

République Tunisienne

Ministère de la Santé

Direction des Soins de Santé de Base



Étude Qualitative sur les Facteurs de Vulnérabilité au VIH des Travailleurs et travailleuses du Sexe en Tunisie



Septembre 2015

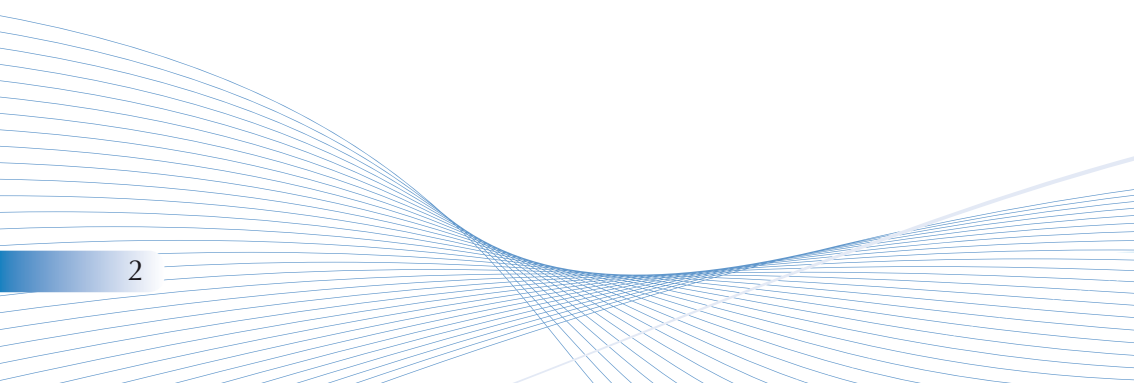
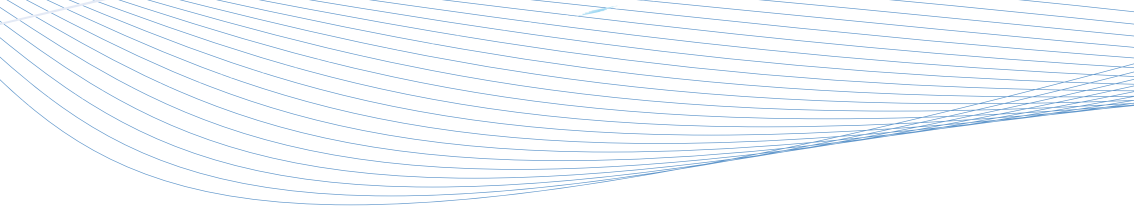
République Tunisienne
Ministère de la Santé
Direction des Soins de Santé de Base



Étude Qualitative sur les Facteurs de Vulnérabilité au VIH des Travailleurs et travailleuses du Sexe en Tunisie



Septembre 2015



Préface

Dans le cadre d'une meilleure riposte au VIH/Sida en Tunisie, le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST avec la collaboration du bureau du FNUAP Tunisie a engagé une étude pour décrire la vulnérabilité des travailleurs et travailleuses du sexe en Tunisie et étudier les facteurs empêchant leur insertion aux programmes de prévention et leur utilisation des services offerts.

L'étude soutenue par SoAIDS était surtout motivée par la relation connue et démontrée entre le travail du sexe et la transmission des IST et VIH chez ces groupes à risque. Il a été aussi relevé que le travail du sexe clandestin commence à un âge précoce dans les milieux socialement vulnérables vivant dans un contexte associant la pauvreté, le chômage et les dislocations familiales. Ces conditions aboutissent souvent à l'échec scolaire puis la rupture scolaire précoce pour exercer le commerce sexuel comme activité génératrice de revenus seule alternative à subvenir aux besoins pour des jeunes sans qualification pour un travail quelconque.

Sitôt, refoulés par leur entourage et presque abandonnés à eux-mêmes ou vivant dans de petites communautés, leur santé et leur sécurité dépendent alors beaucoup de leur considération sociale, des sites choisis pour leur activité et de leur peur d'être reconnus, stigmatisés discriminés et agressés les obligeant à fuir et à se cacher. Cette vulnérabilité sociale entraîne des difficultés à l'accès à des services de prévention et de communication pour le changement des comportements (CCC) surtout le dépistage du VIH et des IST et l'usage du préservatif.

En outre, les formes de prostitution changent beaucoup selon les contextes sociaux et s'appuient fréquemment sur des réseaux « informels » particuliers pour chercher la clientèle faisant intervenir certains acteurs sociaux comme agents clés des réseaux et des contacts.

Par la présente étude nous visons à relever les déterminants de la vulnérabilité du travail du sexe en Tunisie en ciblant surtout les travailleuses du sexe jeunes et clandestines , et à identifier les acteurs clés des réseaux informels afin de connaître les barrières et adapter les programmes d'intervention selon les circuits spécifiques en assignant un rôle important aux acteurs clés sociaux et en améliorant la lutte contre la discrimination et en renforçant les efforts pour le respect des droits humains seul garant de la réintégration sociale de cette population réfractaire aux services de santé.

Dans cette étude, la population étudiée a été délibérément élargie aux groupes de travailleurs du sexe masculins et aux travailleuses du sexe autorisées sachant que ces groupes se trouvent dans des conditions analogues de vulnérabilité et de difficulté d'accès aux services de santé et que dresser une image de ces groupes serait aussi très utiles pour l'intervention.

A cette occasion je félicite tous ceux qui ont contribué à cette recherche intéressante pour les orientations du Programme National de lutte contre le sida et les IST, approche nouvelle pour recueillir les déterminants sociaux non classiques dans le but de mobiliser des acteurs non formels dans le relais de la communication et de l'information.

Remerciements.

Je remercie tous ceux qui ont contribué à ce travail, en particulier la consultante Dr Amel Ben Said, Mr Adel Ayari qui a été d'un grand apport pour les entretiens et les focus groups, sans oublier le groupe de suivi et de lecture en l'occurrence : Dr Leila Joudane, Dr Mondher Bejaoui, Dr Hayet Hamdouni et Mr Chokri Ben Yahia.

Mes vifs remerciements vont aussi aux responsables et acteurs qui ont participé aux entretiens et aidé à organiser les focus groups et particulièrement ces jeunes qui ont accepté de révéler leur vécu et leurs expériences dans ce domaine.

Je remercie aussi l'association SoAIDS pour cette initiative et pour le choix de la Tunisie pour mener une telle enquête, pour le soutien financier qui a permis ce travail avec l'implication du bureau du FNUAP en Tunisie.

La Directrice des Soins de Santé de Base

Dr Rafla Tej Dellagi

Remerciements

La consultante tient à présenter ses remerciements à tous ceux qui ont facilité la conduite de sa mission.

Elle remercie en particulier tous les membres du comité de pilotage de la présente étude qui ont appuyé son travail et mobilisé les partenaires et acteurs de terrain.

Elle remercie également l'équipe du Bureau de l'UNFPA en Tunisie, le chargé pays de l'ONUSIDA et l'équipe de la Direction des Soins de Santé de Base chargée du Programme National de Lutte contre le sida/IST ainsi que leurs partenaires, qui se sont déployés à fournir les informations demandées et se sont montrés disponibles pour répondre à ses questions.

La consultante remercie aussi toutes les personnes du milieu institutionnel ou associatif et aussi ceux contactés à titre personnel, qui ont aidé à mener à bien la tâche la plus ardue de la mission à savoir l'organisation de focus groups avec des membres de la population étudiée.

Ses vifs remerciements vont à l'adresse de M. Adel Ayari, sociologue universitaire, pour sa contribution précieuse et efficace dans la conduction des focus groupes et pour sa patience et sa disponibilité inconditionnelles.

Elle veut tout spécialement exprimer ses vifs remerciements et sa gratitude aux enfants, aux femmes et aux hommes qui ont participé aux focus groupes et ont livré des témoignages francs et sincères et ont accepté de partager leurs vécu et expérience.

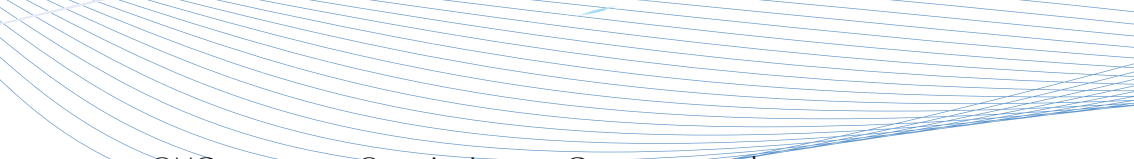
TABLE DES MATIERES

	Page
Abréviations et Acronymes	9
1. Introduction et objectifs	11
2. Méthodologie et approche	14
2.1 Définitions	14
2.2 Approche méthodologique	15
2.3 Méthode de travail	16
2.3.1 Sources et outils de collecte des données	16
2.3.2 Aspects éthiques	21
2.4 Difficultés rencontrées	21
3. Analyse de la vulnérabilité des travailleur(se)s du sexe en Tunisie	22
3.1. Contexte du travail du sexe en Tunisie	22
3.1.1 Visions et approches	22
3.1.2 Contexte politique économique et social	24
3.1.3 Contexte législatif	25
3.1.4 Situation épidémiologique du VIH	29
3.1.5 Accès des FTS et des HSH aux programmes de prévention contre le VIH	31
3.2 Exploitation sexuelle commerciale des enfants à travers l'expérience d'un groupe de filles et un groupe de garçons en conflit avec la loi	32
3.2.1 Exploitation sexuelle commerciale des filles	33
3.2.2 Exploitation sexuelle commerciale des garçons	37
3.3 Situation des travailleur(se)s du sexe adultes	41
3.3.1 Parcours professionnel	41
a) FTS clandestines	42

b) FTS autorisées	44
c) HTS/HSB	45
3.3.2 Vulnérabilité socio économique	48
a) FTS clandestines	48
b) FTS autorisées	50
c) HTS/HSB	51
3.3.3 Concurrence interpersonnelle	52
3.3.4 Violences physique, psychologique et sexuelle	54
a) FTS clandestines	54
b) FTS autorisées	57
c) HTS/HSB	57
3.3.5 Vulnérabilité sanitaire	59
a) Perception de la santé et estime de soi	59
b) Connaissances attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et Reproductive SSR	60
c) Accès aux soins SSR	65
d) Barrières structurelles et individuelles à l'accès aux services SSR et prévention du VIH/IST	67
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	75
ANNEXES	85
Annexe 1 : Guide d'entretien	85
Annexe 2 : Liste des personnes interviewées	90
Annexe 3 : Guide d'animation des focus groups	94
Annexe 4 : Synthèse des résultats des focus groups	96
Conclusions générales	97
Annexe 5 : Interventions biomédicales, comportementales et structurelles pour la réduction de la vulnérabilité des populations clés proposées par la commission ONUSIDA-Lancet 2015	107

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ATIOST	: Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le Sida
BIT	: Bureau International du Travail
CCDAG	: Centre de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (du VIH)
CCM	: Country Coordinating Mechanism
CDE	: Convention relative aux droits de l'enfant
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CPE	: Code de protection de l'enfance
DSSB	: Direction des Soins de Santé de Base
FTS	: Femme travailleuse du sexe
GFATM	: Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme
HSH	: Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes
HTS	: Homme travailleur du sexe
ICCO	: Inter Church Organization for Development Cooperation
IST/MST	: Infections/Maladie Sexuellement Transmissibles
MAR	: Ministère des Affaires Religieuses
MAS	: Ministère des Affaires Sociales
MI	: Ministère de l'Intérieur
MJ	: Ministère de la Justice
MST	: Maladie sexuellement transmissible
OIM	: Organisation internationale de la migration
OIT	: Organisation internationale du travail
ONFP	: Office national de la famille et de la population



ONG	: Organisation non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNLS/IST	: Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNUD	: Programme des nations Unies pour le Développement
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SSR	: santé sexuelle et reproductive
TPI	: Tribunal de première instance
TS	: Travailleur(se)s du Sexe
UDI	: Usager de drogues injectables
UGP	: Unité de Gestion du Programme
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Introduction et objectifs

Les facteurs de vulnérabilité des travailleurs du sexe (TS) au VIH ont fait l'objet de nombreuses études dans le monde. Ils sont globalement d'ordre :

- ✓ Légal : en l'occurrence, des lois répressives obligeant les TS à exercer dans la clandestinité,
- ✓ Social : notamment le faible niveau d'éducation des femmes travailleuses du sexe (FTS), la mobilité, les difficultés familiales,
- ✓ Economique : la pauvreté,
- ✓ Epidémiologique : les taux de prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) élevés parmi les travailleuses du sexe, favorisant les infections VIH /sida,
- ✓ Interpersonnel : par exemple la concurrence et le manque de solidarité dans le travail du sexe qui s'exprime par l'acceptation de nombre de TS d'avoir des rapports sexuels non protégés à la demande des clients,
- ✓ Individuel : le jeune âge, la faible estime de soi, l'exposition aux violences physiques, psychologiques et sexuelles, association d'usage de drogues injectables (UDI).

Certains pays, comme le Brésil, l'Inde, le Kenya ou la Thaïlande, se sont mobilisés assez tôt pour mettre en place des interventions de soutien et de prise en charge des TS. Ils ont ainsi réussi à maîtriser l'épidémie du VIH et des IST, à accroître l'utilisation du préservatif et à améliorer la santé des TS en général¹.

1- WHO/ HIV-AIDS Programme. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle income countries. Recommendations for public health approach. December 2012.

D'autre part, des organisations non gouvernementales (ONG) se mobilisent dans la même optique. A cet effet, l'alliance Aids Fonds / Soa Aids NL (agence pilote néerlandaise) et ICCO (ONG copilote), dirigent depuis 2014 le programme «**Stepping stones**» qui vise l'amélioration de la sécurité et la dignité des jeunes (incluant les enfants de moins de 18 ans) vulnérables et/ou affectés par la violence sexuelle ou l'exploitation sexuelle commerciale¹.

Plus spécifiquement, l'alliance travaille sur l'out come 4 dudit programme (mineurs en situation de travail du sexe et enfants exploités sexuellement) au niveau de 16 pays répartis sur quatre régions du monde dont trois sont dans la région du moyen orient : Egypte, Liban et la Libye. Ce programme se base sur des interventions ciblant le changement de comportements pour prévenir l'infection à VIH en adressant les obstacles au changement dans une approche sensible à l'équité de genre.

Le budget alloué à ce programme est d'environ deux (02) millions d'euros dont 21% sont réservés à la recherche et aux études en vue d'améliorer les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité de ces groupes dans les pays partenaires et d'éclairer la mise en place de programmes de prévention et de soutien.

En Tunisie, hormis les enquêtes séro-comportementales du VIH menées auprès de cette population en 2009, 2011 et 2014 dans le cadre de la coopération avec le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), très peu d'études ont été réalisées sur le travail du sexe et encore moins sur l'exploitation sexuelle commerciale des enfants.

1 - Soa Aids. Stepping stones. Minors in sex work and sexually exploited children. Extension of the existing SUSO II project. Mars 2014.

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la collaboration entre le Bureau de l'UNFPA à Tunis et la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) qui dirige le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), avec l'appui de l'alliance Aids Fonds / Soa Aids NL et ICCO. Il s'agit d'une étude qualitative sur les facteurs qui affectent la vulnérabilité des TS en général et les mineurs en situation d'exploitation sexuelle commerciale en particulier ainsi que sur les obstacles qui limitent l'accès de ces groupes aux services de prévention et de soins du VIH et des IST.

Les résultats de l'enquête seront exploités pour la mise en œuvre d'un programme de prévention des comportements à risque auprès des groupes jeunes vulnérables de 15 à 24 ans dans la région Arabe à travers le programme « Stepping stones » et ce, avec l'appui de l'UNFPA et l'alliance Aids Fonds / Soa Aids NL.

Objectifs de l'étude :

L'étude qualitative sur les facteurs de vulnérabilité des TS en Tunisie vise de façon générale à disposer davantage d'informations sur le comportement, l'environnement social dans lequel vivent les professionnels du sexe et sur les facteurs qui affectent leur vulnérabilité socio-économique et leur marginalisation limitant leur accès à la prévention du VIH et des IST (y compris le dépistage) et aux soins.

Les objectifs spécifiques de l'Etude sont de déterminer :

- 1) les conditions et les déterminants/facteurs affectant la vie des professionnels du sexe,
- 2) leurs connaissances en matière de santé sexuelle et de reproduction (spécifiquement les IST/sida), des services et recours en matière de droits,

- 3) les obstacles rencontrés et qui entravent leurs accès aux services (santé, sociaux, économiques...),
- 4) les violences et les abus sexuels vécus,
- 5) leurs besoins et attentes pour l'accès aux services.

2. Méthodologie et approche

2.1 - Définitions

- **Violence à l'égard des femmes** : les termes « violence à l'égard des femmes » désignent tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée¹.

- **Travailleur du sexe** : Les travailleurs du sexe sont des adultes ou des jeunes de sexe féminin, masculin, ou transgenre, qui reçoivent régulièrement ou occasionnellement de l'argent, un abri ou des biens en échange de services sexuels².

Dans notre étude, seuls les travailleurs du sexe biologiquement identifiés comme féminins ou masculins à la naissance sont inclus. Ils seront désignés par « femme travailleuse du sexe (FTS) » ou « homme travailleur du sexe (HTS) ».

- **Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales**: selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), l'exploitation sexuelle commerciale des enfants, comprend toutes les activités suivantes:

1 - ONU. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993.

2 - ONUSIDA. UNAIDS Guidance note on HIV and Sex Work. 2012

- l'utilisation de garçons, filles et adolescents dans des activités sexuelles rémunérées en espèces ou en nature (généralement appelée de la prostitution enfantine) dans la rue ou dans des établissements tels que des maisons closes, des discothèques, des salons de massage, des bars, des hôtels et des restaurants, entre autres;
- la traite de garçons, filles et adolescents à des fins d'exploitation sexuelle commerciale;
- le tourisme sexuel avec des enfants;
- la production, promotion et distribution de pornographie impliquant des enfants;
- et l'utilisation d'enfants dans des spectacles sexuels (publics ou privés)¹.

- **Interventions comportementales** : Les interventions comportementales ciblant les TS et leurs clients comprennent des séances de conseil individuelles, le conseil et le dépistage volontaires du VIH, l'éducation par les pairs, les aptitudes à la négociation avec les clients pour le port du préservatif, le soutien à l'affirmation de soi et aux capacités relationnelles, la discussion des attitudes et des croyances².

2.2 - Approche méthodologique

Tout au long de la mission, une démarche participative et concertée a été adoptée particulièrement avec *les membres du comité de pilotage*, dans sa conduite et son organisation logistique.

1 - Bureau International du Travail. Lignes directrices concernant l'élaboration de stratégies d'action directe visant à combattre l'exploitation sexuelle commerciale des enfants Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC). 2007

2 - E. Ota et al. publié le 7 décembre 2011 (in : <http://www.cochrane.org/fr/CD006045/interventions-comportementales-destinees-a-reduire-la-transmission-du-vih-chez-les-prostituees-et-leurs-clientes-dans-les-pays-a-revenu-eleve>)

Les principes qui nous ont guidés dans l'exécution de l'étude étaient :

- Ne pas causer du tort (“Do no harm”) notamment dans la conduction des focus groups avec les TS et les enfants en situation d’exploitation sexuelle commerciale,
- Neutralité libre de tous jugements de valeurs,
- Respect des choix et des opinions,
- Respect des principes éthiques du consentement préalable, de l'anonymat et de la confidentialité dans le cadre du recueil des informations au cours des entretiens et focus groups ainsi que dans l'analyse des données de l'étude.

