est une réponse qui a été enregistrée trois fois ; pour deux cas il a été confirmé par la suite qu'il s'agissait de sujets séropositifs. D'autres réponses évasives ont été enregistrées dans nos notes de terrain : un sujet nous a dit « c'est bon ». En fait, le sujet n'acceptait pas sa séropositivité : si le résultat est positif, « c'est bon » et on n'y pense plus.

La moitié des sujets contaminés par le HIV a été hospitalisée ou bénéficie d'un suivi médical plus ou moins régulier, un de ces sujets est malade du sida. L'autre moitié n'a aucun suivi médical, à l'exception d'un sujet qui nous a dit avoir été soigné en prison. L'un de ces sujets est également malade du sida.

#### 4.10. L'utilisation de la seringue

A la place de la Nation, nous avons contacté nombre de sujets à proximité du camion d'échange de seringues de Médecins du Monde - ces sujets, nous le rappelons, représentent un quart de notre échantillon-. Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, ainsi que ceux ayant régulièrement recours à un programme d'échange de seringues, peuvent être donc sur-représentés dans l'échantillon.

La quasi totalité des sujets contactés utilise la voie intraveineuse. La plupart des sujets (65,3%) se procurent leurs seringues aussi bien dans un programme d'échange (Médecins du Monde et plus récemment à La Boutique) que dans les pharmacies. Deux de ces sujets nous ont dit qu'ils achetaient également les seringues vendues 10 francs dans les lieux de revente, notamment à Stalingrad. Les autres achètent exclusivement leurs seringues dans les pharmacies (18,4%) ou s'adressent exclusivement au programme d'échange de Médecins du Monde (16,3%).

La grande majorité des sujets (presque 75%) dit ne jamais partager la seringue. Mais le partage de la seringue est une pratique qui n'a pas été supprimée dans cette population. Une bonne partie des sujets (26,4%) a reconnu avoir eu recours au partage de la seringue. La plupart de ces sujets ne l'ont fait que rarement, dans des situations où ils « ne pouvaient pas faire autrement ».

Certains sujets disent ne jamais partager la seringue, mais nous racontent ensuite que parfois ils « la donnent ». Un des sujets que nous connaissons bien nous a dit qu'il avait toujours sa propre seringue, mais un jour nous l'avons trouvé inquiet parce qu'il « s'est shooté derrière I. », un sujet séropositif. Nous avons tenu compte de ce type de déclarations lorsque nous avons recensé les données quantitatives.

Le cas de ce dernier sujet est cependant assez parlant en ce qui concerne l'attitude d'une bonne partie d'entre eux face aux risques : après l'épisode de partage dont nous avons fait état, nous avons conseillé à ce sujet d'aller faire un test, d'autant plus que son dernier résultat sérologique remontait à 1992. Six mois après, il n'a toujours pas été faire le test. Pourtant, peu après ce partage, il avait appris que le sujet qui lui avait donné la seringue était séropositif. Lorsque nous lui avons demandé pourquoi il n'avait pas été faire le test, il nous a répondu qu'il était incapable de s'occuper de lui-même, qu'il fallait que quelqu'un le pousse, l'accompagne, etc.

Plus le sujet se trouve en situation de précarité, plus nous trouvons ce type de pratique à risque et cette sorte de fatalisme : ce sont presque toujours des consommateurs de crack. Nombreux sont les sujets, rencontrés sur les lieux de revente ou sur les sites où ils se prostituent, qui ne prévoient pas de manière systématique leur matériel de prévention.

Certains consommateurs d'héroïne gèrent mieux leur consommation et tombent moins dans des situations de précarité extrême. F., qui vit depuis longtemps à l'hôtel, nous a dit qu'elle utilisait

la seringue une seule fois et qu'ensuite elle la décontaminait avec de l'eau de Javel et la rinçait avec de l'eau. De cette manière, elle entend se protéger elle-même (elle peut réutiliser une de ces seringues si elle se trouve sans) et protéger les autres (elle remet les seringues usagées au bus de Médecins du Monde, aussi bien celles qu'elle reçoit dans le programme d'échange que celles qu'elle achète en pharmacie). Mais ce cas de figure est rare.

La réutilisation de la seringue est une pratique fréquente. Une grande majorité l'utilise (75,5%) de deux à dix fois. Les autres sujets ne la réutilisent jamais. Dans notre échantillon nous avons une moyenne totale de deux réutilisations ; cela veut dire qu'une seringue est utilisée trois fois en moyenne. Cette pratique de la réutilisation est inchangée depuis 1988.

Cependant, la grande majorité des sujets (70%) nous disent qu'ils décontaminent leurs seringues avec de l'eau de Javel. Une petite minorité (16,7%) les nettoie avec de l'eau. Les autres sujets disent nettoyer la seringue avec ce qui leur tombe sous la main, ces méthodes n'étant pas toujours efficaces. Un seul sujet nous a dit ne prendre aucune précaution.

#### **4.11. L'utilisation du préservatif**

L'utilisation du préservatif avec les clients est une pratique qui tend à se généraliser dans le groupe, mais une bonne partie (22%) des sujets a dit utiliser le préservatif occasionnellement.

En fait, au premier abord, les travailleurs sexuels disent utiliser systématiquement le préservatif avec leurs clients. Toutefois, lorsque notre équipe leur a demandé s'ils utilisaient le préservatif également pour la fellation, certains sujets ont avoué que cela n'était pas toujours le cas : ils considèrent la fellation comme une pratique à moindre risque qui leur permet de travailler même quand ils n'ont pas de préservatifs.

D'autres sujets, mieux organisés dans leur travail et leur consommation, n'envisagent pas la possibilité d'aller travailler sans préservatifs et disent, aussi spontanément, qu'ils utilisent toujours le préservatif, même pour la fellation. Ceci n'exclut pas que ces mêmes sujets se trouvent un jour dans une situation qui les pousse à aller travailler sans préservatifs.

Les travailleurs sexuels peuvent aussi subir la violence de leurs clients et être ainsi littéralement forcés de ne pas se protéger. Ce cas de figure n'est jamais abordé par les sujets quand sont évoqués les pratiques à risque car ils ne se sentent pas responsables de cette transgression.

Dans leur vie privée, ils utilisent beaucoup moins le préservatif. Cependant il faut savoir que les liens affectifs ou tout simplement spontanés et désintéressés sont assez rares dans ce milieu : la moitié des sujets (51%) dit n'avoir aucune vie sexuelle privée. Un tiers des sujets (34,5%) dit avoir un partenaire régulier. Les autres sujets disent avoir plusieurs partenaires ou un seul partenaire qu'ils fréquentent occasionnellement. Parmi les sujets ayant une vie sexuelle privée, un tiers des sujets (33,3%) utilise régulièrement le préservatif et un peu moins de la moitié (41%) ne l'utilise jamais. Les autres sujets disent l'utiliser occasionnellement (quatre sujets, dont trois séropositifs) ou rarement (trois sujets).

## 5. Résultats qualitatifs

Dans ce chapitre nous faisons état des réponses données à la dernière question, celle concernant les conséquences immédiates de la consommation de crack sur la vie des sujets. Pour compléter l'information que nous avons obtenue par les questionnaires, nous nous aidons des notes de terrain.

La plupart des sujets considèrent que la consommation de crack a entraîné des modifications dans leur mode de vie, dans leur comportement ou dans leur état de santé : sur 55 sujets interrogés, deux seulement considèrent que rien n'a changé après le début de leur consommation. Pour huit des sujets consultés, cette question n'est pas vraiment pertinente : ❶ pour certains, elle ne l'est pas dans la mesure où leur consommation a été passagère ; par exemple, N. nous a répondu : « Non, je ne me suis pas attardée, j'ai toujours eu peur de la coke » ; ❷ d'autres sujets ont dit avoir goûté une ou deux fois et n'avoir pas apprécié les effets du crack ; ❸ d'autres sujets considèrent que leur consommation n'est pas assez importante pour changer quoi que ce soit. XX. nous a dit : « Non. Je ne consomme pas beaucoup. Je ne fume jamais seule. Je fume toujours avec une amie et pendant la nuit ». En fait, ce sujet ne faisait que commencer à consommer du crack et lorsque le questionnaire a été passé, il en consommait relativement peu : une demie « galette » par nuit d'une façon épisodique (lorsque le questionnaire a été passé il nous a dit que cela faisait cinq jours qu'il n'en avait pas consommé). Nous l'avons rencontré par la suite : au bout de deux mois environ, il nous a dit que sa consommation avait beaucoup augmenté et qu'il avait eu une infection pulmonaire (ce sujet est séropositif depuis 1986) à cause de laquelle il avait dû être hospitalisé. A la suite de cette hospitalisation il a arrêté la consommation de crack et comptait bien ne plus la reprendre.

D'autres sujets, qui consomment actuellement relativement peu, ont eu dans leur passé récent un épisode de forte consommation. Nous leur avons demandé si, lors de cette période, leur consommation de crack avait modifié quelque chose dans leur vie.

### **5.1. Conséquences immédiates d'une forte consommation de crack sur la vie des travailleurs sexuels**

Les autres sujets admettent que le crack a introduit une modification dans leur mode de vie ou dans leur comportement, bien que certains ne soient pas très clairs lorsqu'ils veulent la décrire ou ne soient pas certains que cette modification soit liée à la consommation de crack. Par exemple, R. nous a dit « Je ne sais pas... Je prends une chambre d'hôtel mais je ne rentre pas pour dormir... Peut-être si je ne prenais pas de caillou j'irais dormir... Il y a trois nuits que je ne dors pas... C'est le caillou qui me fait tenir ».

Le thème le plus évoqué est celui de la grosse dépense que cette consommation entraîne. Sur les 45 sujets qui admettent que la consommation de crack a entraîné quelques modifications dans leur vie, la plupart (58%) l'abordent.

La réponse peut ne comporter aucune connotation, le sujet remarque tout simplement qu'il dépense beaucoup d'argent : S. a répondu : « Je dépense beaucoup d'argent, de 3 000 à 6 000 francs... Il y a une semaine j'ai dépensé 10 000 francs... C'est un client qui me les a donnés »; ou qu'il a moins d'argent : E. nous a dit « J'ai moins de sous ».

Ces deux formes de réponses peuvent être associées aux conséquences qu'entraîne cette grosse dépense dans d'autres aspects de la vie des consommateurs. Pour dépenser plus d'argent dans la consommation de crack il faut économiser sur d'autres dépenses (hôtel, coiffeur, vêtements, nourriture) ou travailler plus, par exemple, NC. nous a dit « Ça m'a foutu dans la merde. Il faut plus d'argent : moins d'argent pour le coiffeur, les

fringues. Je m'occupe moins de moi » et E., « Je suis obligée de travailler plus, sans arrêt ».

Ce besoin croissant d'argent peut pousser certains à se prostituer plus régulièrement qu'ils ne le faisaient avant, et même, à débiter dans la prostitution. Nous n'avons rencontré qu'un seul cas, celui de SN., qui nous a répondu : « Je suis plus en galère. Je me suis plus enfoncée. Avant je ne tapinais pas, j'assurais mes sous, j'étais *clean*. Avec le caillou je me suis mise plus bas que terre. Cela m'a abîmé les mains et je les ai toujours sales ». Actuellement, SN. est en prison.