2.3 Méthode de travail

2.3.1 Sources et outils de collecte des données

- Revue documentaire:

La revue documentaire s'est appuyée sur : (i) une revue de la littérature grise (rapports d'études tunisiennes et étrangères, d'ateliers et de réunions avec les populations clés), (ii) une revue scientifique en utilisant la base de données « pubmed ». Les mots clés de recherche étaient « sex work », « prostitute violence », « child abuse ».

D'autres sites ont été visités (Tampep, Network Sex Work Project et Central and Eastern European Harm Reduction Network) ainsi que ceux de l'OMS et ONUSIDA.

La recherche dans la littérature a révélé :

- ✓ à l'échelle mondiale : abondance d'études sur les travailleuses du sexe contrastant avec la pénurie d'études sur les hommes

travailleurs du sexe (HTS). Ceux ci sont généralement inclus dans les groupes des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et parfois même confondus avec les FTS fl. Le manque d'études touche également l'exploitation sexuelle commerciale des enfants.

- ✓ à l'échelle de la Tunisie : hormis les études séro-comportementales sur les populations clés qui ont été conduites dans le cadre de la coopération avec le Fond Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), presque pas d'études à notre connaissance ont été réalisées spécifiquement sur le travail du sexe. D'ailleurs, à ce propos, toutes les personnes clés interviewées et qui sont impliquées dans la riposte au VIH en Tunisie, citent ces enquêtes comme l'une des rares sources d'information disponibles. Le travail du sexe est abordé effectivement à travers peu d'études comme celle réalisée sur la traite des personnes (OIM ; 2011) ou quelques reportages journalistiques.

- Entretiens semi-directifs avec des personnes clés:

Des entretiens semi-directifs individuels ou collectifs ont été réalisés sur la base d'un guide d'entretien (*voir Annexe1 : guide d'entretien*). Les personnes interviewées étaient des responsables et intervenants gouvernementaux, des acteurs de la société civile, des partenaires de la coopération internationale multilatérale et des personnes ressources (*voir Annexe2 : liste des personnes interviewées*). L'élaboration de la grille d'entretien et le choix du profil des personnes interviewées ont été faits sur la base des

1 - Baral S.D. et al. Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission (in: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60801-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60801-1.pdf))

facteurs de vulnérabilité des TS. Ceux-ci ont été étudiés à l'échelle mondiale et sont globalement d'ordre socioéconomique, sanitaire et légal.

Au total, vingt et une (21) personnes ont été interviewées représentant :

- ✓ Le secteur gouvernemental : Ministère de la Santé (MS), Ministère des Affaires Sociales (MAS), Ministère de la Justice (MJ), Ministère des Affaires Religieuses (MAR),
- ✓ Le secteur associatif représenté par les ONG qui interviennent auprès des populations clés (TS, HSH, UDI) dans le domaine de lutte contre le VIH : ATL MST/sida de Tunis ; ATL MST/sida de Sfax ; ATIOST,
- ✓ Les partenaires multilatéraux : UNFPA et ONUSIDA,
- ✓ Un gynéco-obstétricien du secteur privé.

D'autres personnes clés n'ont pu être interviewées pour des raisons internes à leurs départements. Les entretiens ont permis de recueillir des informations et des points de vue sur la vulnérabilité des TS, l'existence de programmes visant la réduction de cette vulnérabilité, les causes qui limiteraient l'accès de ces populations aux services sociaux et de santé sexuelle et reproductive (SSR) et des recommandations.

- Des focus groups (FG) avec la population étudiée

- Population étudiée et zone d'étude :

La population étudiée est constituée de : (i) adultes masculins et féminins travailleurs du sexe âgés de plus de 18 ans¹ ; (ii) enfants,

¹ - Les personnes transgenres et transsexuelles ne sont pas incluses car selon toutes les sources, cette catégorie n'existe pas en Tunisie.

filles et garçons, de moins de 18 ans en situation d'exploitation sexuelle commerciale.

Neuf (09) focus groups ont été réalisés conformément au tableau1. Soixante neuf (69) personnes ont participé aux focus groups dont 22 étaient des enfants soit 32%. Les FTS clandestines représentaient 36% de la population étudiée et répondaient à trois profils différents de professionnelles du sexe: les FTS clandestines sans facteur de vulnérabilité « surajouté » recrutées aux sites de Sfax et Sousse, des FTS usagères de drogues injectables (FTS/UDI) recrutées au site de Tunis et des FTS/ mères célibataires recrutées au site de Gafsa.

Par ailleurs, il y a lieu de noter les points suivants : (i) Un dixième focus group programmé avec les FTS autorisées de Tunis n'a pas été réalisé pour non obtention d'un visa du Ministère de l'Intérieur (les maisons closes étant sous la responsabilité de ce ministère) ; (ii) le focus group avec les garçons de moins de 18 ans a été ajouté suite à la proposition de l'ONG ATIOST qui intervient auprès des détenus et qui a renseigné sur la pertinence de ce groupe par rapport aux objectifs de l'enquête; (iii) Le site de Tozeur proposé au départ pour un focus group avec les HTS/HSB a été remplacé par le site de Sousse en raison de la migration de ce groupe vers les régions côtières pendant la saison estivale.

Le recrutement des participants adultes a été fait avec la collaboration conjuguée des ONG ATL MST/sida de Sfax et ATIOST, des personnes contacts auprès des populations clés, la direction de rééducation et de réhabilitation (Ministère de la Justice) et le point focal du PNLS/IST à Gafsa. Quant au recrutement des enfants, il a été fait au niveau de centres de rééducation et de réhabilitation pour enfants en conflit avec la loi et ce, pour des raisons éthiques.

*Tableau1 : Nombre de personnes ayant participé
aux focus groups par âge et par région*

Public cible		Site/ nombre de focus groups	Nombre de participants
Adultes	FTS clandestines	Gafsa, Sfax, Sousse, Tunis (04)	25
	FTS autorisées	Sfax (01)	7
	HTS/HSH	Sfax, Sousse (02)	15
	Sous total	7 (4 régions)	47 (68%)
Enfants	Filles ¹	Venant de différentes régions (01)	12
	Garçons ²	Venant de différentes régions (01)	10
	Sous total	2 (différentes régions)	22 (32%)
TOTAL		9 focus groups	69 (100%)

- Guide d'animation des focus groups

Se référant à la revue documentaire, jusque là réalisée, la consultante a élaboré un projet de guide d'animation (*voir annexe3 : guide d'animation des focus groups*) comprenant quatre questions:

1. Introduction et relevé des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée,
2. Le travail du sexe incluant l'âge du début, les motifs, la vision, les conditions, la notion de violence etc.
3. Santé et accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR): perception de la santé des TS ; les déterminants d'accès aux services SSR,
4. Besoins, attentes et suggestions,

Enfin, il y a lieu de souligner que les focus groups ont été conduits avec le concours d'un sociologue universitaire. Une synthèse des résultats de ces focus groupe figure en *annexe4*.

2.3.2 Aspects éthiques

Les focus groups avec les femmes et hommes TS âgés de plus de 18 ans ont été conduits avec leur consentement.

Quant aux groupes des filles et des garçons âgés de moins de 18 ans, le consentement parental n'étant pas possible pour leur sécurité, le recrutement a eu lieu au niveau de centres de détention des mineurs qui sont placés sous la tutelle du Ministère de la Justice (Direction de rééducation et de réhabilitation). Dans ces centres, les directeurs représentant des tuteurs pour ces enfants, une autorisation préalable a été obtenue des instances et des directeurs pour mener les focus groups.

2.4 Difficultés rencontrées

Le partenariat fructueux entre l'UNFPA et la DSSB/PNLS ainsi que la collaboration des partenaires ont efficacement contribué à la réalisation de cette étude malgré les fortes contraintes liées au contexte et à la spécificité de la population étudiée:

- phase de collecte des données coïncidant avec la période estivale marquée par les départs en congé des responsables et des personnes clés à interviewer,
- difficulté d'organisation des focus groupes pour défaut de recrutement, de mobilité estivale des travailleur(se)s du sexe (TS) ou encore d'obstacles d'ordre administratif ou comportemental opposé à l'activité. Ces obstacles ont parfois perturbé le déroulement du focus group,

- difficulté d'établir le contact avec la population cible et d'en convaincre parmi elle, quelques personnes pour participer à cette enquête. Il fallait s'assurer de leur pleine adhésion afin de garantir le maximum de fiabilité aux informations récoltées,
- difficulté d'amener surtout les adolescents (garçons) à s'exprimer librement et franchement sur leurs parcours/carières sexuels pour deux raisons au moins : présence d'un accompagnement administratif au cours de la séance du focus group, difficultés culturelles et comportementales rendant assez complexe le fait de déclarer et de soulever en public ce qui est considéré tout de même assez gênant. C'est pour ces deux raisons que les garçons ont parfois utilisé un discours au nom de la troisième personne (il, eux, les autres, lui).

L'implication de façon très personnelle et le doublement d'efforts ont permis de dégager l'ensemble de ces entraves rencontrées.

3. Analyse de la vulnérabilité des travailleur(se)s du sexe en Tunisie

3.1 Contexte du travail du sexe en Tunisie

3.1.1 Visions et approches

Les interviews conduites avec les acteurs clés sur la vulnérabilité des travailleur(se)s du sexe (TS) au VIH en Tunisie et sur l'action nationale en place en vue de réduire cette vulnérabilité, ont permis de dégager différentes visions et approches dans un domaine si fortement controversé. Ainsi, l'on peut distinguer les visions et approches suivantes :

- a) *L'approche abolitionniste*¹ découlant d'une vision conservatrice considérant que la Tunisie est un pays musulman où la pratique des rapports sexuels en dehors du mariage doit être prohibée et les lois y inhérentes appliquées. Cette approche est rejointe paradoxalement par la vision d'une minorité féministe qui considère le travail du sexe humiliant pour la femme²,
- b) *L'approche réglementariste*³ insistant sur l'effet des facteurs externes au travail du sexe sur lesquels il faut agir pour mettre fin aux violences et abus dont sont victimes les TS et propose la reconnaissance juridique et sociale du métier. Cette approche semble plus proche du pragmatisme, reconnaissant l'existence du travail du sexe en tant que profession comme les autres et proposant de le rendre à moindre risque pour les travailleur(se)s et leurs clients,
- c) *L'approche pathologisante* considérant le TS comme la conséquence de traumatismes physiques et psychologiques subis par la personne qui le pratique et pensant qu'une action préventive sur les causes de ces traumatismes pourrait prévenir l'entrée dans le monde du travail du sexe.

Les données collectées à partir des focus groups conduits avec différents profils de TS montrent également la présence de toutes ces visions chez les groupes étudiés et indiquent que tout programme de réduction de la vulnérabilité des TS au VIH devrait tenir compte des limites et tirer avantage de cette diversité de

1 - Bugnon G.et al. Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances. Best practices et recommandations. Volet 1. Revue de la littérature. Sociograph N°5a. 2009

2 - <http://www.jeuneafrique.com/133742/societe/prostitution-islamistes-et-maisons-closes-le-blues-des-filles-de-joie-tunisiennes/>

3 - Bugnon G.et al. Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances. Best practices et recommandations. Volet 1. Revue de la littérature. Sociograph N°5a. 2009

visions car aucune d'entre elles ne semble autosuffisante à la mise en place de programme de prévention du VIH auprès de cette population ou à lui garantir la sécurité et la dignité.

3.1.2 Contexte politique économique et social

Après la révolution du 14 janvier 2011, la Tunisie est entrée dans une phase de transition démocratique qui a vu entre autres l'installation d'une large liberté d'expression.

Parallèlement, le pays a connu une instabilité politique et sociale marquée par: (i) la succession de sept gouvernements entre janvier 2011 et février 2015, (ii) la fragilisation des organes de l'Etat et l'affaiblissement du pouvoir hiérarchique, (iii) l'émergence d'activités terroristes, (iv) un ralentissement de la reprise économique avec un chômage des jeunes élevé, (v) l'aggravation des revendications sociales avec difficulté à mettre en œuvre les programmes de redressement économique et d'investissement régional de la part des gouvernements successifs.

Cet environnement général ne cesse d'orienter les priorités nationales vers d'autres domaines plus pressants dans cette phase de transition aux dépens de certains autres dont à titre d'exemple les programmes destinés aux groupes les plus vulnérables. L'une de ses retombées directes et immédiates a été, selon un responsable de l'ATLMST/sida de Sfax, la fermeture de nombreuses maisons closes sous la pression de groupes de citoyens «salafistes» ou fermées par les municipalités sous la pression de ces derniers. Il en est resté seulement deux en Tunisie : l'une à Tunis et l'autre à Sfax. Soixante (60) TS et huit (8) matrones exercent à Tunis, contre quatre vingt dix (90)TS et vingt (20) matrones à Sfax¹.

1 - OIM. Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie. Juin 2013

Ceci a amené cent vingt (120) TS à rédiger une demande pour la réouverture de la maison close de Sousse à l'Assemblée Nationale Constituante (ANC) en 2014 et une délégation de ces TS a été reçue par la vice présidente de l'ANC^{1,2}. Seulement, jusqu'à la date de rédaction du présent rapport, aucune de ces maisons closes n'a été rouverte.

A l'occasion des focus groups de cette étude, les FTS autorisées de Sfax ont exprimé leur peur de la fermeture de la maison close dans un contexte économique difficile pour elles où leurs revenus se réduisent de plus en plus. C'est carrément en terme de gagne pain qu'elles évoquent cette éventualité.

3.1.3 Contexte législatif

En Tunisie, le travail du sexe est régi principalement par les dispositions définies dans:

- ✓ L'arrêté du 30 avril 1942 auquel s'ajoute la circulaire du Ministre de l'Intérieur N° 399 datée du 12 janvier 1977, qui définissent et organisent le travail du sexe autorisé,
- ✓ les articles 231 et suivants du Code Pénal inhérents au travail du sexe clandestin
- ✓ l'article 25 du Code de la Protection de l'Enfant se rapportant à l'exploitation sexuelle commerciale de l'enfant.

- A propos du travail du sexe autorisé : la Tunisie est l'unique pays arabe à autoriser le commerce du sexe. Le décret du 30 avril 1942

1 - <http://www.jeuneafrique.com/133742/societe/prostitution-islamistes-et-maisons-closes-le-blues-des-filles-de-joie-tunisiennes/>

2 - HuffPostMAghreb/AFP. Tunisie: Des prostituées demandent la réouverture d'une maison close... Mehrezia Labidi les reçoit à l'Assemblée. (in : http://www.huffpostmaghreb.com/2014/03/11/tunisie-prostituees_n_4943322.html)

datant de l'époque du protectorat français, comprend 54 articles. Il définit la travailleuse du sexe comme étant: "Une femme qui s'offre contre rémunération; celle qui fréquente d'autres travailleuses de sexe, des proxénètes masculins ou féminins; celle qui provoque par gestes obscènes, qui erre sur la voie publique; celle qui fréquente les hôtels, les boîtes de nuit, les débits de boisson, les salles de spectacle; celle qui d'âge inférieur à 50 ans fait partie du personnel domestique d'une maison de prostitution"¹.

La circulaire N°399 du Ministère de l'Intérieur de 1977 précise les conditions strictes d'exercice du travail du sexe autorisé. Conformément à cette circulaire, les femmes désirant exercer le commerce du sexe doivent :

- (i) s'inscrire dans un registre géré par le poste de police du quartier,
- (ii) subir des examens médicaux et biologiques périodiquement (incluant le prélèvement vaginal et le test VIH à l'ère de l'épidémie du VIH),
- (iii) exercer leur activité uniquement à l'intérieur d'un local dont les caractéristiques sont définies par la circulaire et qu'elles ne quittent que sur autorisation du poste de police du quartier.
- (iv) et sans que cela soit mentionné, toute TS autorisée dépistée séropositive au VIH, est dispensée de son activité².

- Concernant le commerce du sexe clandestin : D'un autre côté,

1 - Yasmine Chaouch. Prostitution des étudiantes. Voyage au cœur d'un tabou. Reportage. 07 mars 2015. (in : <https://inkyfada.com/2015/03/prostitution-etudiante-voyage-coeur-tabou-tunisie/>)

2 - Wahid Ferchichi. Les travailleuses du sexe dans la législation tunisienne. (Travail réalisé pour l'UNFPA). Décembre 2014

l'article 231 du code pénal tunisien, prévoit de 6 mois à 2 ans de prison pour les femmes qui s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution même à titre occasionnel : « ...les femmes qui, par gestes ou par paroles, s'offrent aux passants ou se livrent à la prostitution même à titre occasionnel, sont punies de 6 mois à 2 ans d'emprisonnement et de 20 à 200 dinars d'amende. Est considérée comme complice et punie de la même peine, toute personne qui a eu des rapports sexuels avec l'une de ces femmes. ».

L'offre aux passants ou « l'incitation à la débauche » ou encore « le racolage » peut être jugée par la police sur les apparences de la femme (marche, tenue vestimentaire, paroles) et conduire à des arrestations et parfois à des pratiques d'abus du pouvoir comme cela va apparaître à travers les focus groupes conduits avec la population concernée. Toutefois, une personne du monde juridique interviewée, affirme que le juge ne se base pas uniquement sur des éléments se rapportant aux apparences mais qu'il cherche des preuves sur l'existence du commerce du sexe illégal pour prononcer son jugement.

- A propos du commerce du sexe des hommes : « La définition légale de la prostitution ne faisant pas état de la prostitution masculine, les hommes qui s'y livrent sont généralement poursuivis pour d'autres faits relatifs aux mœurs¹. L'article 230 du code pénal prévoit jusqu'à 3 ans de prison pour rapports sexuels entre adultes consentants du même sexe en dehors des crimes sexuels décrits dans ledit code, lesquels s'ajoutent à la peine évidemment.

En outre, la transsexualité est strictement interdite en Tunisie. En effet, les interventions chirurgicales volontaires pour changement de sexe sont strictement interdites et renvoient le chirurgien auteur

1 - OIM. Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie. Juin 2013

à des poursuites judiciaires pour atteinte à l'intégrité corporelle. Cette disposition médicolégal est enseignée aux étudiants en médecine dans le cours de la « Responsabilité médicale pénale ».

Il est à noter que toutes les personnes interviewées représentant des organismes gouvernementaux n'évoquent pas spontanément le commerce du sexe masculin. En les interrogeant, ils répondent que celui-ci, même s'il existe, ne s'élève pas au rang de phénomène social.

- Concernant l'exploitation sexuelle de l'enfant : la Tunisie a ratifié en 1991 la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et en 1995, a publié le Code de protection de l'enfance (CPE), qui a consacré le droit de l'enfant à un environnement protecteur. En outre, la Tunisie a adhéré au protocole facultatif relatif à « la vente d'enfants, la prostitution des enfants, la pornographie mettant en scène l'enfant » qui a été adopté par l'assemblée générale des Nations Unies le 25 mai 2000.