Les revendeurs savent d'ailleurs que les travailleurs sexuels ont de l'argent et ils les font payer plus cher ou leur vendent un autre produit à la place du crack ou de l'héroïne. De plus, souvent, les travailleurs sexuels ne savent pas toujours se défendre. Un jour, nous rencontrons M. rue de la Chapelle. Elle venait de Stalingrad et, en nous voyant, s'est arrêtée pour nous dire qu'elle était « malade ». Elle nous raconte qu'elle avait fait 100 francs sur les boulevards, qu'elle était déjà « malade » et qu'elle était allée sur le champ s'acheter une petite dose d'héroïne (environ un dixième de gramme) rue d'Aubervilliers. Mais elle est tombée sur un revendeur qui lui a vendu quelque chose qui ne lui a fait aucun effet. Elle retournait alors à la porte de la Chapelle encore plus « malade » ; pour nous le prouver, elle nous a montré qu'elle avait les mains glacées.

Ce besoin d'argent se traduit pour ces sujets, qui vivent dans des conditions de précarité très marquées, par un enfoncement dans la précarité. « Je galère plus » est une expression qui se répète souvent. Par exemple, J. nous dit : « Ça me fout encore plus dans la merde. Avant j'avais moins de galères, je dormais plus souvent à l'hôtel ».

La négligence peut être associée à la grosse dépense en crack. La réponse de NA. est exemplaire : « Je me laisse aller... Je ne paye pas ma chambre d'hôtel... J'ai faim mais j'achète du crack. Avec la poudre, j'arrivais à me payer un coiffeur, des

vêtements, des sorties, des restos ». Cette négligence peut se révéler au sujet, indépendamment de l'aspect financier, comme une conséquence en soi de la consommation de crack. L., qui vit encore chez sa mère, nous dit par exemple, « Oui. Je ne rentre plus à la maison. Je ne m'occupe pas de moi-même. Je ne me lave pas. Tout ce qui m'intéresse c'est d'avoir mes cailloux ».

Cet abandon de soi qui résulte de la consommation intensive de crack n'est exprimé par les sujets que dans cinq réponses, mais le témoignage d'un sujet non consommateur de crack et appartenant au milieu le confirme. MM. est consommatrice d'héroïne et ne se prostitue pas. Elle nous a beaucoup parlé des changements qui se sont opérés chez une de ses amies depuis qu'elle consomme du crack. Selon MM., « Elle ne se voit plus. Elle a volé pour acheter une galette, chose qu'elle n'aurait pas faite auparavant. Elle ne se lave plus et est mal mise. Lorsque je lui fais une remarque, elle réagit très mal ». Toujours selon le témoignage de MM., ce changement s'est opéré en très peu de temps, quinze jours ou un mois.

Des conséquences négatives sur l'état de santé des sujets sont présentes dans 17 réponses. Les sujets évoquent notamment l'absence de sommeil, l'amaigrissement et l'aggravation des problèmes dentaires. Certains sujets arrivent à des états d'épuisement tels qu'ils peuvent dormir deux, voire trois, jours de suite. Un des sujets qui s'injecte le crack nous a répondu : « J'ai maigri parce que je mange moins. J'ai des abcès ».

Dans 18 réponses les sujets disent avoir ressenti un changement d'humeur. CI., par exemple, répond : « Je ne téléphone plus à ma famille. J'ai laissé mon ménage. J'engueule mon copain. Je dépense plus d'argent. C'est la merde. Ça rend égoïste, agressif, parano ».

Un des sujets nous a expliqué qu'il consommait de l'héroïne après avoir consommé du crack pour supporter les clients : « Quand je vais avec un client, je ne le supporte pas. Je ne supporte pas qu'il me touche, qu'il me parle ». CL. nous a répondu : « J'arnaque tous les clients. Je fais des pipes sans

capote. Je dépense plus d'argent ».

En discutant avec FA. sur les effets du crack et sur le fait que nous n'avons rencontré que deux sujets consommateurs exclusifs de crack elle nous parle du besoin de consommer de l'héroïne pour travailler et nous dit que les filles qui travaillent sous l'effet du crack ne travaillent pas, mais « rackettent » les clients.

Dans certaines réponses tous ces aspects se conjuguent. V., par exemple, nous a répondu « Quand je prenais tous les jours je ne dormais plus, j'avais maigri. J'étais susceptible, agressive, *speed*, parano. Je ne faisais plus vraiment attention : je me cognais, je renversais tout. Surtout, on ne pouvait plus rien me dire, je n'acceptais même pas les remarques gentilles. J'étais tout le temps énervée. J'ai même perdu des clients. Je n'avais plus envie de me coiffer, de me maquiller ».

Deux réponses ont une connotation totalement négative : « Ma vie est devenue un échec, une descente aux enfers »

Nous assistons ainsi, selon le témoignage des consommateurs, à une dégradation de leur état de santé et de leurs conditions de vie. Cela ne les empêche pourtant pas de consommer : NE. nous a dit « Je suis de plus en plus dégoûtée et accroc ».

## 6. Discussion

### 6.1. Une situation sociale dévastatrice

Comme nous l'avons déjà souligné, ces sujets ne ressemblent qu'en apparence aux toxicomanes dans leur ensemble. En réalité, ils se caractérisent -outre le travail sexuel et la consommation de crack- par une accumulation extraordinaire de facteurs sociaux défavorables qui les ont amenés, précisément, à des situations de survie dans le cadre même de la consommation de drogues et du travail sexuel. La situation de ces femmes correspond aux formes les plus graves, les plus rapidement invalidantes, les plus meurtrières et de la toxicomanie et du travail sexuel. De là, d'ailleurs, que ces situations ne peuvent se résumer à une trajectoire typique : ce n'est pas nécessairement la toxicomanie qui a mené ces femmes porte de la Chapelle, ce n'est pas nécessairement le travail sexuel qui les a amenées à se droguer.

Le point commun que l'on retrouve chez beaucoup pourrait se résumer à l'intensité des handicaps sociaux qu'elles ont dû affronter au départ de leurs vies. Aux conditions sociales défavorables s'ajoutent des situations familiales pathologiques où toutes sortes de traumatismes répétés étaient porteurs d'un devenir hautement menacé. Enfants abandonnés, placés à de multiples reprises, transportés d'un lieu à un autre, maltraités par leurs propres parents ou par les conjoints de leurs parents -tout cela résume le sort initial de la vie de la plupart des sujets que nous avons rencontrés. Nous pouvons dire que ces sujets ne sont véritablement pas représentatifs des usagers de drogues dans leur ensemble : ils correspondent plutôt aux formes évolutives les plus graves, à l'aboutissement de situations sociales extraordinairement lourdes. De là que leur profil

ressemble tant à celui de ceux qui meurent d'overdose : ancienneté de la consommation de drogues, âge très précoce des premières prises d'héroïne dans certains cas, évolution très défavorables des trajectoires personnelles, absence quasi généralisée des recours aux soins ou aux services sociaux.

En d'autres termes, le groupe constitué par ces femmes correspond à une sélection de sujets qui, à partir des conditions sociales hautement défavorables, ont évolué vers les pratiques marginales les plus dangereuses, soit de façon passagère, soit de façon habituelle. La condition féminine de ces sujets n'est d'ailleurs pas étrangère à la gravité des situations décrites. Il a suffi, parfois, d'un traumatisme unique pour infléchir une trajectoire vers ce type de situation.

Il résulte de cet état de fait une grande complexité des situations sociales des sujets. Ces situations ne peuvent être décrites comme des situations stables et ne correspondent pas non plus à des situations épisodiques. Elles se caractérisent plutôt par la position des sujets à l'égard de trois pôles principaux vis-à-vis desquels ils restent prisonniers : ① la maladie, avec notamment tout ce qui concerne la séropositivité et le sida ; ② le travail sexuel, avec ce qu'il implique d'isolement social ; ③ la consommation de drogues, avec ses traductions en termes d'équilibre et de déséquilibre sur le plan économique. Tout ceci constitue un univers dont la dimension principale et constante est le caractère menaçant.

Cette triangulation de la situation sociale des sujets se manifeste de façon globale et constante par quelques données de base : une absence quasi totale de disponibilité de ces femmes vis-à-vis d'elles mêmes : elles n'ont pas le temps, ni de recourir aux soins, ni même d'acheter les médicaments qui ont pu -rarement- leur être prescrits ; un style d'existence dominé par un vécu d'exclusion et de culpabilité : elles passent leur temps à se faire renvoyer de l'endroit où elles se trouvent, qu'il s'agisse d'un bout de trottoir, de l'hôtel qui n'a pas été payé la nuit précédente ou de l'hôpital où elles ont été conduites ; une évolution constamment défavorable de la situation dans

laquelle elles se trouvent : un accident, une agression, un état pathologique physique ou mental sont parmi les éléments qui les mènent d'un seul coup vers un déséquilibre dont elles peuvent difficilement se remettre elles-mêmes et qui se traduit presque inévitablement soit par une mise à l'écart brutale -incarcération, hospitalisation- soit par la mort.

Certes, dans certains cas, nous avons affaire à des sujets qui semblent relativement bien organisés, que ce soit par rapport au travail sexuel (horaires fixes, revenus stabilisés, logement assuré en priorité, consommations assignées à certaines limites...). Mais, même dans ces cas, par ailleurs peu nombreux, il suffit d'un événement malheureux pour provoquer une rupture d'équilibre : une blessure (agression, viol), la perte du logement (renvoi de l'hôtel), la perte de l'argent d'un jour (arnaque, vol par un revendeur) renvoient immédiatement les sujets à leur vulnérabilité. Il faut comprendre, enfin, que ces modes de gestion ont leurs limites et qu'ils se situent toujours dans le cadre d'une vie au jour le jour : comment économiser ou prévoir, comment garder son argent, où le cacher, restent des questions sans réponses valables.

Nous ne pouvons pas dire, en définitive, que le rôle de la consommation de drogues soit ici central ou déterminant. Cette consommation n'a d'ailleurs pas que des effets négatifs. Elle est aussi, à côté de tous ses effets destructeurs, le moyen de tenir le coup, de se maintenir dans une activité sociale qui rend possible l'évitement de la souffrance morale et de la dépression. De même, pour certains sujets au profil psychopathologique spécialement lourd -psychopathes ayant souvent été condamnés pour leurs actes de violence, voire pour des homicides-, la consommation de produits a sans doute une dimension auto-thérapeutique : cette consommation, outre les effets pharmacologiques propres aux substances, leur permet de s'inscrire dans un système relativement bien balisé où la production de l'argent, la recherche du produit et son achat constituent autant de gestes impératifs et routiniers, inscrivant le sujet dans un réseau social où il peut se mouvoir et mener sa vie.

Quoiqu'il en soit, il résulte de cette situation d'ensemble une situation sociale caractérisée par le fait que ces sujets ne sont nullement en mesure de bénéficier par eux-mêmes des services sociaux et sanitaires qui pourraient être à leur disposition. Ils n'en ont ni le temps, ni les moyens : plusieurs étapes préalables sont indispensables.