Le code de protection de l'enfance a protégé l'enfant âgé de moins de 18 ans contre toutes formes d'exploitation dont l'exploitation sexuelle qui est définie par l'article 25 dudit CPE ainsi : « *Est une exploitation sexuelle de l'enfant qu'il soit garçon ou fille, sa soumission à des actes de prostitution soit à titre onéreux ou gratuit, directement ou indirectement* ». Pour assurer cette protection, le législateur a mis en place un mécanisme de protection dont le pilier central est représenté par le corps des délégués à la protection de l'enfance (DPE).

Mais paradoxalement par rapport à ces mesures de protection, l'enfant en « *situation d'exploitation sexuelle commerciale* » est traité comme un enfant en contraste avec la loi et peut encourir des peines de placement dans un centre de rééducation et de réhabilitation pour mineurs. Ce paradoxe serait dû entre autres, selon les spécialistes du domaine juridique interviewés, à une

lacune majeure existant dans le CPE consistant en l'absence de la notion d'«enfant victime¹ » dans le CPE. A ce propos, le BIT considère l'exploitation sexuelle commerciale des enfants comme un crime découlant d'une violation grave des droits de l'enfant. L'enfant dans ces cas de pire forme de travail est considéré comme une victime et non comme délinquant².

Celui-ci serait aussi, selon le représentant du Ministère des Affaires Religieuses, en écart par rapport à la position de l'Islam qui ordonne aux tuteurs de ne pas contraindre leurs pupilles à la prostitution et que si on les y contraint, Allah leur accorde son pardon et sa miséricorde³.

Au Canada, l'Etat fédéral a démarré une révision législative pour reclasser les jeunes impliqués dans l'exploitation sexuelle commerciale comme victimes et non comme délinquants⁴.

3.1.4 Situation épidémiologique du VIH

L'incidence du VIH/sida observe une augmentation progressive depuis l'année 2000 selon les cas notifiés par le programme national de lutte contre le sida (PNLS) surtout chez des personnes étrangères. Le nombre annuel de nouveaux cas notifiés en 2014 chez les tunisiens et les personnes de nationalité étrangère est

1 - " Les enfants victimes et témoins " sont les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans qui sont victimes ou témoins d'actes criminels, indépendamment de leur rôle dans l'infraction ou dans la poursuite du contrevenant ou des groupes de contrevenants présumés. (ONU. Commission pour la prévention du crime et la justice pénale. E/CN.15/2005/L.2/ Rev.1. 25 mai 2005)

2 - Bureau International du Travail. Lignes directrices concernant l'élaboration de stratégies d'action directe visant à combattre l'exploitation sexuelle commerciale des enfants Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC). 2007

3 - Saint Coran. Sourat ENNOUR (la lumière), Verset 33.

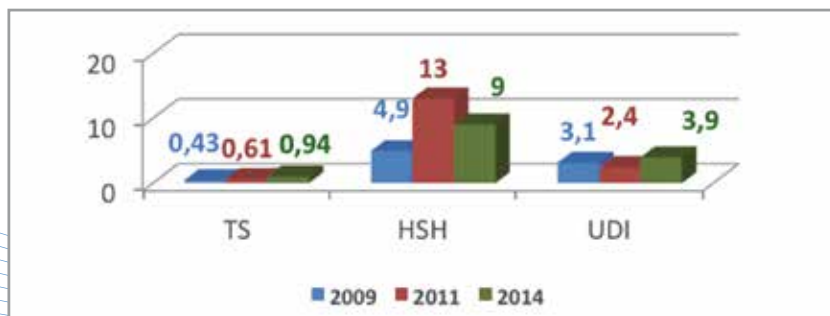
4 - Shields RT ; Letourneau EJ. Commercial sexual exploitation of children and the emergence of safe harbor legislation: implications for policy and practice. Curr Psychiatry Rep. 2015 Mar;17(3) : 553.

331 cas dont 142 tunisiens. Les personnes étrangères représentent une grande proportion, pour la plupart des ressortissants libyens non-résidents venant pour des soins médicaux, quelques résidents de diverses nationalités et des étudiants originaires des pays de l'Afrique subsaharienne.

Selon les données du PNL¹, le mode de transmission hétérosexuel est le plus fréquent et représente 44.5% à partir des cas notifiés en 2014. L'usage de drogues par voie injectable et les rapports sexuels entre hommes constituaient les deuxième et troisième modes de transmission avec respectivement 21.5% et 4.9%.

Selon la même source, la prévalence du VIH au niveau de la population générale reste faible (<0.1%). Cependant, la situation épidémiologique actuelle tend vers une épidémie concentrée, au sein des populations clés comme le confirment les trois enquêtes séro-comportementales qui ont été réalisées en 2009, 2011 et 2014 auprès des travailleuses de sexe clandestines (TS), des hommes ayant des rapports sexuelles avec les hommes (HSH) et des usagers des drogues injectables (UDI). *Figure 1*

Figure 1 : Evolution du taux de prévalence (en pourcentage) du VIH chez les populations clés



1 - Ministère de la santé/direction de soins de santé de base. Rapport d'activité sur la riposte au sida 2014 Tunisie. Mai 2015

3.1.5 Accès des FTS et HSH aux programmes de prévention contre le VIH

Selon les données du rapport d'activité sur la riposte au sida Tunisie 2014 (GARPR 2014), les populations clés seraient estimées à 62000 personnes réparties comme suit : 28000 HSH, 9000 usagers de drogues par voie injectable (UDI) et 25000 travailleuses de sexe (FTS).

Les enquêtes séro-comportementales auprès de ces populations ont montré que l'accès aux services de prévention du VIH est encore faible notamment pour les FTS malgré les interventions mises en place par les ONG thématiques auprès des populations clés (ATUPRET, ATL MST/sida de Tunis, ATL MST/sida de Sfax et ATIOST) et le renforcement dans le cadre du programme d'appui du GFATM à la riposte nationale contre le VIH (Tableaux 2 et 3).

Selon l'enquête de 2014, le niveau d'instruction des HSH était meilleur que celui des FTS. En effet, le niveau d'enseignement secondaire est retrouvé dans 41.7% des cas et d'enseignement supérieur dans 35.6% des cas chez les HSH tandis que le niveau d'enseignement de base est retrouvé dans 55.3% des cas et supérieur dans 5.7% des cas chez les FTS.

Tableau 2 : Accès aux services de prévention du VIH chez les TS femmes

	2009		2011		2014	
	< 25 ans	≥ 25 ans	< 25 ans	≥ 25 ans	< 25 ans	≥ 25 ans
Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	28,80%	40,35%	24,30%	29,70%	49.7%	57.3%
Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	51,60%		58,70%	52,50%	55.5%	58.03%
Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	12,70%	15,10%	11,20%	14,60%	10%	26.8%

Tableau 3: Accès aux services de prévention du VIH chez les HSH

	2009		2011		2014	
	<25 ans	≥ 25 ans	<25 ans	≥25 ans	<25 ans	≥25 ans
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	53,40%	52,70%	42,50%	37%	40%	50%
Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	40% - 36.2% (299/826) avec un partenaire non HTS - 45.8% (260/568) avec un HTS		32,3%	27%	50%	50%
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	15,80%	21,50%	13,10%	16,70%	20%	20%

Il est à noter que la même enquête (2014) a révélé que 30% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des clients ce qui entrerait dans le cadre du commerce du sexe. Mais des données spécifiques sur le travail du sexe chez les hommes ne sont pas disponibles.

3.2 L'exploitation sexuelle commerciale des enfants à travers l'expérience d'un groupe de filles et un groupe de garçons en conflit avec la loi

L'étude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie¹, menée par l'OIT en 2011, rapporte que la juge pour enfants au Tribunal de Première Instance (TPI) de Tunis, traite environ quatre cas de

¹ - OIM. Etude exploratoire sur la traite des personnes en Tunisie. Juin 2013

mineures en situation d'exploitation sexuelle commerciale par mois, toutes encadrées par des proxénètes. Elles sont âgées de 15 à 18 ans et sont, pour la plupart, originaires des zones rurales. Leur recrutement se fait par l'intermédiaire de la famille ou de l'entourage. Selon la même étude, le juge d'instruction du TPI de Tunis traite à lui seul environ cinq cas par an de jeunes de la rue, filles et garçons, exploités sexuellement. Ils ont entre 10 et 12 ans et sont généralement en rupture familiale. Dans certaines régions comme Sfax, l'exploitation sexuelle de filles et garçons de moins de 18 ans se ferait avec le concours des étrangers, principalement les libyens. Nous avons essayé à travers les deux focus groups conduits, l'un avec des filles et l'autre avec des garçons, en conflit avec la loi et placés dans des centres de rééducation et de réhabilitation pour mineurs, d'explorer le parcours de ces enfants et de dégager les facteurs qui auraient contribué à leur exploitation sexuelle en nous inspirant d'autres études quand elles sont disponibles car les données collectées par focus group sur l'exploitation sexuelle commerciale des enfants bien que riches, n'embrassent certainement pas toutes les facettes de la question.

3.2.1 L'exploitation sexuelle commerciale des filles

Sur les douze filles ayant participé au focus group, 15 étaient âgées de 17 ans, une de 16 ans et une de 18 ans. Sur les douze, deux seulement ont atteint le niveau secondaire, toutes les autres n'ont pas dépassé le niveau d'enseignement de base. Elles viennent de différentes régions du pays, d'un milieu socioéconomique marqué par la pauvreté, la dislocation familiale à causes multiples (divorce prédominant, décès de l'un des deux parents, conflits avec le père ou la belle mère) et surtout l'implosion de la relation mère-fille qui enfonçait le degré d'esseulement de ces filles. Une majorité

d'entre-elles ont subi des actes de violence et étaient fréquemment frappées jusqu'à des périodes très récentes en même temps que le suivi et l'encadrement parentaux se trouvent défailnants. La fugue du foyer parental à répétition est une variable commune à la quasi-totalité de ces filles. Une grande partie de ce groupe a eu un premier contact avec le vin et diverses drogues non injectables dès l'âge de 12-13 ans. Une fille a été initiée au vin par le père dès l'âge de 9 ans. Toutes ces données expriment de façon claire que ces filles ont eu, en commun, un parcours personnel très difficile. Au vu de leurs histoires, ces difficultés sociales finissent par induire des perturbations de leur état psychologique, les exposant au risque de manipulation.

Toutes les filles sont arrêtées soit pour vol qualifié (سرقة موصوفة) soit pour consommation ou détention de drogues, ou les deux à la fois. Onze sur douze ont vécu ou vivent l'exploitation sexuelle, depuis des années pour certaines d'entre elles. En effet, se trouvant dans la rue pour avoir fui le domicile familial sans avoir la chance ni la volonté d'y retourner, la quasi-totalité des filles sont récupérées et entretenues par des « amis » dont quatre sont des hommes adultes beaucoup plus âgés qu'elles. Beaucoup d'entre-elles jugent que cela « est normal car je n'avais pas où aller »¹. L'activité sexuelle précoce s'apparente pour quelques-unes à une aventure de vie amoureuse et affective. Déjà les histoires d'amour sont vécues comme le parallèle aussi de la fugue du foyer familial. « Je me suis enfuie avec lui car je l'aimais »² est une phrase redondante dans les récits de ces filles. L'exploitation sexuelle commerciale avec des clients est relatée par quelques unes mais le fait que ces filles aient habité avec d'autres couples dans une habitation

1 - Lamia 16 ans

2 - Fatma 17 ans

commune, cela a été un facteur qui a grandement vulgarisé et facilité leur intégration dans le milieu « semi-professionnel » du travail du sexe. Toutes les filles impliquées dans la consommation ou détention de drogues, le font en complicité avec les hommes qui les entretiennent et leurs amis tout en niant qu'ils seraient en même temps des proxénètes.

Pour cinq filles récidivistes, l'exploitation sexuelle commerciale, perçue par elles comme un travail du sexe, est presque la seule échappatoire car elles n'ont eu aucun soutien lors de leurs anciennes mises en liberté. L'absence de soutien familial ou plutôt le rejet familial et l'absence de suivi social et d'encadrement organisé, légitime en quelque sorte un discours et une décision déjà bien établis : « *je n'ai aucune personne sur qui compter. C'est déjà décidé dans ma tête, je me débrouillerai seule* »¹. Le réseau de connexions est bien fonctionnel pour celles qui ont été expulsées par la famille et pour celles qui ne rentreront pas chez elles. Les relations tissées pendant le séjour à la maison d'arrêt semble être les plus efficaces car déjà établies et à portée de main. Les anciennes relations sociales avec les anciens amis et autres connaissances du milieu délinquant s'imposent pour elles comme le principal preneur en charge et d'accueil. En fait, l'activité sexuelle payante ne prend pas obligatoirement la forme d'un travail total et exclusif de sexe professionnel. Bien que les filles perçoivent de l'argent, ceci n'est pas toujours en contrepartie d'un service sexuel. La fille entretenue par un adulte ou un jeune est carrément exploitée, cela frôle même une forme d'esclavagisme.

En termes de santé sexuelle et reproductive, l'âge au premier rapport sexuel se situe entre 12 et 14 ans. Cinq filles ont déclaré

1 - Sawsen 17 ans

avoir eu le premier rapport sous un « état d'inconscience car sous l'emprise de la drogue et/ou de l'alcool »¹. Trois étaient enceintes à la date du focus group (les auteurs sont des parents proches), deux filles étaient mères successivement d'un et de deux enfants (la mère des deux enfants était âgée de 16 ans). L'interruption volontaire de la grossesse est courante. La majorité de ces filles expliquent leurs grossesses par le fait « qu'elles pensaient que leur âge à l'époque ne l'exposait pas à ce risque »².

Concernant leurs connaissances en matière de SSR, elles citent le VIH, les hépatites virales B et C comme maladies graves et le préservatif comme moyen de prévention. Toutes disent que l'auteur de l'exploitation sexuelle n'utilise pas le préservatif car il est considéré comme un partenaire sexuel régulier. Cependant, une fille a déclaré qu'elle arrive à le convaincre d'utiliser le préservatif en lui faisant peur par le risque de tomber enceinte.

L'accès aux structures publiques dispensant des services SSR est quasi inexistant. Toutes sans exception avouent préférer le secteur privé par besoin de « passer incognito et qu'on ne sache pas dans la famille de mon cas »³. Quelques-unes ont rapporté rencontrer des difficultés pour accéder aux services publics car ils « exigent une pièce d'identité ou d'être accompagnée par la mère »⁴.

A ce propos, conformément à l'article 60 du Code du Statut Personnel qui définit la tutelle proprement dite du mineur et à l'article 35 C du Code de Déontologie Médicale, le médecin

1 - Fatma 17 ans, Sawsen 17 ans lamia 16 ans karima 16 ans fawzia 17 ans.

2 - Fawzia 17 ans

3 - Nozha 18 ans

4 - Ibid

est tenu, pour prodiguer des soins à un mineur, de recueillir le consentement de son représentant légal.

C'est aussi le cas pour tous les professionnels de santé (sage femme, infirmier etc.). Ils se trouvent ainsi confrontés à un paradoxe qui fait obstacle à l'accès aux services SSR pour les mineurs : d'une part le devoir de prodiguer des soins sans causer du tort à la mineure et d'autre part, ils ne peuvent agir qu'avec le consentement du tuteur.

3.2.2 Exploitation sexuelle commerciale des garçons

Les dix garçons ayant participé au focus groupe étaient âgés entre 16 et 18 ans excepté un qui était âgé de 14 ans. Aucun des garçons n'a achevé l'enseignement de base. Ils viennent de différentes régions du pays, d'un milieu socioéconomique marqué par la pauvreté. Ils entretiennent tous des rapports extrêmement conflictuels avec leurs parents. Pour quelques-uns « *c'est la rupture depuis déjà deux ans, ils s'en foutent même si je suis encore vivant* »¹. Pour d'autres, « *il n'est plus question que je rentre, je me débrouillerai, les amis ne manquent pas* »². En fait, il faut comprendre le mot ami dans le sens d'un réseau sur lequel ce jeune peut compter en s'y intégrant. Le futur de son activité délinquante est perçu comme faisant partie d'une activité organisée en groupe, en bande. L'une des raisons évoquée par ces jeunes et par laquelle ils expliquent leur refus d'intégrer le foyer familial est la violence qu'ils ont subie et/ou risquent de subir encore : « *j'en ai ras-le-bol que le vieux me tape pour une raison ou pour une autre et que ma mère ne sait que me lancer de gros mots* »³.

1 - Karim 16 ans

2 - Foued 17 ans

3 - Wahid 17 ans

Tous les adolescents sans exception étaient des fumeurs, la plupart boivent depuis déjà 2 à 3 années et presque la moitié d'entre eux ont pris, au moins une fois, du cannabis.

Tous les adolescents étaient arrêtés soit pour vol qualifié ou violence aggravée (عنف شديد) ou encore consommation/détention de drogues. Un seul adolescent de 17 ans avait commis un viol sur fillette de cinq ans. Parmi les jeunes détenus de ce groupe, cinq ont clairement indiqué avoir vécu l'expérience d'exploitation sexuelle commerciale. Cette expérience s'est répétée chaque fois que c'était possible. Elle prenait, souvent, la forme active et rarement passive. Elle se pratiquait toujours avec des hommes adultes et donc plus âgés qu'eux. Quand ils sont actifs, ces jeunes percevaient entre 20 et 30 dinars. Quand ils étaient passifs, les tarifs dépassaient rarement 15 dinars. Les faits qu'ils ont rapportés et les détails des récits prouvent que « *gagner de l'argent* »¹ reste le principal motif de cette prostitution.

La situation de pauvreté et/ou de pauvreté extrême pour quelques-uns les pousse à s'adonner à tous types et formes de « prostitution juvénile² » indépendamment de leur orientation sexuelle: « *parfois je ferais n'importe quoi pour que je puisse manger ; alors quand un vieux p... s'amène c'est difficile de ne pas l'accompagner* »³. Ils ne sont pas entretenus par des proxénètes et ne s'en adonnent pas comme étant une activité exclusive. Ce fait a été retrouvé chez les HTS adultes et confirmé par d'autres études⁴ qui ont conclu au caractère autonome des HTS. Par ailleurs,

1 - Majdi 18 ans

2 - Terme emprunté à Stéphane Fortin (Fortin S. et al. Prostitution juvénile. Portrait de jeunes suivis au centre Jeunesse de Québec. 2006).

3 - Nabil 17 ans

4 - Fortin S. et al. Prostitution juvénile. Portrait de jeunes suivis au centre Jeunesse de Québec. 2006

ils rapportent que « *nombre de jeunes à l'avenue¹ et à la place Barcelone s'y exercent depuis des années et il y en a parmi eux des gamins de 12/13 ans* ».

A première vue, ces enfants n'ont pas été manipulés et entraînés dans l'exploitation sexuelle commerciale. Ils agissent de manière autonome mais sous l'effet d'autres facteurs de précarité et de vulnérabilité.