## 6.2. Les consommateurs de crack

Nous devons bien souligner que la consommation de crack, n'ayant fait l'objet d'aucune étude systématique en France, reste largement méconnue. Nous en avons décrit nous-mêmes quelques aspects dans une publication récente, mais beaucoup d'inconnues subsistent à ce niveau, tant d'un point de vue épidémiologique que clinique. De plus, la consommation de crack dans notre échantillon ne saurait être vue comme une consommation typique ou représentative des consommateurs en général. Cet échantillon est bien trop spécifique et limité, il ne concerne qu'un petit groupe de sujets féminins, toxicomanes de longue date en général, au prises avec le travail sexuel et la dépendance économique.

Nous ne pouvons que confirmer ce que nous avons déjà souligné au sujet du travail sexuel des toxicomanes, d'une part, et de la consommation de crack d'autre part. Ce type d'interaction, avec le crack en sus, accentue encore plus brutalement et rapidement l'isolement social et familial des sujets, renforce la dégradation évolutive de leur état de santé tout en les maintenant en dehors des circuits sanitaires et d'assistance sociale.

L'arrivée du crack dans ce milieu correspond bien à un événement au sens plus fort du terme en ce sens que les besoins économiques liés à ce type de consommation contribuent non seulement à fragiliser cette population des travailleurs sexuels, mais sont aussi à l'origine d'un recrutement de nouveaux sujets pour le travail sexuel. La sévérité de la

dépendance au crack intervient comme une incitation au travail sexuel qui est, rappelons-le, un des moyens le plus efficace et rapide de se procurer de l'argent de façon régulière.

Soulignons aussi que la consommation de crack peut également se faire par voie intraveineuse, avec tous les risques associés à cette pratique : abcès multiples et à répétition, contamination par les virus du sida et des hépatites. Nous pouvons dire que ces risques sont globalement bien plus présents dans cette population de travailleurs sexuels que chez les toxicomanes en général dans la mesure où les conditions de vie et de travail des toxicomanes qui se prostituent sont dominées par la précarité et l'insécurité. A ceci, bien entendu, il faut ajouter les risques de contamination en direction des clients et de leurs partenaires puisque, nous l'avons vu, les pratiques sexuelles sont loin d'être systématiquement protégées. L'emploi du préservatif est encore loin d'être la règle dans ce groupe de travailleurs sexuels.

Aux risques de contamination par les virus doivent s'ajouter les problèmes de santé propres à la consommation de crack. Le dispositif de santé actuel devra donc prendre en compte les problèmes que cette consommation entraîne dans un futur très proche, voire actuellement.

Les consommateurs de crack reçus dans les structures spécialisées et non spécialisées se font de plus en plus nombreux. Les problèmes de l'accueil, des soins et du traitement des consommateurs de crack se pose actuellement pour les équipes des centres parisiens (Marmottan, La Terrasse, l'Association Charonne) et pour celles de certains services hospitaliers. Il en va de même en ce qui concerne les enfants des femmes consommatrices de crack : Le centre Horizon et l'hôpital Robert Debré se sont confrontés récemment aux problèmes posés par les « bébés crack ».

### 6.3. Les stratégies préventives

Au cours de notre recherche « Le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV », nous avons constaté que les besoins des travailleurs sexuels toxicomanes ne trouvent pas de réponse dans le dispositif sanitaire et social tel qu'il existe actuellement. Il est de même en ce qui concerne les consommateurs de crack. De plus, il est illusoire d'isoler les pratiques à risque dans des situations environnementales qui peuvent rapidement devenir déterminantes : le risque des contaminations est plutôt lié au mode de vie qu'à certaines pratiques.

L'arrivée du crack transforme rapidement les conditions de vie de ce groupe ainsi que leurs relations avec les centres de soins. Un tiers environ des personnes rencontrées sont déjà contaminées par le virus du sida. Elles sont malades pour la plupart, prisonnières de leur consommation de drogues autant que de leur dépendance économique. Leur situation, au jour le jour, a une dimension dramatique que les mots n'arrivent pas à exprimer. La situation environnementale les fragilise d'autant plus que cette consommation exige plus d'argent et qu'elles arrivent plus rapidement à un état d'épuisement. Le recours aux soins devient de plus en plus nécessaire et toujours plus difficile pour cette population extrêmement marginalisée : les structures sanitaires traditionnelles exigent un protocole trop contraignant pour elle, et les institutions spécialisées ne sont accessibles qu'aux toxicomanes qui formulent une demande de désintoxication.

Notre expérience sur le terrain nous montre que ces sujets ne font appel aux structures de soins qu'en cas d'extrême urgence. Une structure d'accueil souple, comme La Boutique, agissant comme intermédiaire, facilite les rapports de cette population avec des structures qui ont un niveau d'exigence plus élevé. Des structures sanitaires imposant un protocole plus souple ou plus adapté sont aussi devenues indispensables pour les toxicomanes qui se prostituent.

Le point essentiel consiste à bien se représenter que pour ces

sujets et pour toutes les raisons que nous avons déjà évoquées, le seul travail de prévention possible consiste en un travail de rue se basant sur un contact direct entre usagers et travailleurs sociaux. C'est seulement à partir de ce contact direct que peut s'élaborer un travail préventif qui, dans le meilleur des cas, apportera : ① les moyens concrets de protection : préservatifs, eau de javel, seringues neuves ; ② un accompagnement social personnalisé en direction des structures à seuil bas ; ③ une orientation progressive vers les centres de soins, en fonction de l'état de santé de chaque sujet. Mais, là encore, il faut bien souligner le caractère indispensable de ce premier contact de rue, de l'existence de structures à seuil bas (type La Boutique) et, enfin, d'un accompagnement effectif des sujets vers les centres socio-sanitaires. En d'autres termes, l'orientation vers les soins et la facilitation de l'accès aux soins ne peuvent reposer que sur la mise en place de tout un système nouveau et spécifique, lequel a été l'objet de la recherche-action que nous avons menée en collaboration avec La Boutique et un certain nombre d'équipes soignantes à Paris.

Un extrait de notre journal rapportant une expérience de travail menée en collaboration entre nous, La Boutique, l'hôpital Bichat et la clinique Liberté peut illustrer l'efficacité d'une action lorsqu'elle met en liaison les différents niveaux du système socio-sanitaire :

« Le 23 mars nous avons rencontré N., 40 ans environ (elle nous a dit trente et neuf). Elle a deux enfants : un garçon de vingt-deux ans qui vit avec une amie à Caen, et un garçon de huit ans qui vit avec son père. Elle s'est occupée de son dernier fils pendant quatre ans puis, lors d'un week-end, le père est parti avec l'enfant. Cela fait quatre ans : depuis, elle n'a aucune nouvelle de lui. Il y a quelques années, elle vivait à Rouen avec un homme qui "ne cassait rien mais qu'avait un cœur gros comme ça". Il l'a soutenue et aidée : elle a arrêté sa consommation d'héroïne, elle prenait du Temgésic® et avait commencé à travailler. Elle a commis un délit et est allée en prison pendant trois ans et demi. Là, elle a appris le décès de son ami en prison et a eu une permission. Depuis, elle n'a pas

réintégré la maison d'arrêt, elle est revenue sur Paris et a replongé dans la toxicomanie et la prostitution. Pendant quelques mois, elle a été auxiliaire de vie auprès d'une personne âgée. Quand cette personne est morte, elle a perdu son emploi et est retombée dans la précarité. Depuis qu'elle s'est évadée de prison, elle donne toujours le même faux nom et la même fausse date de naissance. Elle se trouve donc dans l'incapacité d'avoir une carte d'identité et de faire une demande de RMI. Elle n'a pas de traces sur les bras, elle s'injecte la drogue par intramusculaires et a les fesses très abîmées par de multiples abcès à répétition ; elle dit être séronégative grâce à cela. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide mais aucune overdose. Elle a derrière elle vingt ans de toxicomanie (héroïne) et de prostitution ».

« Le 24 mars, nous voyons N. à La Boutique ».

« Le 28 mars, nous rencontrons N. à La Boutique et allons sur les boulevards avec elle. Elle a une ordonnance pour s'acheter un médicament qui contient de la morphine (Moscantin®). Ce médicament lui a été prescrit par un médecin du Bus des Femmes mais elle ne le trouve pas en pharmacie. Elle veut faire reposer ses fesses et, toujours selon N., elle ne peut pas modifier sa forme de consommation : elle dit que lorsqu'elle s'injecte l'héroïne par intramusculaire elle ne sent pas le "flash" mais que, pour sniffer, elle a besoin d'une quantité plus importante d'héroïne. Elle a consommé du crack pendant au moins un an. Pour s'arrêter, elle a consommé beaucoup d'héroïne et dormait donc tout le temps. Elle achète de l'héroïne dans la rue, dans des petites bonbonnes faites avec du plastique collé avec du feu et souvent même protégées avec un bout de kleenex entre les couches de plastique ».

« Le 30 mars, nous arrivons près de l'emplacement habituel de N. alors qu'une voiture de police y stationne. Les policiers sont en train de lui parler : ils lui demandent juste son identité. Elle donne "son" identité habituelle. Elle attend de faire 200 francs pour aller chercher le médicament que lui a prescrit le médecin du bus car Malika lui a trouvé une pharmacie où elle

peut l'acheter. Elle rouspète : "quand c'est pour acheter la came je trouve toujours un client, mais maintenant qu'il s'agit de faire une bonne démarche je ne trouve pas" ».

« Le 31 mars, nous voyons N. qui discute avec une fille que nous ne connaissons pas. Il paraît que cette dernière lui a demandé de se mettre de l'autre côté. N. est de très mauvaise humeur parce qu'elle n'a pas pu faire de l'argent pour acheter son médicament, mais en allant à Stalingrad, elle a trouvé un client pour acheter de l'héroïne. Je ne comprends pas trop et je lui demande si elle ne pouvait pas acheter le Moscantin® avec cet argent : elle me donne des explications sans rien m'expliquer. Entre autres, elle me dit que du côté de Stalingrad, "c'est impossible, parce qu'il n'y a que des arabes qui montent pour 50 francs". J'imagine donc que dès qu'elle fait 100 francs elle s'achète un peu d'héroïne et n'arrive pas à avoir les 200 francs tant attendus. En plus, il faut qu'elle paye l'hôtel ».

« Le 5 avril, nous voyons N. dans un petit camion. Elle parle avec le chauffeur. Nous lui faisons signe et elle descend. Elle n'a toujours pas pu acheter son médicament. Elle marche très mal. Elle est passée par La Boutique et ce monsieur, avec qui elle parlait, l'a conduite en voiture sur le boulevard ».

« Le 13 avril, N. se plaint d'avoir mal aux reins et elle nous dit qu'il y a quinze jours qu'elle ne va pas aux toilettes. Elle se plaint aussi parce que les clients s'arrêtent mais ne montent pas ».

« Le 14 avril, N. est toujours égale à elle-même. Apparemment, elle n'a pas repris d'héroïne ».