En matière de SSR, les connaissances sont très faibles. Certains, seulement, citent deux ou trois IST dont le VIH tandis que d'autres ignorent tout du VIH/IST et des risques encourus. Ni le client ni l'adolescent n'utilisent de préservatif. Par ailleurs, aucun n'a rapporté des situations de violence de la part des clients bien que le parcours de ces enfants soit jonché de violence dont ils sont eux-mêmes auteurs.

Ainsi, les focus groupes ont permis de dégager des facteurs de grande vulnérabilité environnementale, familiale et individuelle qui sont retrouvés chez les enfants victimes d'exploitation sexuelle commerciale. Cette vulnérabilité est encore aggravée lorsqu'il s'agit de filles et devient aliénante lorsqu'une grossesse ou un enfant s'ajoute au tableau. L'exclusion sociale et familiale devient, dans ce cas, un facteur de consolidation et de pérennisation de cette exploitation. *Le tableau 4* résume ces facteurs de vulnérabilité de manière comparative chez les filles et chez les garçons. Mais il est clair que des facteurs de vulnérabilité communs emboîtés en poupées russes semblent agir en synergie d'action pour faire basculer ces mineurs dans l'exploitation sexuelle commerciale.

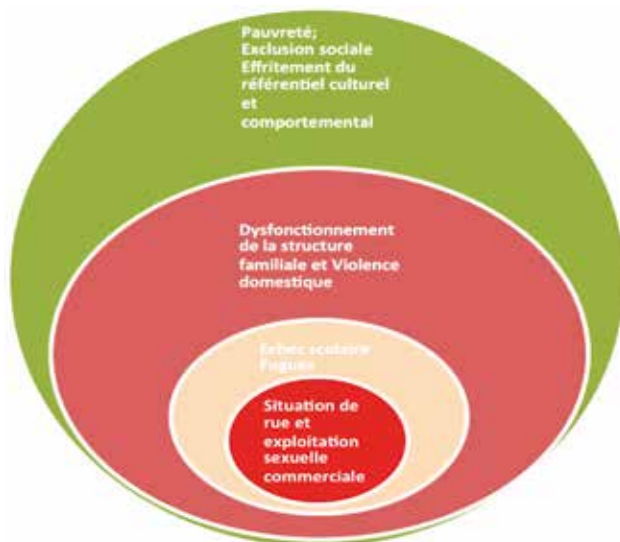
Figure 2.

1 - Avenue Habib Bouguiba et place Barcelone à Tunis

Tableau 4 : Facteurs de vulnérabilité chez les filles et les garçons victimes d'exploitation sexuelle commerciale selon les résultats des focus groups.

Facteurs de vulnérabilité	Filles	Garçons
Facteurs liés à la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté des parents • Exclusion sociale • Affaiblissement du suivi et de l'encadrement familial • Absence de figures parentales ou monoparentalité • Rapports conflictuels avec les parents • Être victime de violence domestique • Absence de communication intrafamiliale • Rejet familial pour cause de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté des parents • Exclusion sociale • Affaiblissement du suivi et de l'encadrement familial • Rapports conflictuels avec les parents • Être victime de violence domestique • Absence de communication intrafamiliale
Facteurs individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants en situation de rue depuis un bas âge • Expulsion ou exclusion de l'école • Grossesse et maternité juvéniles • Fragilité psychologique et faible estime de soi • Pratique d'actes de délinquance (vol, vente de drogues) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsion ou exclusion de l'école • Consommation de drogues et d'alcool • Violence comportementale
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Vie dans un environnement à risque (rue), • Pression négative des pairs • Absence d'accompagnement socioéducatif ni avant ni après la détention • Services SSR peu accessibles • Exploitée par un adulte 	<ul style="list-style-type: none"> • Vie dans un environnement à risque (rue), • Pression négative des pairs • Absence d'accompagnement socioéducatif ni avant ni après la détention • Services SSR peu accessibles • Autonome

Figure 2 : Incubateur environnemental de l'exploitation sexuelle commerciale des enfants



3.3 Situation des travailleur(se)s du sexe adultes

3.3.1 Parcours professionnel

Le parcours professionnel dépend de la catégorie du travailleur du sexe selon qu'il est HTS ou qu'elle est FTS autorisée ou clandestine. Et même à l'intérieur de ce dernier groupe, le parcours peut prendre des trajectoires différentes selon que le travail du sexe est associé ou non à d'autres déterminants de vulnérabilité comme l'usage de drogues par injection ou le fait d'être mère célibataire dans un contexte de culture arabo-musulmane.

Mais qu'elles soient communes ou individuelles, les trajectoires des FTS sont perçues comme étant des parcours de vie où la place dominante est octroyée à « *la fatalité* », « *la chance* », « *le devenir tracé* », « *la vie difficile* ». Dans le lexique et les formulations

verbales employées, on remarque la récurrence d'expressions communes celles « *si Dieu le veut* » ou « *à chacun est tracée une vie à laquelle on ne peut échapper* »¹. Au contraire, celles des HTS/HSB portent l'emprunte d'un engagement à considérer l'homosexualité comme faisant partie des libertés individuelles ou à défendre le droit au mariage homosexuel.

a) FTS clandestines :

Le parcours professionnel est classique, marqué par la pauvreté ou le faible niveau de revenu de la famille, par la violence surtout physique dans l'entourage familial proche et par l'échec scolaire. Ces faits relatés ont été retrouvés dans les focus groups avec les mineurs qui donnent l'image d'un flash back fait sur l'enfance des FTS adultes.

Les FTS ont une ancienneté allant de 3 à 10 ans. Nombre d'entre elles déclare avoir commencé entre 15 et 16 ans. Cette donnée est retrouvée dans l'enquête séro-comportementale sur le VIH auprès de FTS clandestines, réalisée en 2014 dans le cadre de la surveillance épidémiologique de deuxième génération du VIH, qui rapporte que 3 % des FTS ont débuté « le travail du sexe » avant l'âge de 15 ans et 56,9 % entre 15 et 19 ans. Des études ont montré que plus l'ancienneté dans le TS est faible et plus l'âge de la TS est jeune, plus la vulnérabilité à toutes sortes de risques est grande^{2, 3}.

Toutes les FTS rencontrées sont des fumeuses de longue date (plus de 5 ans) voir même de grandes fumeuses (2 à 3 paquets par jour).

1 - Henda 40 ans, divorcée, Sfax

2 - Mussie Alemayehu et al. Prevalence and predictors of sexual violence among commercial sex workers in Northern Ethiopia. *Reprod Health*. 2015; 12: 47

3 - Scorgie F et al. Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in sub-saharan Africa: a systematic review. *AIDS Behav*. 2012 May;16(4):920-33.

Presque la moitié d'entre-elles boivent régulièrement et toutes ont déclaré le faire occasionnellement ou si le « travail » l'exige.

Pour les FTS clandestines exerçant près des côtes, le rythme de travail est tributaire d'une multitude de facteurs dont principalement l'importance des flux des touristes étrangers, la masse clientèle locale, les rafles policières, les connexions nouées et entretenues avec le personnel des hôtels et le carnet personnel d'adresses-clients, l'expérience personnelle dans le métier et enfin « *l'image de marque ou de qualité du produit* » dont bénéficie la FTS elle-même.

Nombre de ces FTS sont mobiles. Il leur arrive de se déplacer vers d'autres gouvernorats pendant la saison estivale ou à la demande du client. Cette mobilité a été retrouvée chez 42,1% des FTS dans l'enquête séro-comportementale de 2014. Le lieu de travail peut être «un chez-soi» ou un lieu loué et partagé entre deux ou plusieurs FTS qui s'associent entre elles pour en assurer les diverses charges. Il arrive aussi que ce soit un lieu public (jardin, place...) ou un véhicule. Celles dont le niveau d'instruction est plus élevé ne font pas le trottoir, limitant l'espace de leurs activités aux hôtels, restaurants, cafés et autres boîtes de nuit.

Les FTS/UDI ont un parcours marqué par la pauvreté, l'échec scolaire précoce et la violence surtout physique dans l'entourage familial proche (parents ou frères) et qui va continuer plus tard avec le conjoint et l'entourage social sous d'autres formes. La violence familiale a poussé certaines à faire des fugues à maintes reprises depuis l'adolescence, avant même qu'elles n'aient commencé de consommer de la drogue douce (surtout le cannabis) et de là, la drogue par injection. Se prostituer est dans ce cas la première ressource mobilisée et la première source de paiement de besoins en drogue injectable. Des études ont montré que les expériences

négatives dans le milieu familial incitent un jeune à faire une fugue qui, une fois dans la rue, peut se livrer au travail du sexe pour subsister¹. Dans le même sens, une des personnes clés, en contact avec des jeunes vulnérables, a révélé lors de l'interview l'histoire d'une jeune FTS de 26 ans qui s'est trouvée un jour dans la rue en rupture avec sa famille d'où elle a été récupérée par un proxénète qui l'exploitait dans une villa avec d'autres TS.

Les FTS qui sont des mères célibataires, ont un faible niveau d'instruction qui handicape fortement toute forme d'insertion sociale. Certaines ont une ancienneté dans le travail du sexe dépassant les 30 ans. La rupture totale des liens familiaux est générale. Elles ne s'affichent presque pas dans des lieux publics et essaient de garder une totale image d'anonymat à cause de la double stigmatisation. Elles supportent un triple fardeau imbriqué : la pauvreté alourdie par la charge de leurs enfants, la stigmatisation à cause du travail du sexe et la stigmatisation à cause du fait qu'elles soient mères célibataires.

Enfin, notons qu'aucune des FTS quelle que soit sa catégorie n'a rapporté travailler pour le compte d'un proxénète.

b) FTS autorisées :

Le travail du sexe autorisé est plus organisé. Il apparaît clairement qu'une hiérarchie de l'ancienneté dans le métier est respectée. La majorité sont originaires d'autres régions du pays et ont rompu les relations avec le reste de la famille. La culture de la vie secrète dans le quotidien est prédominante dans ce groupe et la marginalisation est bien ancrée dans leur mode de vie puisqu'elles ne sont pas

¹ - La prostitution chez les jeunes : analyse documentaire et bibliographie annotée. (In : http://www.justice.gc.ca/ra/pr-rp/jp-cj/jj-yj/rr01_13/p333.html)

seulement touchées par le stigmat, mais elles l'incarnent sur de nombreux plans. Quelques unes souffrent énormément de l'obligation de maintenir leur anonymat au quotidien. Elles s'efforcent pour assurer une forme d'«incognito» en évitant au maximum les formes habituelles des relations sociales normales. Cette souffrance s'accroît à l'occasion des fêtes religieuses et autres événements sociaux (mariages, fêtes chez des voisins etc.).

c) HTS/HSB :

Le niveau d'instruction des HTS/HSB est globalement plus élevé que celui observé et déclaré chez les FTS. Le collège ou lycée est le premier espace « *des flirts ou des petites aventures avec des collègues de classe* »¹. La faculté et le lycée sont pour d'autres, le cadre de leurs premières expériences franches de rapports sexuels « *sans argent, juste pour assouvir un désir, savoir ce que cela donne ou faisant suite à des avances* »². Certains avaient depuis leur jeune âge un goût déjà prononcé pour « *l'allure féminine, désirant fortement porter des habits de filles et voulaient se maquiller* »³. Mais ils ne peuvent pas le faire dans le contexte socioculturel tunisien. Ils évitent même de porter des habits de couleur voyante (fuchsia, rouge, jaune...) ou de marcher avec les hanches pour « *passer inaperçus et surtout parce que les clients qui nous emmènent chez eux ne veulent pas que les autres -voisins surtout- nous identifient* »⁴. Ces affinités pour l'allure féminine, n'ont pas été retrouvées chez les mineurs lors des focus groups. Les services sexuels vendus par ces mineurs à des hommes ne découlaient pas d'un choix quant à l'orientation sexuelle mais plutôt d'un besoin de survie.

1 - Samir, 18 ans, Sfax

2 - Sabri, 28 ans, Sfax

3 - Chokri, 35 ans, Sfax

4 - Kamel, 28 ans, Sfax

Le lexique commun désigne les HSH par le terme « TECHCHA » (le pluriel étant « TCHECH ») et le client par le terme « KALENKECH ». L'activité des HSH ne se limite pas au travail du sexe pur mais s'élargit pour «*des animations de diners et autres soirées, et quelques uns-rares- sont même entretenus par des hommes*». La majorité des HSH fait le trottoir et rares ceux qui déclarent avoir un portefeuille de clients fidèles. Les espaces publics auxquels se rendent ces HSH sont choisis en fonction du faible degré de harcèlement qu'ils subissent et le bain maure semble un lieu de rencontre à moindre risque : «*Le hammam reste un lieu attirant et privilégié où on peut se rincer les yeux, chasser un client et faire son hygiène* »¹. En fait le réseau professionnel est plutôt personnel, noué au fil des ans et dépendant largement de la performance et du savoir faire de tout un chacun. Les habitations collectives leur servent aussi de lieu d'activité professionnelle autant que lieu de vie commune.

Les régions de Sousse et de Hammamet sont les lieux privilégiés pour l'exercice du travail du sexe. Le tourisme est considéré comme le principal vecteur attractif pour les HTS/SHS tout comme pour les FTS clandestines d'ailleurs. Le segment clientèle étrangère est perçu comme étant motif de hiérarchie qualitative de positions chez les HTS/SHS : «*il faut avoir une bonne culture générale pour aspirer fidéliser des clients de rang supérieur* »².

Certains ont participé à des films pornographiques réalisés en Tunisie et l'un d'eux «*rêve de migrer clandestinement et poursuivre une carrière d'acteurs de films X en Europe* »³. Les MSM utilisent aussi les nouvelles technologies d'information et de communication

1 - Rached, 22 ans, Sousse

2 - Rafik, 45 ans, Sousse

3 - Taoufik, 21 ans, Sfax

(NTIC). Pour ce, ils maintiennent rigoureusement un anonymat total concernant leur identité (données fausses, adresses changeantes, et rarement de photos...). L'Internet a changé la façon dont les HTS/HSH et leurs clients se rencontrent et pourrait être un espace utile pour diffuser des messages pour une activité sexuelle à moindre risque¹.

Face à la pénurie d'études sur l'homosexualité et sur le travail du sexe masculin, des informations et des témoignages ont été relevés à partir de reportages publiés dans des revues d'actualité. C'est ainsi qu'un reportage fait par la revue « Jeune Afrique » en 2014², souligne que « la prostitution masculine » en Tunisie est d'autant plus discrète que l'homosexualité est interdite et sévèrement sanctionnée par la loi et est tabou dans un pays arabo-musulman. Selon ce reportage, le phénomène existe et prend de l'ampleur et il y a aujourd'hui une demande locale alors que pendant longtemps, on a imputé la prostitution des hommes, surtout jeunes, à l'essor du tourisme sexuel.

Un autre reportage à Casablanca (Maroc) montre que les HTS ne sont pas tous homosexuels. Il y a aussi des hétérosexuels, des « sans domicile fixe » en quête d'un repas et d'une nuit au chaud ou encore des usagers de drogues en manque. L'homosexualité est aussi punie par la loi marocaine. « *C'est pas facile d'être homosexuel au Maroc. Mais à partir du moment où tu ne t'affiches pas, tu n'as pas de problèmes* »³. Ce parcours de bisexualité et d'extrême pauvreté n'a pas été retrouvé chez les HTS/HSH tunisiens dans le

1 - V. Minichiello et al. A new public health context to understand male sex work. *BMC Public Health* (2015)15 :282.

2 - <http://www.jeuneafrique.com/133742/societe/prostitution-islamistes-et-maisons-closes-le-blues-des-filles-de-joie-tunisiennes/>

3 - Enoch El Fassi. Maroc : immersion dans le monde des hommes prostitués. (in : <http://www.afrik.com/article26130.html>). 6 JUILLET 2012.

cadre de la présente étude. Par contre, le choix de ne pas s'afficher est commun aux HSH dans les deux pays.

Enfin, il y a lieu de noter que tandis que les FTS sont stigmatisées pour le travail du sexe en lui-même, les HTS/HSH sont stigmatisés pour les rapports sexuels avec des hommes¹. Le travail du sexe des hommes n'est pas spontanément évoqué par les personnes interviewées dans le cadre de la présente étude ni même abordé par la législation qui interdit les rapports sexuels entre hommes indépendamment de sa nature.

3.3.2 Vulnérabilité socio économique

a) FTS clandestines :

Dans la grande majorité des cas, les FTS clandestines n'ont d'autre emploi que le travail du sexe. Celles travaillant dans les zones côtières gagnent mieux leur pain quoi qu'elles ne travaillent pas tous les jours. Le rythme de travail est tributaire d'une multitude de facteurs dont principalement l'importance des flux des touristes étrangers, la masse clientèle locale, les rafles policières, les connexions nouées et entretenues avec le personnel des hôtels, le carnet personnel d'adresses-clients, l'expérience personnelle dans le métier et enfin l'« *image de marque ou la qualité du produit* » dont bénéficie la FTS elle-même. Elles déclarent gagner « *entre 500 et 700 Dinars par semaine à raison de 150/250 par passe* » en plus « *des déjeuners ou des diners arrosés en plus des cigarettes de luxe* »². Elles « bénéficient » encore de l'impact, en termes de nombre de clients, de la fermeture de la majorité des maisons closes en 2011, perçu par l'augmentation quantitativement significative

1 - V. Minichiello et al. A new public health context to understand male sex work. *BMC Public Health* (2015)15 :282

2 - Henda, 27 ans, Sousse

de la demande. Pour ce groupe, les conditions de travail générales sont jugées comme plutôt « satisfaisantes ». Cela peut se voir sur le look général et la tenue vestimentaire. Mais le look sert aussi à attirer les clients : « *le plus important c'est que le client nous juge en tant que femmes respectables et fréquentables (نساء نظاف) car pour bien assurer un bon prix, tout passe par ce regard porté sur l'apparence* »¹. Toutefois, l'absence d'un emploi fixe et donc d'une couverture sociale, pèse lourdement sur leurs charges et les laisse dans une situation d'insécurité financière.

Les FTS/UDI sont issues de familles pauvres ou très pauvres et sont encore appauvries par la dépendance aux drogues injectables. L'absence de domicile fixe a été retrouvée dans ce groupe. Le travail du sexe n'est pas un gagne pain chez ces personnes mais un moyen pour se payer la dose de drogue. La plupart d'entre-elles avouent s'adonner à des formes d'activité de délinquance pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de leurs doses de drogue injectable (الضربة) « *si je dois braquer quelqu'un, je le ferai sans trop penser, il y va de ma dose, alors, dans ce cas, je n'hésiterais point à le faire* »². Et l'entourage familial proche semble une cible privilégiée ou à la portée pour certaines: « *aujourd'hui même, j'ai volé un mortier en cuivre massif à ma mère (مهراس) que j'ai vendu à 12 dinars alors qu'il en vaut facilement 60 dinars car je n'ai pas de quoi payer ma dose et je ne peux plus attendre* »³. Les rentrées d'argent par le travail du sexe sont faibles car les clients profitent de l'absence de pouvoir de négociation chez elles pour les violenter, ne pas payer ou dans le meilleur des cas payer un prix « dérisoire ». La solitude de ces femmes n'est pas un rythme

1 - Hajer, 37 ans, Sfax

2 - Boutheina, 30 ans, Tunis

3 - Haïfa, 27 ans, Tunis

seulement, c'est un mode de vie marqué par l'absence totale de toute forme de soutien et les faibles ressources matérielles.