« Le 26 avril, Malika m'informe qu'elle a trouvé une place méthadone à la clinique Liberté de Bagneux pour N. Il s'agit donc maintenant de trouver cette dernière ».

« Le 27 avril, je vais chercher N. à l'hôtel pour lui dire qu'il y a une place méthadone pour elle à Bagneux. Elle paye 150 francs la nuit pour une chambre. Elle est dans un très mauvais

état -elle me montre sa maigreur- : elle a repris l'héroïne. Elle était rentrée vers cinq heures et demie, six heures du matin. Il y avait des seringues qui traînaient, du citron, un petit paquet pour plus tard, des brioches, du fromage, du lait. Elle a un peu rangé et est partie avec moi à La Boutique. Elle était toute contente ».

« Le 29 avril, nous croisons Malika dans sa voiture avec N. Malika nous dit que N. sera hospitalisée mardi ».

« Le 6 mai, je rends une visite à N. à l'hôpital. Elle a été hospitalisée à Bichat et a appris qu'elle était séropositive. Ce séjour à l'hôpital a démarré conjointement avec l'entrée de N. dans le programme méthadone ».

« Le 27 mai, Malika me dit que N. est sortie de l'hôpital et qu'elle va très bien. Elle y est restée trois semaines. Actuellement, elle loge dans un hôtel du treizième arrondissement. La chambre d'hôtel est prise en charge par l'ACIAT 92. Dans trois semaines, elle doit partir en maison de repos (ASSAVIH), dans le sud, où elle restera du 15 juin au 7 juillet. Ce départ en maison de repos a été organisé par l'association Charonne. L'assistante sociale de l'association Charonne a constitué un dossier de demande ».

« J'ai appris plus tard que N. a pris contact avec les Équipes d'Action pour régulariser sa situation judiciaire : elle entend déposer un recours en grâce avec leur soutien ».

## CONCLUSION

Cette recherche s'est doublée d'une action, celle consistant en un travail de prévention mené de façon quotidienne auprès de ce groupe de femmes travaillant porte de la Chapelle. Une information personnalisée leur a été fournie concernant tous les aspects de la réduction des risques de transmission du HIV et des autres maladies infectieuses. Dans le même sens, un important matériel de prévention a été fourni, sous la forme notamment de fioles d'eau de Javel et d'eau ainsi que de préservatifs. Ceci nous a permis de vérifier -si besoin était- que la seule information des sujets ne suffit pas à garantir l'adoption systématique et définitive de comportements à risque réduit. En fait, nombre d'observations nous laissent penser que ces instruments de prévention ont été utilisés quand ils étaient effectivement disponibles et que, quand ils ne l'étaient pas, les sujets se sont débrouillés sans. Parmi les sujets avec qui l'interaction a été largement positive, il n'est pas exceptionnel d'en rencontrer certains en situation d'aller travailler sans s'être auparavant procurés des préservatifs et d'autres, ou les mêmes, qui peuvent s'injecter des produits sans disposer de seringue neuve ou décontaminée. Tout semble encore affaire de moment, d'opportunité.

Ceci rejoint une des conclusions formulées dans notre rapport « La transmission du HIV chez les toxicomanes », dans lequel nous insistions sur les conditions environnementales du risque de transmission du HIV. Ce risque n'est pas à voir de façon individuelle, lié à des pratiques sexuelles ou sanguines isolées de leur contexte, il est à considérer en relation directe avec l'environnement dans lequel évoluent les sujets. Ici, avec les consommatrices de crack qui travaillent porte de la Chapelle, la

dimension environnementale du risque est la plus fondamentale. Contrairement aux travailleurs sexuels bien protégés, capables d'imposer telle ou telle pratique à leurs clients et à leurs pairs, nous avons affaire ici à un groupe non organisé par rapport à cet objectif de prévention : l'impératif économique au sens large et fort du terme est au premier plan et les pratiques de prévention n'ont qu'une place secondaire.

Cette action de prévention avait par ailleurs un objectif non dissimulé de nous faciliter l'accès au terrain. De ce point de vue, l'action elle-même a été couronnée de succès. Nous sommes actuellement connus et reconnus par nombre de sujets qui travaillent aussi bien porte de la Chapelle et place de la Nation, qu'à la République ou à Pigalle. Cet état de fait témoigne aussi de la très large consommation de crack à Paris. Mais, surtout, cette dimension d'action associée à la recherche nous a fait toucher du doigt un des principes des interventions préventives elles-mêmes : elles ne peuvent être dissociées des interventions soignantes. Un déplacement s'est opéré dont sont conscients la plupart des acteurs de terrain. L'intervention préventive n'a de sens que si elle se matérialise par une possibilité effective de suivi et de soins. Il ne s'agit pas de se contenter de l'idée selon laquelle tel ou tel groupe d'utilisateurs aurait des besoins spécifiques, mais bien de souligner le caractère indispensable -plus spécialement encore pour les utilisateurs les plus marginalisés- d'actions conçues dans leur continuité. A la notion de chaîne thérapeutique se substitue une continuité soignante, depuis les contacts de rue et les structures à seuil bas -qui n'ont eux-mêmes aucune spécificité thérapeutique- jusqu'aux structures thérapeutiques à proprement parler. Autrement dit, c'est bien à la dimension sociale, environnementale, du risque que nous sommes aujourd'hui confrontés.

C'est à ce niveau que se pose l'essentiel des problèmes à venir. L'action sociale, préventive ou soignante, ne peut ignorer la montée en masse des problèmes posés par ce type de population et elle ne peut y rester indifférente. La violence de l'exclusion sociale des utilisateurs de drogues en général, de même que le

caractère destructeur de leurs conditions sociales présentes, nous font souligner qu'une politique de prévention du sida reste inconcevable sans la prise en compte effective et prioritaire de ce groupe.

Les besoins sociaux et médicaux de ce groupe, de même que les impératifs de santé publique, rendent nécessaires et urgentes des actions nouvelles. Ces actions de prévention et de soins doivent s'appuyer : ① sur le travail de rue, afin de rompre l'isolement dans lequel se trouvent ces sujets ; ② sur des structures d'accueil à seuil bas, afin de leur faciliter l'accès à un système socio-sanitaire de base ; ③ sur la création de liens fonctionnels entre l'action de rue, les structures d'accueil à seuil bas et les hôpitaux, afin de rendre accessibles les soins aux usagers les plus marginalisés et les plus malades.

## BIBLIOGRAPHIE

AFLS, « La prévention de l'infection VIH dans les milieux de la prostitution », *Entre gents*, n° 4, AFLS, Paris, Février 1994.

BOULANGER, N., ROSSET, A., BARTET, M., BENSALAH, A., FERRADJ, M., KHEDIM, H., « Prévention du sida auprès des toxicomanes hors institution : une approche ethnographique en réseau », Rapport à l'AFLS sur une recherche-action, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Bobigny, Décembre 1991.

CLARET, J, DALET, B., RAY, S., RUTTÉ GARCIA, A., PARENT LARDEUR, F., AZAMBUJA, M, « Errance et sida. Recherche-action sur les questions posées par le sida dans le travail quotidien d'un centre de prévention à Pigalle », Rapport à l'AFLS, Paris, Mai 1993.

COPPEL, A., BRAGGIOTTI, L., DE VICENZI, I., BESSON, S., ANCELLE, R., BRUNET, J.B., « Prostitution et santé publique », rapport final à l'AFLS, Paris, Novembre 1990.

DE VICENZI, I., « Sida et prostituées. Revue des données françaises », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 40, Paris, le 9 Octobre 1989.

HALL, J.N., « Histoire du crack : échec de la prohibition, promesses de la prévention », in EHRENBERG, A., MIGNON, P., *Drogues, politique et société*, Le Monde-Éditions et Éditions Descartes, Paris, 1992, pp. 212-229.

HANKES, L., « Cocaine : today's drug », in *Epidemiology of drug abuse : research, clinical, and social perspectives. Community Epidemiology Work Group Proceedings*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, December 1985, pp. 12-18.

HECKMANN, W., « Drug addicted prostitutes and their customers », SPI, Berlin, 1990.

INGOLD, F.R., « Prostitution in relation to drug use and AIDS prevention : an ethnographic approach and methodologic discussion », in *Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic trends of drug abuse. Proceedings*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, December 1990, pp. 453-461.

INGOLD, F.R., INGOLD, S., TOUSSIRT, M., « A brief analysis of cocaine trends in France followed by preliminary findings of an HIV transmission study among prostitutes in Paris », in *Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic trends of drug abuse. Proceedings*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, June 1990, pp. 77-82.

INGOLD F.R., TOUSSIRT M., JACOB C., « Les modes de prévention du sida: intérêt et limites de l'utilisation de l'eau de Javel », in *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, vol 178, n° 2, Paris, 1994, pp. 279-291.

INGOLD F.R., TOUSSIRT M., « La consommation de crack à Paris en 1993. Données épidémiologiques et ethnographiques », in *Annales Médico-psychologiques*, vol 152, n° 6, Paris, 1994, pp. 400-406.

IREP, « Les effets de la libéralisation de la vente de seringues: rapport d'évaluation », étude financée par la Direction Générale de la Santé, Paris, Juillet 1988.

IREP, « La transmission du HIV chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations: situation et tendances », étude financée par l'ANRS, Paris, Mars 1992.

IREP, « A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse », rapport à l'Agence Française de Lutte contre le Sida, Paris, Janvier 1993.

IREP, « Le travail sexuel, la consommation de drogues et le HIV : investigation ethnographique de la prostitution à Paris. 1989-1993 », étude financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et par la Direction de l'Action Sociale, Paris, Septembre 1993.

KAPLAN, C.D., TAPPIN, C.P., THUYNS, H., « Cocaine and sociocultural groups in the Netherlands », in *Epidemiology of drug abuse : research, clinical, and social perspectives. Community Epidemiology Work Group Proceedings*, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, December 1985, pp. 5-16.

MATTHEWS, L., « Outreach work with female prostitutes in Liverpool », in PLANT M., *AIDS, drugs and prostitution*, Tavistock/Routledge, London, 1990.

PEETERS, M., « A sociological and epidemiological study of female sex workers and male clients », Report of the pilot study, Co-ordinating centre, Institut of tropical Medecine, Antwerp, September 1990.

PINOT, G., « Mission d'information sur la prostitution », Ministère des droits de la Femme, Paris, 1975.

SIEGEL, R., « New patterns of cocaine use : changing doses and routes », in *NIDA Research monograph*, n° 61, U.S. Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville, 1985, pp. 151-159.

SESI, « Documents statistiques. La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1992 », n° 189, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Paris, Décembre 1993.

TOUSSIRT, M. « Investigation ethnographique de la prostitution à Paris », in *Rétrovirus. Sida et toxicomanie*. Actes du IIème séminaire international IREP, n° 9, T. IV, Bougival, Mars 1991, pp. 44-48.

WELZER-LANG, D., BARBOŠA, O., MATHIEU, L., « Les nouveaux territoires de la prostitution lyonnaise », Rapport final à l'AFLS, Lyon, Décembre 1992.