Le groupe des FTS/mères célibataires présente un faible niveau d'instruction qui handicape fortement toute forme d'insertion sociale. Elles disposent d'un carnet de soins pour indigents et bénéficient d'une aide sociale mensuelle de 150 dinars qui constitue leur principale source de revenu. Des tentatives de monter un projet générateur de revenus se sont vouées à l'échec malgré la grande volonté affichée de rompre et de commencer une autre carrière socioprofessionnelle. Cet échec serait imputable, selon le groupe, à un type de discrimination contre les mères célibataires (étiquetées comme travailleuses du sexe) quant à l'octroi de prêts de financement de micros projets. Ce genre de difficultés affrontées par ces femmes quant à leur parcours individuel pour une meilleure insertion sociale les pousse à exercer le travail du sexe.

b) FTS autorisées :

Les FTS autorisées ont une situation économique plus claire. Les tarifs sont connus, le pourcentage à payer à la patronne est fixé. Celle-ci touche légèrement plus de la moitié de la recette (6 dinars) et assure le paiement des charges fixes (loyer, eau, électricité...) ainsi que les frais de nourriture aux membres du groupe sous son autorité-tutelle. Mais les pourboires et autres « *bakchichs* » octroyés auprès des clients ne lui sont pas déclarés.

Pour améliorer leurs revenus, quelques-unes sont tentées de travailler occasionnellement en dehors du cadre légal. En effet, malgré la peur de perdre son emploi et son statut, chaque fois que l'occasion se présente et que le risque de se faire « *chopper* » est estimé mince, une des FTS va le faire.

Toutefois, trois soucis majeurs hantent les FTS autorisées quant à la sécurité financière : (i) la concurrence avec les FTS clandestines qui aurait entraîné une baisse de leurs revenus, (ii) la peur de la fermeture de la maison close qui constitue pour elles un gagne pain et (iii) les maladies sexuellement transmissibles (MST) non pas parce qu'elles menacent leur santé mais parce qu'à chaque fois que le médecin contrôleur découvre une MST, il leur impose un arrêt de travail, et donc une privation de toute rentrée d'argent jusqu'à guérison.

c) HTS/HSH :

Les HTS/HSH proviennent de milieux socio économiques différents allant du modeste à l'aisé. Un jeune HTS/HSH âgé de 18 ans a déclaré avoir fait connaissance avec ses pairs HTS/HSH dans un café connu pour être un lieu de grande fréquentation des HSH de la région et que l'argent a été pour lui le principal facteur précipitant son entrée dans le monde du travail du sexe. Les relations avec les clients semblent plus égalitaires.

Les HTS/HSH qui font leurs rentrées d'argent dans des espaces publics sont les mieux rémunérés, *« les autres pratiquent le trottoir surtout pendant l'hiver pour assurer des fins de mois même si pendant la saison touristique leur emploi du temps est chargé »*¹. La forte saison du chiffre de l'activité des HTS/HSH est en effet, structurellement très dépendante de la clientèle étrangère qui a une demande presque entièrement estivale.

Les tarifs déclarés et pratiqués par les HTS/HSH semblent souffrir des aléas de l'expansion démographique : *« de nouveaux arrivants pratiquent des tarifs si bas (10 et 20 dinars) et nous arrachent des clients »*. Ces nouveaux arrivants occupent un segment de marché

1 - Rafik, 45 ans, Sousse

(ouvriers de bâtiment, jeunes délinquants...) qui est « *délaissé par les HTS/HSH de notre trempe* »¹.

Contrairement à ce profil de HTS assez bien instruits, mûrs et à orientation homosexuelle, une étude conduite chez deux groupes de HSH (un groupe de HSH et un groupe de HTS) en Chine a montré de manière statistiquement significative que les HTS étaient plus jeunes, moins éduqués, n'ont jamais été mariés mais étaient aussi hétérosexuels². Ce profile décrit rejoint plutôt celui dégagé des focus groups avec les mineurs dans la présente étude.

3.3.3 Concurrence interpersonnelle

En termes de concurrence interpersonnelle, les FTS/UDI et les FTS/mères célibataires semblent hors compétition. Elles ne possèdent pas de capacités individuelles à la compétitivité et ne la cherchent pas. D'ailleurs, les FTS/UDI se connaissent bien et travaillent dans le même périmètre. Chez les FTS/mères célibataires, le travail du sexe est source de revenu complémentaire destinée principalement à affronter les dépenses vitales surtout pour leurs enfants à charge.

La situation est différente pour les autres catégories de travailleur(se) du sexe :

- Chez les FTS des côtes (professionnalisées), le fort réseautage et les connexions établies avec les hôtels, boîtes de nuits, restaurants etc. leur assure d'éviter les problèmes avec les autres filles « *car on ne piétine pas sur leur territoire et les mecs qui sont avec elles nous*

1 - Souheil, 35 ans, Sfax

2 - Tang W. et al. Burden of HIV and Syphilis: A Comparative Evaluation between Male Sex Workers and Non-Sex-Worker Men Who Have Sex with Men in Urban China. PLoS One. 2015 May 11;10(5)

laissent tranquilles»¹ et sont à l'origine d'une sorte de couverture et de défense contre le risque de la violence observée chez les TS des autres groupes.

- Chez les FTS autorisées, une solidarité existe bel et bien entre les membres de ce groupe. Cela leur assure une certaine force collective pour se défendre. La matrone appelle le reste du groupe par le mot « *mes filles* ». Celles-ci s'appellent entre-elles « *sœurs* ». Ce lexique est d'une grande portée symbolique quant à la nature des rapports intragroupe : « *on est comme une famille et c'est ce qui nous aide à affronter la dureté de notre vie* »². En revanche, une grande sensibilité concurrentielle se dégage quant aux jugements qu'elles portent sur les clandestines. En effet, elles se voient lésées par les pratiques de leurs concurrentes dans « *la rue* » et autres lieux publics. Elles estiment que leurs pertes financières et la récession de leurs revenus sont dues au laxisme des autorités en face du phénomène. Pour elles, faire ce métier passe inéluctablement par sa forme légale et pensent être victimes de cet éclatement du secteur et de sa désorganisation.

- Les HTS/HSB entretiennent un fort lien social entre eux (sorties aux cafés, faire le ménage et les courses). Ce lien s'apparente à une défense entretenue dans une vie de groupe procurant le sentiment d'appartenance et de sécurité. Cette vie de groupe permet la transmission intra-groupe des connaissances professionnelles et des ficelles du métier. Ils « *parlent toujours de leurs aventures avec les clients et se donnent mutuellement des conseils pratiques pour le comportement à tenir et la façon de négocier le prix ou comment se dégager d'une situation difficile* »³. Mais le nombre croissant des

1 - Sabrina, 23 ans, Sousse

2 - Fatma, 54 ans, Sfax

3 - Jamel, 28 ans, Sfax

HTS/HSH serait derrière le grand «*risque d'exposition à la violence des délinquants et même parfois source de disputes violentes entre les HSH eux-mêmes*»¹ et notamment le risque de disputes avec les rabatteurs qui leur proposent des tarifs très bas pour les clients.

3.3.4 Violences physique, psychologique et sexuelle

La violence physique subie est l'un des traits caractérisant les rapports sociaux des TS avec d'autres acteurs sociaux (agents de police, revendeurs de drogue, membres de la famille). Leur statut social et légal ne leur permet pas de l'affronter ou de l'éviter ce qui aggrave les séquelles et les traumatismes vécus par ces personnes.

a) FTS clandestines

La quasi-totalité des FTS déclarent être régulièrement sinon souvent sujettes à des agressions (physiques et surtout verbales) de la part de quelques acteurs sociaux (taximen, personnel d'hôtel, policiers, figures du banditisme,...). Curieusement, le client ne figure pas parmi les premiers acteurs de violence. Le seul risque de violence qu'elles affrontent avec les clients se situe avec quelques uns qui se rétractent quant au paiement du prix convenu. De telles situations sont globalement contrôlables de par l'expérience «*que l'on a et qui nous permet d'assurer la gestion de ces moments* »².

Tout particulièrement, Les FTS/UDI dont certaines portent des balafres et des cicatrices d'automutilation, ont un parcours jonché de violence commise par de nombreux acteurs :

- ✓ Les parents et les frères : «*mon frère me tabasse chaque fois que je le vois, et c'est sans répit sauf lorsque je ne le croise*

1 - Ibid

2 - Henda, 27 ans, Sousse

pas»¹. Cette violence familiale les a poussées à faire des fugues de la maison parentale, à maintes reprises pendant leur adolescence,

- ✓ Le mari : les divorcées affirment que leurs vies conjugales étaient ponctuées par la violence physique de leur mari,
- ✓ Les délinquants du quartier : c'est le cas de cette FTS qui affirme en être victime quand elle rentre tard chez elle ou le cas de cette FTS/UDI qui raconte avoir été violée « *il y a deux mois de cela pendant presque toute une nuit par des délinquants de la cité voisine à la mienne qui m'ont barré le chemin et m'ont violée pendant des heures* »². Elles sont également victimes de braquages par ces délinquants qui leur volent leurs recettes,

le revendeur de la drogue : La violence physique et le viol marquent aussi le rapport avec les revendeurs. Une des FTS/UDI raconte : « *parfois ils veulent abuser de moi et refusant de leur accorder cette faveur ils me tabassent* »³. Mais toutes n'ont pas la capacité de refuser comme c'est le cas de cette autre FTS/UDI : « *je suis obligée d'accepter n'ayant pas un sou sur moi pour payer ma dose* » « *باش نخلص الضربة* »⁴,

- ✓ le policier : le viol comme histoire violente vécue par ces FTS/UDI prend la forme de chantage et de soumission dans le vécu professionnel de quelques unes d'entre-elles : « *quand nous sommes arrivées lui (policier) et moi à quelques centaines de mètres du commissariat, il m'a dit que si je ne voulais pas y passer la nuit et rentrer, je n'avais qu'à être*

1 - Néjib, 21 ans, Sfax

2 - Boutheina, 30 ans, Tunis

3 - ibid

4 - Sarra, 30 ans, Tunis

gentille avec lui. Il m'a poussée dans l'entrée d'un immeuble et a abusé de moi »¹.

Se trouvant dans l'illégalité, en l'absence totale de toute forme de soutien, devant les faibles ressources matérielles et afin de contourner ces agressions ou d'en amortir l'impact, les FTS sont obligées de fournir un service gratuit ou de payer régulièrement une somme d'argent.

Parfois, elles utilisent l'image qui leur est attribuée par la société pour s'en sortir de telles situations : *« j'ai dit à ces deux policiers qui voulaient abuser de moi que je suis malade du sida, ils ont en eu tellement peur qu'ils m'ont relâchée sur le moment »².*

Il apparaît donc que le travail du sexe lui-même expose à un risque accru de violence qui est aggravé par un comportement à haut risque comme l'usage de drogues injectables. Les informations recueillies auprès de ces groupes concordent avec les résultats d'études à l'échelle internationale sur la diversité des sources de violence. Ainsi, le comité national sur le sida (CNS) en France rapporte qu'une étude réalisée en 2004 a montré que 70% des FTS interrogées ont identifié des actes de violence contre elles au cours des six derniers mois. Ces violences surviennent entre les FTS ou émanent des proxénètes, des clients, des forces de police ou des institutions³. Dans une autre étude menée en Ethiopie, la prévalence de la violence subie par les FTS est de 75.6% et les facteurs de risques retrouvés sont : le faible niveau d'instruction, le fait d'être mariée, le faible revenu mensuel, l'usage de drogues

1 - Sihem, 30 ans, Tunis

2 - Sarra, 39 ans, Tunis

3 - Conseil National du sida (CNS ; France). VIH et commerce du sexe garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. 2010 (in : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2010-09-16_avi_fr_prevention.pdf)

et une durée plus courte dans le travail du sexe ainsi que le fait d'être une FTS de trottoir ^{1,2}. La mobilité de la FTS a été également retrouvée comme facteur de plus grand risque de violence et de consommation d'alcool³.

b) FTS autorisées

La maison close offre un cadre de travail où le risque d'être agressée est minime par rapport à la rue. Même si les FTS racontent que les incidents de violence arrivent, elles pensent qu'elles sont mieux protégées que leurs concurrentes clandestines. La matrone peut contacter la police chaque fois qu'elle estime nécessaire et les «sœurs» s'entraident pour faire évacuer quelques ivrognes ou perturbateurs.

c) HTS/HSB

Contrairement aux violences subies par les FTS qui sont étroitement liées à l'activité exercée, la violence subie par un HTS/HSB provient plutôt de personnes homophobes qui les agressent et les volent⁴.

L'homophobie est souvent source de conflits dans :

- ✓ l'espace public comme l'atteste un HTS/HSB qui déclare « *se disputer fréquemment avec les caissiers de grandes surfaces ou avec des clientes dans la file d'attente* »⁵,
- ✓ la famille: «*quand il a découvert ma tendance sexuelle, mon*

1 - Mussie Alemayehu & al. Prevalence and predictors of sexual violence among commercial sex workers in Northern Ethiopia. *Reprod Health*. 2015; 12: 47

2 - Conners EE. Et al. Structural Determinants of Client Perpetrated Violence Among Female Sex Workers in Two Mexico-U.S. Border Cities. *AIDS Behav*. 2015 Jun ;26.

3 - Saggurti N. et al. Indicators of mobility, socio-economic vulnerabilities and HIV risk behaviours among mobile female sex workers in India. *AIDS Behav*. 2012 May;16(4):952-9.

4 - La prostitution chez les jeunes : analyse documentaire et bibliographie annotée.

(In : http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/jj-yj/rr01_13/p33.html)

5 - Adel, 21 ans, Sfax

père m'avait tellement battu que jusqu'à maintenant j'en tremble. Mon frère m'avait menacé de me tuer ~~mort~~ si je ne cesse pas. Pour moi quitter la maison est devenu carrément une affaire de survie. Vous savez à cette époque des années 80, il était impossible pour une personne comme moi de rester dans le Sud »¹,

- ✓ les délinquants qui les agressent et les volent,
- ✓ les HSH entre eux : « *utiliser la violence physique pour chasser quelques intrus de nos lieux habituels et le persuader de travailler ailleurs* »²,
- ✓ les policiers qui les harcèlent par le contrôle fréquent.

Face à cette violence qui est une source d'inquiétude continue pour eux, les HTS/HSH, ont développé quelques stratégies de réponse-défense. Ainsi, pour fuir la violence familiale en même temps qu'assurer la continuité de l'activité professionnelle, de nombreux HTS/HSH ont choisi de vivre dans des habitations collectives. Pour contourner le contrôle policier, «*quelques-uns vont carrément payer des ripoux pour éviter les arrestations et autres questionnaires dans les voitures des flics*»³, d'autres «*paient régulièrement pour pouvoir travailler sur le trottoir*». La violence subie par des délinquants est contrecarrée par la relation faussement amicale que certains entretiennent avec les jeunes du quartier «*que j'arrose fréquemment pour rentrer tranquille et même faire appel à leurs services quand je suis malmené par quelqu'un*»⁴.

1 - Rafik, 45 ans, Sousse

2 - Adel, 21 ans, Sfax

3 - Souheil, 35 ans, Sfax

4 - Fethi, 20 ans, Sousse

3.3.5 *Vulnérabilité sanitaire*

a) Perception de la santé et estime de soi

Les FTS clandestines se considèrent bien portantes et « femmes d'expérience » en termes de prévention des maladies selon leurs croyances. Toutefois, la majorité déclare être fumeuse ou grande fumeuse (2 à 3 paquets de cigarettes par jour), boire occasionnellement ou régulièrement et fumer un joint de temps en temps. Certaines disent qu'elles prennent des tranquillisants et autres antidépresseurs.

Les FTS/mères célibataires disent qu'elles souffrent de troubles psychiques (forte anxiété, traumatisme psychologique, sommeil difficile, dépression...). ??? Le corps est perçu, aussi bien pour elles que pour les FTS/UDI, dans des termes de fatalité et de misère d'existence à laquelle elles pensent ne jamais pouvoir s'y soustraire. ???

Les FTS autorisées perçoivent leur santé à travers deux soucis majeurs: (i) s'assurer de l'avis favorable du médecin contrôleur pour garder l'emploi et ne point cesser le travail. En effet, celui-ci les examine régulièrement et leur impose l'arrêt du travail en cas d'IST dépistée et (ii) ne pas perdre un gain financier. Ces deux considérations l'emportent largement sur le souci sanitaire.

Les HTS/HSB déclarent souffrir de problèmes psychologiques (addiction au vin, au tabac, nervosité aigue et troubles d'humeur).

L'estime de soi dans sa dimension psychologique n'a pas été étudiée dans la présente enquête vu qu'elle demande une méthodologie et des outils d'analyse adaptés. Mais à travers les propos et vécu raconté par des travailleuses du sexe, nous relevons des éléments qui pourraient être des facteurs contribuant à la sous estime de soi:

- ✓ le fait que le travail du sexe soit entrepris par obligation, contre le gré de la personne et non par choix, notamment chez les FTS/ UDI,
- ✓ dans certains cas, la sous estime de soi est préexistante au travail du sexe du fait par exemple de la violence subie au foyer familial et pourrait être un des motifs qui auraient conduit au travail du sexe ; cette donnée a été retrouvée dans les focus groups avec les mineures.
- ✓ lorsque la FTS est habituellement violentée, toutes sortes de violences comprises, par les clients, la société, la police etc., elle finit par développer le sentiment de culpabilité et de sous estime de soi.
- ✓ Le fait aussi de cacher tout le temps son statut de travailleuse du sexe ou de mère célibataire, de se sentir comme faisant quelque chose de mauvais et de se trouver obligée de montrer un statut de personne conforme aux stéréotypes sociaux.

b) Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR)

- FTS :

Les FTS ont des connaissances superficielles et floues en matière de MST et de VIH. Les mots utilisés dans leur discours s'apparentent globalement aux termes SIDA - ECOULEMNT-DEMANGEAISON-PLAIE. Elles utilisent le terme Sida sans bien connaître les modes de transmission et de prévention de cette maladie du VIH. Les FTS/ mères célibataires avouent que leur grossesse était en grande partie liée à leur méconnaissance de la sexualité, de la santé reproductive et des moyens de prévention.

Les moins âgées parmi les FTS sont les plus enclines à ne pas bien considérer les MTS qui semblent plutôt préoccuper les plus

anciennes dans le métier car elles nuisent directement et dans l'immédiat « *les affaires* ».

Elles pensent clairement que la diversité de la clientèle est une source de maladies mais pas pour autant des maladies spécifiques. Elles pensent que choisir un client respectable et « propre » (نظيف) éloigne le risque d'attraper des maladies. Le terme « *risque du métier* » est tellement vulgarisé qu'il ne garde plus un sens corollaire à leur métier. En effet, le comportement général est à l'acceptation du risque en tant que « tribut » à payer et à assumer. Se fier à son instinct, ou à sa bonne étoile et même à la protection de Dieu, sont des termes relatant le référentiel psychologique de valeurs, auquel font appel les FTS autorisées.

En termes de pratiques, la majorité des FTS clandestines et autorisées sont enclines à accepter le refus du client à porter le préservatif ou même son désir de pratiques à risque «*pour qu'il ne s'enfuie pas et pour demander en contrepartie un bon prix*»¹. Ceci est aussi vrai avec les étrangers «*quand ils ne veulent pas de préservatifs, on exige des suppléments tarifaires consistants*»². Elles croient que les tarifs qu'elles exigent réduisent le risque de «*tomber sur un client porteur de maladies* »³. Les besoins spécifiques des clients (sodomie, pratique en groupe, fellation et autres demandes spécifiques) restent une source de hautes rentrées financières qu'il ne faut en aucun cas (du moins pour la plupart des TS) assujettir aux exigences sanitaires.

La logique dominante est donc de ne pas perdre ce client et d'accepter d'assurer le service ou parfois de le convaincre d'éjaculer en dehors. Pour la plupart d'entre les TS, c'est l'éjaculation

1 - Naima, 45 ans, Sfax

2 - Ibid

3 - Ibid

interne qui est le risque. Nous sommes en face d'une logique de comportement usée par les années d'exercice et amplifiée par des auto-considérations qui insistent sur la capacité de «chacune à bien juger le client».

Le préservatif est de ce fait très faiblement utilisé et est évincé par le « *bon prix* » mais aussi par le « *client fidèle* » avec qui les rapports sexuels se passent sans aucune protection tout comme pour les adolescentes qui ont déclaré ne pas utiliser de préservatif avec leur partenaire régulier. Ces constats concordent avec les résultats de la revue de la littérature effectuée par G. Bugnon qui montrent que les rapports sexuels non protégés avec les partenaires intimes (ou «non payants») seraient beaucoup plus fréquents qu'avec les clients payants. Ceci serait expliqué par une volonté et un besoin de démarcation entre vie professionnelle et vie privée. Selon la même source, les études montrent également que l'usage du préservatif est plus rare avec les clients réguliers, avec lesquels s'établit un rapport de confiance¹.

Quant aux FTS/UDI, elles raisonnent en termes de nombre d'actes nécessaires à l'achat de la dose et à l'obtention d'un peu d'argent pour subvenir aux besoins quotidiens. Le préservatif est loin d'être leur préoccupation. Selon Strathdee SA, les femmes qui consomment de la drogue, se voient obligées de se livrer au commerce du sexe, méritent un accès durable à la prévention et au traitement du VIH, à la réduction des risques dans l'usage de drogues, elles et leurs familles en les aidant à mener des vies saines et satisfaisantes².

1 - Bugnon G. et al. Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances. Best practices et recommandations. Volet 1. Revue de la littérature. Sociograph N°5a. 2009

2 - Strathdee SA et al. Substance Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 1 July 2015; Volume 69

Ainsi, la perception du risque chez les FTS et leurs comportements préventifs sont basés sur les déterminants personnels, les croyances et la logique commerciale qui subordonne la conscience sanitaire. Le cout élevé en matière de pratiques préventives est vecteur de délimitation comportementale qui s'impregne de la logique de rémunération ce qui affaisse le raisonnement en termes de santé ou du moins le relègue en position subordonnée. Dans ce sens, l'étude menée auprès de TS nigérianes exerçant à Barcelone, est arrivée à la conclusion que les interventions ciblant les professionnelles du sexe doivent combler les lacunes dans les connaissances, les comportements à risque et les éléments structuraux¹.

- HTS/HSB:

Les connaissances des HTS/HSB en matière du risque encouru sont plutôt à jour. L'appartenance à des réseaux associatifs maintient cette adhésion à la culture de soins et de prévention. Ils fréquentent régulièrement une association locale pour s'approvisionner en préservatifs et maintenir des échanges d'informations. Leur niveau d'instruction leur permet en outre une bonne réception pédagogique des contenus de dépliants et autres documents en la matière. Toutefois, la plupart des HTS/HSB pense en termes de genre en croyant fort que les risques de maladies sexuelles est plutôt un risque féminin.

Au plan des pratiques, le niveau des connaissances et d'instruction plus élevés ne semblent pas différencier les HTS/HSB des FTS. En effet, pendant l'activité du trottoir le degré d'attention baisse vu l'urgence de la demande à satisfaire et nombreux sont les clients qui ne veulent pas porter de préservatif. Dans ce cas, le travail passe

1 - Coma Auli N. Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015 Jun 15;5(6)

avant la prévention et *«l'obligation de travailler passe au devant et il n'est pas question de lâcher un client si on ne porte pas sur soi un préservatif»*¹. Aussi, la fréquence des « passes » dans les voitures et dans les espaces restreints entravent l'observation rigoureuse du minimum des règles de prévention. L'usage du préservatif est par conséquent très faible aussi bien chez les mineurs détenus que chez les HTS/HSH adultes.

D'autre part, devant un certain profil de clients, les HTS/HSH utilisent quelques ruses : *«éviter avec un client ivrogne ou mal au point, le rapport franc et lui faire croire en serrant les fesses qu'il est en train de bien faire, ou l'amener rapidement à l'éjaculation avant d'introduire»*².

Dans une étude comparative conduite en 2015 au Kenya auprès d'un groupe de HSH et d'un groupe de HTS/HSH, ceux-ci ont déclaré être passifs dans des rapports sexuels avec des partenaires multiples dans 65.7% des cas vs 18% pour le second groupe et qu'ils avaient des rapports anaux non protégés dans 40% des cas vs 22.8% pour le second groupe avec une différence statistiquement significative. Aussi, la prévalence du VIH était plus élevée chez le groupe de HTS (26.3% versus 12.2%, $p = 0.007$)³. Ces résultats concordent avec les conclusions du Conseil National sur le sida en France (CNS) qui confirme que le relâchement des pratiques de prévention touche particulièrement les hommes « en situation de prostitution occasionnelle »⁴.

1 - Sami, 23 ans, Sfax

2 - Ibid

3 - Muraguri N. et al. HIV and STI prevalence and risk factors among male sex workers and other men who have sex with men in Nairobi, Kenya. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Jan 1;68(1):91-6.

4 - Conseil National du sida (CNS ; France). VIH et commerce du sexe garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. 2010 (in : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2010-09-16_av_i_fr_prevention.pdf).

Selon d'autres études, les HTS offrent leurs services surtout aux hommes indépendamment de leurs orientations sexuelles. Plusieurs facteurs se combinent et rendent ce groupe potentiellement plus exposé au risque du VIH : des facteurs biologiques, comportementaux ainsi que des déterminants structurels tels que la criminalisation des rapports sexuels entre hommes, la stigmatisation, et la difficulté d'accès aux services de soins¹. Aussi, l'examen des profils en ligne de clients masculins de HTS a révélé que ces hommes sont tellement divers qu'il n'est pas facile d'en dresser un profil (ils sont jeunes, vieux, homosexuels, bisexuels, mariés, etc.)².

c) Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR)

- Accès à l'information : le faible niveau des connaissances sur le VIH/ IST et les moyens de prévention des grossesses non désirées et du VIH/IST retrouvé plus haut, indique que l'accès à l'information est très faible pour tous les travailleur(se)s du sexe (TS). Les seules sources d'information auxquelles ils ont accès sont les pairs, Internet pour les TS familiarisés avec les NTIC et les ONG thématiques. Les FTS clandestines déplorent d'ailleurs l'absence d'associations dans certaines régions (de la côte). Les structures publiques ne sont jamais citées comme source d'information. Les TS/mères célibataires disent que si elles étaient informées sur les méthodes contraceptives, elles n'auraient pas eu des enfants hors mariage.
- Offre du service : toutes et tous les TS ont exprimé le besoin d'un accompagnement psychologique qu'ils trouvent non disponible ou très insuffisant au niveau des ONG.

1 - Baral S.D. et al. Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission (in: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60801-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60801-1.pdf)).

2 - V. Minichiello et al. A new public health context to understand male sex work. *BMC Public Health* (2015)15 :282.

- Utilisation des services SSR : Les échanges avec les institutions publiques et autres organismes restent très faibles voire inexistantes. Le refus est presque total de consulter les structures de santé publiques et la tendance est à la préférence des consultations auprès des cabinets privés ou l'automédication conseillée par les pairs. Le secteur privé leur assure l'anonymat et la rapidité des soins. On est devant un trait standard de rupture par rapport aux organismes officiels publics. Selon un gynéco-obstétricien du secteur privé interviewé, les travailleur(se)s du sexe auraient leur propre réseau de médecins de libre pratique que les uns conseillent aux autres.

Avec les ONG, le rapport est de loin plus constructif dans le sens où cela permet aux TS de bénéficier d'un encadrement rapproché, bien que sporadique et discontinu, et donc de jouir de quelques aides en forme de conseils et de kits de prévention.

Les FTS/UID côtoient régulièrement un centre à bas seuil géré par une ONG où elles bénéficient-même sporadiquement- de quelques consultations de psychologie. L'association présente bien pour elles un lieu d'échange et d'approvisionnement en matériel de prévention. Mais cela reste assez insuffisant ; ces personnes souffrent du manque criard de l'absence d'un accompagnement régulier. Cependant, rien chez ces TS n'est considéré primordial autant que la dose qui est perçue comme étant besoin vital : *«dès mon réveil tout à quoi je pense c'est acheter et si je n'ai pas la somme de 20 dinars le problème pour moi c'est comment en avoir. C'est si simple que ça ; ma dose avant tout et peut importe comment avoir l'argent nécessaire, l'important est de l'avoir»*¹. Ce statut doublement fragilisant, entrave leur accès aux services SSR.

Les FTS/mères célibataires trouvent que la spécificité de la culture

1 - Naila, 36 ans, Tunis

locale somme toute fort présente chez la plupart du personnel de la santé ne permet pas à ces femmes d'accéder facilement à ces services SSR.

Les FTS autorisées sont soumises de par la loi au contrôle médical qui est jugé comme étant fortement contraignant. Cette soumission n'est pas -ou l'est faiblement- le fruit d'une conviction de santé publique et donc n'est pas une adhésion libre et convaincue. Les FTS autorisées « disent » toutes sans exception que le suivi et la relation avec les instances publiques sont médiocres et que les soins coûtent cher alors qu'elles ne bénéficient d'aucune assurance maladie.

Au terme de ces constats sur la vulnérabilité multifactorielle des TS, il apparaît que des barrières structurelles et individuelles se dressent comme obstacles à l'accès de ces groupes aux services SSR et de prévention du VIH/IST.

d) Barrières structurelles et individuelles à l'accès de ces groupes aux services SSR et de prévention du VIH/IST

- Barrières structurelles :

- *Les normes sociales* : dans une société de culture arabo-musulmane, le travail du sexe est rejeté et l'homosexualité est considérée comme une transgression à toutes les valeurs. La vision prédominante chez une frange non négligeable d'intervenants est une vision abolitionniste du travail du sexe notamment chez les HSH. Cette vision est reflétée sur le terrain par une stigmatisation et parfois même selon certaines FTS une discrimination comme cette FTS/mère célibataire, désireuse de chercher une alternative au travail du sexe, s'est vue à maintes reprises sa demande de prêt pour monter un microprojet générateur de revenus, « refusée et les promesses des

autorités régionales non tenues »¹. L'attitude, manifestement stigmatisante, des professionnels de santé dans le secteur public constitue aussi un obstacle à l'accès des TS aux services SSR.

- *La législation* : la législation tunisienne, pénalisant le travail du sexe, les rapports sexuels entre les hommes et l'usage de drogues affecte l'exposition à la violence et la capacité des TS à avoir des rapports sexuels protégés et à appliquer la réduction des risques dans l'usage de drogues. En effet, elle crée un climat qui favorise la violence civile et policière et rend impossible pour les victimes de porter plainte. La loi devient un moyen de chasse aux sorcières, de chantage économique et sexuel le cas échéant. La peur d'être arrêtées force des FTS clandestines et des HTS/HSH à se cacher, à s'abstenir de participer à des programmes de prévention du VIH et de risques au VIH ni même de porter des préservatifs sur soi : « *pour lui (le policier) le préservatif est la preuve matérielle irréfutable de cette prostitution. Il nous a fallu un effort titanesque pour qu'il nous laisse en paix* »². Est il utile de rappeler à ce propos que l'organisation d'un focus groupe avec les HTS/HSH a pris beaucoup de temps et a demandé des mesures de précautions strictes par peur d'être arrêtés ? Tous ces facteurs exacerbent le risque d'exposition au VIH³. Toutefois, selon des acteurs clés interviewés, la police qui connaît parfaitement les lieux de prostitution, se montre complaisante dans l'application de la loi ce qui pourrait aider les ONG à une meilleure collaboration avec les forces de l'ordre.

1 - Latifa, 35 ans, Gafsa

2 - Fethi, 20 ans, Sousse

3 - Strathdee SA et al. Substance Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1 July 2015; Volume 69

- *Les politiques et programmes*: les interviews avec les acteurs clés ont permis de conclure à l'absence de politiques spécifiques aux populations clés. Certes, le ministère des affaires sociales dispose d'un programme national d'appui aux familles nécessiteuses (PNAFN) et c'est dans ce cadre d'ailleurs qu'il octroie une aide financière mensuelle de 150 dinars aux FTS/ mères célibataires en leur qualité de mères célibataires et non en leur qualité de FTS comme le précise bien la représentante du Ministère des Affaires Sociales. D'un autre côté, les problématiques pressantes qui sont apparues pendant la phase de transition démocratique après la révolution de 2011, ont orienté les priorités des politiques tout comme de la société civile vers d'autres thématiques aux dépens de ces groupes vulnérables.
- *L'environnement social*: la pauvreté, le faible niveau d'instruction, l'échec scolaire, les fréquentations à risque en milieu scolaire et dans le quartier ainsi que l'exclusion sociale, ont été tous identifiés à travers les focus groupes avec les travailleuses du sexe comme des barrières à l'intégration sociale, à la sécurité financière, à l'accès à l'information et aux services SSR en général. Les facteurs socioéconomiques constituent un double défi car (i) d'une part, les focus groups et les études ont montré que la pauvreté et/ou l'usage de drogues a poussé nombre de personnes à devenir TS et (ii) d'autre part, une fois dans le monde du TS, la personne ne peut plus quitter même si elle le désire pour absence d'alternative lui assurant au moins le même niveau de vie. Les FTS/UDI représentent le sous groupe le plus fragile et dont la précarité sociale et psychologique sont pratiquement « effrayantes ». Selon le Comité National français sur le sida, la vulnérabilité sanitaire dont peuvent être victimes les TS résulte moins de comportements jugés « déviants » que d'un environnement social susceptible d'entraver l'utilisation

des outils de prévention et de conduire à des prises de risques en matière de santé¹. L'appui économique apparait comme une stratégie efficace sur la réduction des comportements à risques et la prévalence même du VIH et des IST. A ce propos, selon une étude menée au Kenya sur l'évaluation de l'effet de l'appui économique à un groupe de TS sur la réduction des comportements à risque d'infection au VIH, le nombre de partenaires sexuels tout venant a diminué de 44% (à partir d'une moyenne hebdomadaire de 3.26 partenaires) tandis que le nombre de partenaires sexuels réguliers a diminué de 63% (à partir d'une moyenne hebdomadaire de 1.96 partenaires). La proportion de TS n'utilisant pas le préservatif avec leurs partenaires réguliers a baissé de 11.4% à 3.7 % et le pourcentage de la population étudiée mentionnant un épisode d'IST au cours des six derniers mois a chuté de 17.5% à 8.07%².

- *Qualité des prestations institutionnelles en matière de SSR*: de nombreuses femmes TS et tous les HTS/HSH ont déclaré se sentir totalement dépaysés quant ils vont aux structures publiques. Ils se sentent objet d'un regard discriminatoire, et pour quelques unes, objet de propos malveillants. Les prestations de service des structures officielles sont jugées de qualité médiocre et superficielle, l'écoute et l'accompagnement psychologique quasiment absents et le personnel mal formé pour ce type de service. En conséquence, la défaillance de la qualité des services telle que jugée par les TS, constitue un obstacle réel à l'accès aux structures de santé publiques. Manifestement,

1 - Conseil National du sida (CNS ; France). VIH et commerce du sexe garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. 2010 (in : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2010-09-16_avi_fr_prevention.pdf)

2 - Margaret Nduta. Socio-cultural and economic factors that influence access and utilization of antiretroviral drugs among people living with hiv/aids, Kenya (in: <http://www.sahara-wa.org/conference/abstrapresente.pdf>)

les ONG offrent un meilleur accès aux services de prévention mais la faible couverture géographique prive de nombreux TS de leurs services. Au Sénégal, l'offre de services réguliers de prévention intégrée et non stigmatisant à 769 travailleuses du sexe officielles et clandestines a permis de baisser la prévalence des IST de 21,5% en 2002 à 5,9% en 2004¹. Aussi, lorsque le gouvernement jamaïcain a mis en place un paquet de services prenant en compte tous ces facteurs au profit des TS femmes depuis 1989, la prévalence du VIH chez cette population a baissé de 20 à 12% entre 1989 et 1994, à 9% en 2005, ensuite 5% en 2008 et 4.1% en 2011². De façon plus générale, les études ont montré que des programmes de prévention du VIH mis en place dans le cadre d'une approche basée sur l'autonomisation des travailleurs du sexe, permettent l'appropriation collective de ces programmes et l'atteinte de résultats plus efficaces contre le VIH et de surmonter les obstacles sociaux et structurels à leur état de santé général et leurs droits (lois criminalisant le TS, contraintes de financement, stigmatisation, discrimination, violence)^{3, 4, 5, 6}.

- Les barrières individuelles :

- *La violence* : La violence physique (et parfois sexuelle comme c'est le cas des FTS/UDI) subie est l'un des traits caractérisant

1 - Papa Gallo Sow. Conditions Sociales de deux cas de personne vivant avec le VIH, Sénégal (in: <http://www.sahara-wa.org/conference/abstrapresente.pdf>)

2 - Bailey A. et al. A Framework for Sexual Decision-Making Among Female Sex Workers in Jamaica. Arch Sex Behav. 2015 Apr 3.

3 - Kerrigan D. et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. Lancet. 2015 Jan 10;385(9963)

4 - Swendeman D. et al. Empowering sex workers in India to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted diseases. Soc Sci Med. 2009 Oct;69(8):1157-66.

5 - Chersich ME. Et al. Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. J Int AIDS Soc. 2013 Mar 4;16:17980.

6 - Wilson D. HIV Programs for Sex Workers: Lessons and Challenges for Developing and Delivering Programs. PLoS Med. 2015 Jun 16;12(6)

les rapports sociaux des TS avec d'autres acteurs sociaux (agent de police, revendeur de drogue, membre de la famille). Le statut social et légal ne leur permet pas de l'affronter ou de l'éviter ce qui aggrave les séquelles et les traumatismes vécus par ces personnes. La violence sexuelle contribue à augmenter ainsi le risque d'exposition à l'infection au VIH¹. Alors que la réduction de la violence contre les travailleuses du sexe semble avoir un impact significatif sur la réduction des nouvelles infections chez les travailleuses du sexe et de la population adulte en général dans les deux types d'épidémies généralisées et concentrées. En effet, une étude menée au Kenya et en Ukraine a montré que lorsque les violences physiques ou sexuelles contre les TS sont réduites, l'incidence du VIH baisse de 25% chez cette population². Dans le même sens, une étude par modélisation a montré que l'élimination de la violence sexuelle seule pourrait éviter 17% des infections à VIH au Kenya et 20% au Canada là où la prévalence du VIH est élevée chez les TS³. D'un autre côté, lorsque la police coopère avec les éducateurs pairs qui travaillent avec les ONG, l'utilisation des préservatifs peut augmenter, et les violences ainsi que l'infection parmi les travailleurs du sexe peuvent être réduites.

- *Faible estime de soi* : la culpabilisation ressentie chez certaines FTS d'avoir transgressé les valeurs sociales et la violence subie, entraînent des traumatismes psychologiques, le mépris du corps qui se transforme en un « sac de frappe » pour l'agresseur et un moyen de travail pour elles et la diminution de l'estime de

1 - PNUD. Global commission on HIV and the law: risques, droits et santé. 2012

2 - Decker MR, et al. Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise. Am J Reprod Immunol. 2013 Feb;69 Suppl 1:122-32.

3 - Shannon K, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. Lancet. 2015 Jan 3;385(9962):55-71

soi. A ce propos, une étude comparative entre deux groupes de FTS en Malaisie, un groupe de musulmanes et un groupe de non musulmanes, a montré que les non musulmanes avaient une meilleure estime de soi que les musulmanes qui avaient de plus fortes idées négatives les prédisposant à la dépression¹. En revanche, les experts s'accordent à dire que l'estime de soi aide à consolider la confiance en soi, à accroître la notion de compétence perçue, à motiver la protection de soi et donc à adopter des comportements à moindre risque d'infection à VIH/IST.

- *Le rapport avec l'argent* : les focus groupes avec les FTS et HTS ont montré que tous et toutes ont un rapport fort avec l'argent qui prime devant l'obligation de se protéger contre les risques d'infection à VIH/IST et ce, quelque soit la finalité de ce rapport: subvenir à ses besoins de base ou aux besoins d'un enfant à charge, améliorer son train de vie ou encore se payer la dose de drogue. Le rapport avec l'argent crée aussi la concurrence interpersonnelle et l'acceptation de rapports sexuels non protégés avec des clients qui refusent de porter le préservatif. Pour toutes ces raisons, gagner plus mérite de se protéger moins. Paradoxalement à ce comportement, attraper une MST est jugée très négativement comme étant fortement nuisible aux « affaires » par les FTS et particulièrement des FTS autorisées qui se voient empêchées de travailler par décision du médecin contrôleur de la maison close tant qu'elles ne sont pas guéries et le cas échéant, dispensées de travailler définitivement si elles sont dépistées séropositives au VIH. Mais ce paradoxe pourrait offrir un point d'entrée

1 - Nasir R.&Al. Psychological factors of Self-Esteem and cognitive Distortion in Prostitution. World Applied Sciences Journal 12 (Special Issue of Social and Psychological Sciences for Human Development): 35-39,2011

aux programmes de prévention en vue d'aider ces groupes à changer de comportement.

- *L'usage de drogues injectables* : la dépendance aux drogues est un grand facteur de vulnérabilité et d'aliénation. C'est un obstacle de taille à la négociation de rapports sexuels protégés et même à la sécurité de la FTS. En fait, c'est la dépendance aux drogues qui a amené ces femmes à exercer le travail du sexe rien que pour avoir le prix de la « dose » « الضريبة » et subvenir aux besoins de base.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette enquête qualitative a permis de mettre en évidence les principaux facteurs de vulnérabilité à l'origine de ces problèmes, qu'ils soient de nature juridique, épidémiologique, économique ou sociale.

Sur le plan juridique, la Tunisie dispose d'une législation qui autorise le travail du sexe à condition que celui-ci soit pratiqué dans des maisons closes et placé sous le contrôle du Ministère de l'intérieur. En revanche, cette législation interdit le travail du sexe clandestin, les rapports sexuels des hommes avec des hommes et la consommation de drogues. Seulement, après la révolution du 14 janvier 2011, la majorité des maisons closes ont été contraintes à la fermeture, il n'en restait que deux maisons rassemblant quelques dizaines de FTS tandis que l'essentiel du travail du sexe est resté clandestin hors d'accès aux programmes de SSR et de prévention du VIH. Le code de protection de l'enfance, qui constitue un acquis pour l'enfant tunisien, comporte toutefois une contradiction majeure: d'une part, il considère l'enfant victime d'exploitation sexuelle commerciale comme un enfant en danger ou menacé et d'autre part, l'enfant trouvé en situation d'exploitation sexuelle commerciale, est considéré, selon le même code, comme enfant en conflit avec la loi et risque la détention pour cause de « prostitution ou incitation à la débauche ».

La situation épidémiologique du VIH montre d'ailleurs que la Tunisie tend à être un pays à épidémie concentrée au sein des populations clés et que si les interventions de prévention et prise en charge actuellement mises en place dans le cadre du programme d'appui avec le GFATM ne sont pas renforcées, l'épidémie du VIH risquerait de connaître des flambées chez ces populations.

D'autre part, l'enquête a permis de tracer le parcours du travail du sexe chez différentes catégories de professionnels hommes et femmes. Ce parcours comporte un tronc commun marqué par la pauvreté et jonché de violence sous toutes ses formes, de dislocation familiale et de faible encadrement parental, d'antécédents de fugues à répétition, d'échec scolaire et d'effet d'entraînement vers des comportements à risques sous la pression de pairs aussi bien en milieu scolaire que dans la rue en plus de la stigmatisation et l'exclusion sociale. Ce tronc commun est confirmé par les focus groups conduits avec des enfants et indique en conséquence que si des stratégies efficaces et équitables d'assistance, de protection et de prévention ne sont pas mise en place ou renforcées, le devenir de ces enfants sera cette réalité de précarité vécue par les TS adultes.

A côté de ce tronc commun, il existe des facteurs de vulnérabilité spécifiques à certains groupes : l'usage de drogues injectables comme facteur d'asservissement aux revendeurs et autres clients sexuels, être mère célibataire comme facteur d'exclusion sociale et de surcharge économique, avoir une orientation homosexuelle qui est un facteur de violence par homophobie.

En matière de SSR, les connaissances sont généralement très faibles à quelque exception près chez les HTS/HSH qui sont mieux instruits que les FTS et mieux organisés physiquement et virtuellement à travers les NTCI. Et quelque soit le niveau des connaissances, les comportements sont marqués par le faible usage du préservatif pour multiple raisons: (i) idées reçues sur le client régulier et le client « sain sur apparence propre », (ii) la concurrence interpersonnelle qui oblige certains TS à accepter des rapports sexuels non protégés, (iii) le non accès au préservatif à cause soit de l'insuffisance de capacités des ONG à élargir leurs

champs d'intervention soit par peur de la stigmatisation de la part des professionnels de santé soit encore par peur des poursuites de la police qui tient le préservatif comme la preuve du travail du sexe clandestin contre la personne chez qui elle le trouve.

En plus, le passé chargé d'interruptions volontaires de grossesse, le présent marqué par une maternité précoce à répétition chez des « enfants » âgées de 16 à 17 ans, sont la conséquence de l'ignorance de la physiologie de la reproduction, l'absence totale d'éducation sexuelle et de la difficulté d'accès aux services SSR.

La revue documentaire, les interviews avec les personnes clés et les focus groups avec les différentes catégories de TS ont permis en effet d'identifier des barrières d'accès aux services SSR qui sont de types structurels et individuels. Ces barrières sont surtout:

- ✓ Les barrières structurelles : les normes sociales stigmatisantes, la législation répressive, l'absence de politiques et de programmes visant la prévention, l'assistance et la protection de ces groupes, l'environnement social défavorable, l'insuffisance de qualité des prestations en SSR dispensées dans les structures publiques,
- ✓ Les barrières individuelles : le jeune âge, la violence subie, la faible estime de soi, la concurrence interpersonnelle, l'usage de drogues injectables.

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît primordial de proposer un certain nombre de recommandations pour renforcer l'action en Tunisie, visant à assurer le droit des TS à l'accès aux services de SSR, à la prévention du VIH/IST et à garantir leur sécurité et dignité.

RECOMMANDATIONS :

1. Mise place d'une sous commission de réflexion, de plaidoyer et de suivi.

Cette sous commission spécialisée pourrait émaner du comité national de lutte contre le sida pour rendre l'applicabilité plus plausible en étant plus réaliste et en évitant de multiplier les commissions. L'objectif est d'assurer le droit des populations clés en général et en l'occurrence des TS, à l'accès universel aux soins en SSR. Ses missions et interventions seront adossées au plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida.

2. Mise en place d'un cadre juridique favorable à la prévention du VIH/IST et à la sécurité des TS

Les recommandations des instances internationales vont vers la dépenalisation du travail du sexe comme moyen d'amélioration de leur accessibilité aux soins et de garantir leurs sécurité et dignité. En Tunisie, malgré l'obstacle socioculturel et même politique à la dépenalisation, la mise en place d'un cadre juridique favorable à la prévention du VIH/IST et la sécurité des TS pourrait comprendre :

a) pour les TS clandestins :

La revue des lois (en termes de contrôle et de sanctions), la diffusion de la culture du respect de la dignité et des droits des personnes en détention pour supposé délit quelque soit sa nature, la création et/ou multiplication des espaces et centres d'accueil sûrs ainsi que la protection des droits humains des TS et des consommateurs de drogues injectables à la santé, devraient améliorer sensiblement l'accès sécurisé de ces populations aux services de soins.

Les TS doivent aussi bénéficier d'une sensibilisation et d'un

soutien dans le domaine des droits ainsi que de l'amélioration des mécanismes d'accès à l'assistance juridique pour développer des capacités en matière de réclamation de leurs droits et de poursuite en justice des agressions subies et délits enregistrés à leur encontre.

Le renforcement des capacités dans le domaine du respect des droits humains, de l'intégrité physique et psychique devrait toucher également les prestataires de soins et les agents de police en vue de les impliquer davantage dans la réduction de la vulnérabilité des TS et par conséquent dans le renforcement de la prévention des IST et du VIH dans le pays.

b) pour les FTS autorisées :

la révision des textes législatifs relatifs au commerce du sexe autorisé en vue de renforcer les droits des FTS autorisées, de réduire leur vulnérabilité vis-à-vis de la restriction imposée à leurs libertés individuelles afin de leur garantir l'accès à un paquet de soins intégrés les protégeant contre les risques professionnels auxquels elles sont exposées, selon une approche respectant leur dignité (préservatif, dépistage volontaire et non obligatoire du VIH, traitement des IST, vaccination contre l'hépatite B, etc.),

c) pour les enfants victimes d'exploitation sexuelle à visée commerciale :

La révision du CPE en vue d'intégrer la notion de « l'enfant victime » qui permettra de protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et ne plus traiter les enfants en « situation d'exploitation sexuelle commerciale » comme des enfants en conflit avec la loi. Il est vrai que la protection de l'enfant contre un environnement familial et social le mettant en danger d'exploitation sexuelle commerciale est une mesure qui s'impose parfois mais son placement dans un centre correctionnel risquerait

de nuire à son développement psychologique surtout lorsque la prise en charge globale et intégrée est insuffisante et le suivi après la fin de la période de placement fait défaut.

3. Renforcement des interventions institutionnelles gouvernementales et non gouvernementales

Les interventions proposées ici ne sont pas exhaustives mais seraient prioritaires :

a) Au niveau des institutions gouvernementales :

- Approuver la réouverture des maisons closes en vue d'appuyer la légalité du travail du sexe et l'accès aux services de santé,
- Elaborer un code de conduite, obligeant le port du préservatif par les clients dans les maisons closes,
- Faire bénéficier les personnes exerçant le travail du sexe du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles,
- Professionnaliser les intervenants du terrain en vue de réduire les attitudes de stigmatisation et de discrimination et éviter le harcèlement des travailleurs du sexe. Il s'agit en particulier des travailleurs sociaux, professionnels de santé et agents de police.
- Apporter un appui technique et financier aux personnes qui cherchent une alternative au travail du sexe par des projets générateurs de revenus,
- Mettre en place un mécanisme de prévention et de gestion des fugues d'enfants de leur domicile familial afin de les protéger contre les comportements à risques et pressions négatives,
- Renforcer l'insertion socioéducative des enfants en conflit avec la loi avant et après la détention en vue de prévenir les récidives,
- Institutionnaliser le travail en réseaux des intervenants sociaux.

b) Au niveau des ONG :

Avec le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida, des associations ont été créées afin de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans un contexte marqué par la montée de l'épidémie et la progression des stigmates associés. Ces associations sont actives et ont acquis de l'expérience dans le travail de proximité avec les populations clés dont les travailleurs du sexe hommes et femmes. Toutefois, le travail du sexe clandestin reste largement dominant sur le travail du sexe légal surtout après la fermeture d'un nombre de maisons closes depuis 2011, les capacités des ONG, en tant que principaux acteurs clés appropriés, ont besoin d'être renforcées pour mener des interventions de changement environnemental et comportemental en faveur des TS.

Ces ONG devraient être renforcées, encouragées et appuyées pour intervenir à différents niveaux :

- *Mettre en œuvre des stratégies individuelles* avec les travailleurs du sexe eux mêmes, à partir de leur expérience propre et des savoirs transmis par des éducateurs pairs, comportant des *interventions comportementales* pour les protéger contre les risques professionnels sur leur santé. L'instauration de projets dits « par le bas » ou « bottom up » à l'échelle locale, pourraient aider à l'auto-organisation et l'empowerment des TS. En plus, ces petits projets « bottom up » sont souvent moins coûteux que des projets de grande envergure¹.

- *Mener des actions collectives de plaidoyer* pour (i) avoir un cadre juridique favorable à la prévention des IST et du VIH et au respect

1 - Bugnon G. et al. Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances. Best practices et recommandations. Volet 1. Revue de la littérature. Sociograph N°5a. 2009

de la dignité des TS ; (ii) appuyer économiquement les TS qui s'engagent dans les stratégies d'intervention comportementale à la lumière des résultats d'études qui ont montré une amélioration des indicateurs de prévention chez les TS qui ont bénéficié d'un tel appui.

- Organiser des rencontres avec les ONG de traditions sociales afin de les encourager à adopter une approche globale d'appui et d'intégration à ces populations, à l'instar de cette *association du développement dans l'une des régions* (rapportée lors d'un entretien avec un acteur clé) qui appuie des FTS et des mères célibataires mais de manière camouflée de peur d'être elle-même stigmatisée et empêchée de travailler.
- Eu égard à l'utilisation de plus en plus croissante des réseaux sociaux sur Internet, les ONG et autres activistes du domaine pourraient saisir cette opportunité ou renforcer leurs interventions pour diffuser des messages sur le « safer sex » (sexe plus sûr) ciblant notamment les personnes les plus difficiles à toucher dont les clients anonymes de HTS qui ne veulent pas s'afficher.

4. Mise en place d'un paquet d'interventions comportementales et d'actions de soutien socioéconomique

Les interventions comportementales sont particulièrement efficaces dans la réduction de l'incidence du VIH et des IST chez les TS¹. Les interventions comportementales comprennent l'éducation, la communication, le dépistage volontaire du VIH, l'utilisation systématique du préservatif, des programmes de

1 - Wariki WM. Et al. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15

lutte contre l'abus d'alcool et de substances addictives etc. A ce propos, la commission ONUSIDA-Lancet a proposé des interventions comportementales « pour les populations exposées à un risque élevé dans les zones à forte incidence du Kenya » dont des extraits intéressants les groupes cibles de la présente étude sont en annexe (*voir annexe5 : Interventions biomédicales, comportementales et structurelles pour la réduction de la vulnérabilité des populations clés proposées par la commission ONUSIDA-Lancet 2015*) vu l'applicabilité de ces interventions dans le contexte tunisien.

Dans les interventions comportementales, il est important de ne pas considérer seulement la perception du risque, la perception des relations intimes et la perception du contrôle comme facteurs influençant la prise de décision dans la sexualité mais de prendre en considération aussi les facteurs comme l'existence de violence ou de dépendance aux drogues, la vulnérabilité socio-économique et le cadre législatif et politique qui influent tous sur la capacité des TS à prendre des décisions pour se protéger contre le VIH¹.

A cet effet, les FTS ont exprimé clairement leur disponibilité à participer à tout événement qui pourrait avoir des répercussions positives sur leur situation.

5. Encourager les études et recherches

- Encourager les sociétés savantes, les associations de droits, de santé et d'appui social à faire de la recherche socio-comportementale pour comprendre les facteurs et les déterminants structurels de la

1 - Scorgie F et al. Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in sub-saharan Africa: a systematic review. *AIDS Behav.* 2012 May;16(4):920-33.

transmission du VIH (allocation de crédits, facilitation de l'accès) et avoir une meilleure connaissance en particulier des formes du travail du sexe les moins visibles ainsi que des populations clés en général car le lien existe entre les trois populations.

- Les spécialistes en sciences sociales devraient être particulièrement encouragés à s'intéresser aux clients de FTS et de HTS sur lesquels, très peu de données sont disponibles et qui ne concerneraient que l'aspect relatif à la demande du service sexuel et la nature des rapports qu'ils entretiennent ou qu'ils désirent avoir avec les TS.

- L'ouverture mutuelle du ministère de la justice et du ministère de l'intérieur sur l'université et vice versa serait utile pour permettre de réaliser des études sur l'exploitation sexuelle commerciale des enfants et adolescents à partir des données provenant des dossiers d'enfants en contact avec la loi, approfondir la recherche sur le borderline entre traite des personnes et travail du sexe, pousser les réflexions sur certains aspects d'ordre juridique quant à la considération de l'exploitation sexuelle commerciale de l'enfant dans le CPE et leur application dans la réalité ainsi que sur les obstacles juridiques à l'accès des jeunes aux services SSR.

ANNEXES

Annexe1 : Guide d'entretien

Personne interviewée :

Fonction :

Organisation/Ministère:

Adresse :

Téléphone fixe/Mobile :

Email :

Date de l'interview :

Observations et commentaires :

Questions	Réponses
Vulnérabilité socio économique/ accès aux services de SSR	
1. Disposez vous d'informations / données sur le travail du sexe ? Demander les documents si disponibles ou demander pourquoi si pas d'infos	
2. Avez-vous une politique/programme/stratégie spécifiques aux TS. Si oui, demander les documents correspondants ; si non pourquoi pas ?	
3. Recevez-vous des demandes de services de la part de TS ? si oui, de quel type ?	
4. Dispensez-vous des services à ce groupe ? Si oui, quels types ? Si non, pourquoi ?	
5. Pensez- vous ou avez-vous des données sur l'utilisation de vos services par les TS ?	
6. Comment expliquez vous la non utilisation ou le manque d'utilisation de vos services par les TS ?	

7. Que faites vous ou comment faire pour améliorer la couverture par vos services ?	
8. Comment évaluez-vous leur vulnérabilité?	
9. Quelle est votre responsabilité dans la réduction de leur vulnérabilité ?	
10. Est-ce que vous avez des actions concrètes pour réduire leur vulnérabilité ? si oui lesquelles ? sinon pourquoi ?	
11. Comment évaluez-vous la responsabilité de ces personnes pour réduire leur propre vulnérabilité ?	
12. Pensez vous qu'elles ont les capacités pour réduire la vulnérabilité ? si oui, comment ? si non, pourquoi ?	
13. Quelles sont vos propositions pour réduire la vulnérabilité de ce groupe et améliorer l'accès à vos services ?	

Vulnérabilité sur le plan légal	
14. Disposez vous d'informations / données sur le travail du sexe ? Demander les documents si disponibles ou demander pourquoi si pas d'infos	
15. Quels sont les textes législatifs qui abordent la question du TS ? demander des copies	
16. Comment évaluez-vous le traitement du TS dans la législation tunisienne ?	
17. Pensez vous que cette législation permet de réduire le TS ?	
18. Avec cette législation, un TS victime de violence peut il porter plainte sans avoir peur d'être poursuivi ? comment ?	
19. Des études et des entretiens avec des TS montrent qu'ils sont souvent victimes de harcèlement de la part de policiers, quelle est la responsabilité de votre département pour les protéger ?	
20. Quelle est votre opinion sur la dépénalisation du TS (qui améliore l'accès aux soins, réduit les risques de maladies?)	

<p>21. Si la dépenalisation du travail du sexe est irréalisable dans notre contexte actuel, les comportements sexuels consensuels de nature privée entre adultes, y compris les rapports sexuels entre personnes du même sexe peuvent ils rentrer dans le cadre de la vie privée et donc dépenalisés ?</p>	
<p>22. Le code de protection de l'enfance est il suffisamment clair et tranchant vis-à-vis de l'exploitation sexuelle de l'enfant ?</p>	
<p>23. Comment expliquer que d'une part le CPE protège l'enfant contre l'exploitation sexuelle et d'autre part, on arrête des enfants pour prostitution et/ou incitation à la débauche ?</p>	
<p>24. Que proposez-vous enfin pour que la législation tunisienne n'entrave pas l'accès aux soins, aux services de prévention et de promotion de la santé et de protection contre la violence ?</p>	

**Annexe 2 : Liste des personnes ayant participé
aux entretiens individuels et/ou collectifs**

Organisme	Partenaire	Fonction
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES		
Direction de Défense Sociale	Naima Jelassi	Directrice de défense sociale/DGPS
MINISTERE DE LA FEMME DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE		
Corps des Délégués à la Protection de l'enfance (DPE)	Hamadi Mihyar	Délégué général à la protection de l'Enfance
MINISTERE DE LA JUSTICE		
Direction de rééducation et de réhabilitation	Youssef Tliba	Directeur
Centre d'Etudes Juridiques et Judiciaires (CEJJ)	Raoudha Laabidi	Juriste chercheur, présidente de la cellule de criminologie
MINISTERE DE LA SANTE		
DSSB	Hayet Hamdouni	Coordonnatrice du PNLS/IST
ONFP	Mohsen Hassen	Directeur de la communication
	Fatma Temimi	Médecin ; Sous Directrice des activités sur le terrain (Direction des services médicaux)
	Amal Hamdeni	Sage femme à la Sous Direction des activités sur le terrain
	Ammar Hamdi	Membre de l'UGP/ GFATM
CCDAG 9 avril Tunis	Sami Kooli	Médecin responsable du CCDAG
	Imen Ktari	Assistante sociale

	Téléphone	email	Date d'entretien
	97 612 278	----	17.08.2015
	71 288 173	mihyardpe@yahoo.fr	17.08.15
	99 270 267 Fax : 71 258 032	tlibayoussef@yahoo.fr	19.08.2015
	98 435 650	raoudhazaafrane@gmail	13.08.2015
	98 488 316	hhayet.pnls@gmail.com	12.08.2015
	98 963 502	adneneoudai2002@yahoo.fr	10.08.2015
	98 474 385	fatma.temimi@yahoo.fr	
	70 72 90 90	amalhamdani92@hotmail.fr	
	71 230 193	ammar.cgf@gmail.com	
	98 483 081	samikooli@gmail.com	27.08.2015
	54 730 823	Abdelkefi17@hotmail.com	

Organisme	Partenaire	Fonction
MINISTERE DES AFFAIRES RELIGIEUSES		
Direction des Etudes, de la Formation et de la Recherche	Naoufel Jrad	Sous directeur
AGENCES DES NATIONS UNIES		
ONUSIDA	Mohamed Lassaad Soua	Chargé pays
UNFPA	Leila Joudene	Représentante Assistante
ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES		
ATLMST/sida Tunis	Mohamed Ridha Kamoun	Président
ATLMST/sida Sfax	Abdelmajid Zahaf	Président
ATIOST	Hedia Chaouechi	Présidente
	Melle Olfa Redissi	Trésorière
PERSONNES RESSOURCES		
Pr Abdelmajid Ben Hamida		Chef du service Médecine Communautaire et Epidémiologie à l'Hôpital Charles Nicolle
Pr Mohamed Hsairi		Chef du service Epidémiologie à l'Institut Salah Azaiez
SECTEUR PRIVE		
Dr Ouafi Marrakchi		Gynéco-obstétricien

	Téléphone	email	Date d'entretien
	98 968 740 Fax : 71 511 544		26.08.2015
	71 155 636 29 156 256	soual@un aids.org	31.07.2015
	98 476 150	joudane@unfpa.org	17.08.2015
	98 303 442	kamoun.ridha@rns.tn	05.08.2015
	26 203 500	zahaf.abdelmajid@yahoo.fr	05.08.2015
	98 485 757 71 957 544	atios@hotmail.com	06.08.2015
	71 957 544	---	
	98 340 562	ambenhamida@gmail.com	31.07.2015
	20 211 257	mohamed.hsairi@yahoo.fr	04.08.2015
	98 373 901	marrakchi.ouafi@planet.tn	10.10.2015

Annexe3 : Guide d'animation des focus group

Questions du FG

II.1 Introduction (15 mn)

- Se présenter et demander au groupe de le faire en leur laissant le choix de donner leur prénom ou un faux
- Présenter le cadre et les objectifs du FG
- Faire une brève séance de brise glace et mise en confiance
- Informer sur la durée du FG et sur l'enregistrement des discussions
- Rassurer le groupe sur la confidentialité et l'anonymat
- Noter les informations générales sur le fiche d'identification (cf pièce jointe)

II.2 Travail du sexe (30 mn)

- Age du début : si < à 18 ans, demander pourquoi ; qui a ou qu'est ce qui a motivé de le faire ; qui a profité des revenus
- Le TS a-t-il été une conséquence de la rupture scolaire ou la raison de celle-ci ?
- Comment était l'environnement familial et social durant l'enfance ? (relations intrafamiliales, niveau économique, notion de violence)
- Etes vous satisfait(e)s du travail du sexe ? Pourquoi ?
- Exercez vous le TS par choix ou par obligation ? Pourquoi dans les deux cas ?
- Comment trouvez-vous le regard des autres pour le TS? Est-ce que cela vous dérange ? Pourquoi ?
- Où ce que vous exercez vos activités ? (dans des appartements, des hôtels, des bars, des voitures, des espaces ouverts)

- Quels sont vos rapports avec les clients ? payent-ils le service ? Comment faites-vous quand ils ne payent pas ?
- Avez-vous été victime de violence (expliquer les différents types de violence) ? comment avez vous géré la situation ? Avez-vous Porté vous plainte ? si oui, comment s'est la police comportée avec votre plainte ? Sinon, pourquoi ? (essayer de relever des succes stories de TS qui pourraient servir de modèles s'il y en a).
- D'après vous, que doit faire un (e) TS quand elle est victime de violence ?

II.3 Santé et accès aux services de SSR

- Comment évaluez-vous votre état de santé ? si l'animateur détecte des signes de stress, il essaiera d'en avoir des explications
- Si les participant(e)s évoquent spontanément la SSR, demander : où est ce que vous consultez quand vous avez un problème ?
- Si non, demander si leur travail les expose à des risques et lesquels ? Est-ce qu'elles (ils) prennent des mesures de prévention ? Lesquels ? Si non, pourquoi ? (évoquer le dépistage du VIH, le préservatif, le traitement des IST, la prise en charge en cas d'infection à VIH) et relever si elles (ils) connaissent ces services
- En fonction des réponses, demander : qu'est ce qui vous empêche de consulter ? (essayer de relever les obstacles individuels et les obstacles structurels)

II.4 Besoins, attentes, suggestions

Demander à la fin aux participant(e)s par des questions ouvertes d'exprimer leurs besoins et leurs attentes et de proposer aussi des suggestions ne dépendant que d'elles pour améliorer leur SSR.

Annexe 4 : Synthèse des résultats des focus groups

Remarques méthodologiques

Nombre total des TS rencontrés :

Répartition par gouvernorat : *Tunis* *Sousse* *Sfax* *Gafsa*

Nombre total de séances de FG réalisées :

Répartition par gouvernorat : *Tunis* *Sousse* *Sfax* *Gafsa*

Période de l'exécution des séances de FG : du au

Remarques spécifiques

Elles sont au nombre de trois :

1 - la grande difficulté d'établir le contact avec la population cible et d'en convaincre parmi elle quelques personnes pour participer à cette enquête. Il fallait en outre s'assurer de leur pleine adhésion afin de garantir le maximum de fiabilité aux informations récoltées.

2 - le cadre/espace qui ne se prêtait qu'assez faiblement au bon déroulement de ce type d'animation

3 - la lourdeur de la bureaucratie et la complexité des procédures administratives qui faisaient perdre un volume de temps consistant.

4 - il a fallu dépenser trop d'énergie et s'impliquer de façon très personnelle pour arriver à faire dégager l'ensemble de ces entraves rencontrées. Cela soulève le type de problèmes que rencontre la recherche scientifique surtout dans sa phase de terrain.

Conclusions générales

1) Traits généraux des TS

Toutes les TS rencontrées sont des fumeuses de longue date (plus de 5 ans) voir même de grandes fumeuses (2 à 3 paquets par jour). Presque la moitié d'entre-elles boivent régulièrement et toutes ont déclaré le faire occasionnellement ou si le « travail » l'exige.

Le taux des fumeurs parmi les TS hommes est moindre 70 à 80 %. Les 4/5 d'eux déclarent boire régulièrement et presque la moitié d'entre eux fument le cannabis.

Pour les groupes de clandestines le profil général est plutôt classique à savoir des origines familiales modestes ayant de forts problèmes sociaux (violence, divorce, état nécessiteux ou de pauvreté...). Ceci est associé à une forte dégradation des liens affectifs avec la famille et des forts besoins financiers (surtout dus au divorce). L'échec scolaire/ universitaire (lui-même explicable) et le chômage pré-carrière TS domine comme caractéristique de ce groupe. Les mêmes traits généraux se répètent chez les TS hommes mais avec une autre spécificité concernant le niveau d'instruction beaucoup plus élevé chez par rapport aux femmes.

La quasi-totalité des TS présentes déclarent n'avoir aucune chance de changer de métier même si nombre d'entre elles le souhaitent. La plupart pensent que leur âge ne leur permet plus une reconversion professionnelle. On a compris qu'une des TS « pense » reprendre des études et qu'une autre financer un projet individuel. Pour celles ayant des enfants à charge, subvenir à leurs besoins demeure le souci principal. L'absence d'un projet individuel futur caractérise les propos de la majorité des TS. Trois interrogées « rêvent » de fonder une famille et de se marier ; elles pensent qu'elles peuvent rompre avec ce métier si elles rencontrent une personne avec qui

elle s'entendraient (comprendre dans le sens de ne point divulguer ce lourd passé ou de l'accepter en tant que tel.)

Pour les hommes, c'est plutôt le souci de l'insertion professionnelle qui est vécu. Ceci est lié au fait que leur majorité ont poursuivi des études supérieures ou ont un diplôme universitaire.

En fait, les TS ont assez de points commun avec le projet de vie de tout un chacun. La singularité de leur travail ne fait pas d'elles des femmes ou des hors du commun. Leurs trajectoires tant communes qu'individuelles sont perçues comme étant des parcours de vie où la place dominante est octroyée à « la fatalité », « la chance », « le devenir tracé », « la vie difficile ». Dans le lexique et formulations verbales employées, on remarque la récurrence d'expressions communes telles « si Dieu le veut » ou « à chacun est tracée une vie à laquelle on ne peut échapper » .

La violence physique subie est l'un des traits caractérisant les rapports sociaux des TS avec d'autres acteurs sociaux (agent de police, revendeur de drogue, membre de la famille). Le statut social et légal ne leur permet pas de l'affronter ou de l'éviter ce qui aggrave les séquelles et les traumatismes vécus par ces personnes. Ayant peur d'affronter des poursuites judiciaires si elles portent plainte, les TS paient un lourd tribut en termes de traumatismes psychologiques.

La vie en commun remarquée chez ces groupes est une forme de réponse-défense face à un environnement jugé agressif à leur rencontre. Cela répond aussi à des exigences d'organisation de travail et d'amortissement du coût. En fait c'est aussi une preuve de forme de solitude ressentie chez une grande frange d'eux bien que la solitude de ces femmes et hommes n'est pas un rythme seulement. C'est un mode de vie marqué par l'absence totale de toute forme de soutien et les faibles ressources matérielles. C'est l'expression de la déqualification sociale.

En fait, ce qui est fort remarquable c'est les changements du profil des TS clandestins (hommes et femmes) qui sont en corrélation avec des mutations sociales au niveau macro. Bien que cette conclusion ne soit pas en comparaison avec d'autres enquêtes, on peut entrevoir sans grande difficulté que le niveau d'instruction et l'âge (tiré vers le bas) sont en fort changement. Les diplômés de l'enseignement supérieur et la tranche d'âge 20/30 sont les deux variables en exergue. En même temps ce niveau est accompagné par un changement du discours tenu par les TS où on remarque des requêtes d'ordre des droits sociaux et civiques et donc entaché par un aspect politisé.

L'expérience dans le domaine démontre que l'accès à ce type de métier se fait de plus en plus pendant la période 15/18 ans. Les récits de vie écoutés démontrent l'enchevêtrement d'une enfance difficile, avec des études rompues et une violence conjugale. Le divorce et l'état nécessairement complètent le tableau du cadre général de l'acheminement vers le travail du sexe. Cependant, ce cadre classique mue et change étant donné l'avènement d'acteurs qui ont vécu dans un cadre socioprofessionnel et socio-familial coupant avec la pauvreté et la précarité au sens classique des termes. L'emploi et le diplôme universitaire marquent quant à eux les nouveaux contours de ce profil général de quelques TS. Pour les UDI rencontrées par contre le schéma classique est fort présent avec un renforcement de conditions sociales actuelles. Ce sont de loin le sous groupe le plus fragile et dont la précarité sociale et psychologique sont pratiquement « effrayantes ».

En forte relation avec ces données, on peut dire sans hésitation aucune que l'école de base et le lycée sont les deux sphères sociales où le premier contact, l'initiation et l'encadrement sont amorcés et lancés. Cela remet totalement en cause le rôle d'éducation sociale de ces deux institutions.

II) Des conditions générales affectant la vie des professionnelles des TS et l'exercice de la profession.

Si des enjeux financiers accompagnent fréquemment les agressions ; il n'en demeure pas moins que la stigmatisation socioculturelle envers les TS en reste une source principale. Le regard porté sur ces personnes est, en fait, une source principale du fort sentiment d'insécurité chez les TS. Leur statut de clandestins accentue leur fragilité quant au besoin sécuritaire. Ils -Elles ne peuvent s'adresser aux organismes officiels de sécurité et demander protection ou déposer plainte du fait de leur situation illégale. C'est bien cela qui justifie que dans leur cas, ils ne déposent qu'assez rarement plainte. Pour ce groupe social, on remarque la faible présence de maquereaux quant à la protection dont ils peuvent jouir. rares d'entre eux ont avoué être sous la protection d'un individu mâle et cela a l'effet de réduire considérablement la rentrée financière et donc leur bénéfice.

Les rapports établis entre l'institution sécuritaire/policière et les TS sont globalement hautement conflictuels. En partie, ces rapports font montrer des formes répandues de violence et de maltraitement. Pis, des histoires de recel et d'« exploitation » sexuelle sont véridiques, fiables et récurrentes. La logique d'oppression est accentuée auprès des TS.

- l'absence d'un emploi fixe (ils et elles s'adonnent exclusivement à ce métier) et donc d'une couverture sociale pèsent lourdement sur leurs charges et coûts qu'ils assument suite à une interruption de leur travail.
- La majorité des TS femmes du bordel ont déclaré souffrir de l'esprit régnant dans les espaces publics qui les « voient » et les « jugent » comme étant des migrantes de l'intérieur, sorte de pieds-noirs. Le terme utilisé est « *barrania* », étrangères. Ce regard de ségrégation sociale n'est pas en relation directe avec leur profession ; mais il accentue plutôt leur sentiment

d'exclusion. En fait ce sentiment est largement partagé avec les clandestines, qui elles aussi, l'ont bien évoqué.

- Globalement les TS du bordel tiennent un discours plaintif quant aux perspectives futures de leur métier. Non seulement leurs revenus s'amenuisent mais ont-surtout- peur de la fermeture du bordel. C'est carrément en terme de gagne pain qu'elles évoquent cette éventualité.

La notion de concurrence est partagée par tous les TS (h/f) rencontrés. L'offre est en pleine expansion mais les prix pratiqués sont source de conflits internes. Il est bien clair que du côté de rentrées d'argent ; les disparités entre les TS hommes et les TS femmes sont plutôt minces. Par contre on remarque des disparités verticales au sein de chaque groupe. Le revenu moyen pour un TS se situe aux alentours de 500 dinars et 2000 dinars. Pour les TS du bordel, les revenus extra sont les plus importants par rapport au revenu fixe et prouvé.

C'est un métier jugé bien lucratif par quelques TS et assez insuffisant par d'autres. Le fait est que le revenu moyen dépasse le salaire moyen tunisien. Pour ceux qui assurent un revenu mensuel se situant entre 500 et 700 dinars, les activités criminelles convergentes leur assure une autre source de revenus.

En fait, les lieux et les espaces dans lesquels s'activent les TS s'entrecoupent avec d'autres où s'activent les délinquants et les acteurs du banditisme. Alors que les TS sont parfois victimes d'autres délinquants (violence, racket, braquage...) ; il s'avère clairement que quelques-uns d'entre eux aussi pratiquent de formes de criminalité (vol, extorsion, vente de drogues douces...). Le croisement de l'activité du métier de sexe avec les activités criminelles s'élargit de plus en plus ce qui doit faire réfléchir sur l'approche d'encadrement et les modes d'accompagnement possibles.

III) Des connaissances en matière de santé sexuelle

Paradoxalement et alors que tomber malade du fait d'une MTS est jugée très négativement, il est jugé comme étant fortement nuisible aux « affaires ». Le corps est ici vu comme moyen de travail. C'est la carrière qui est ressentie endommagée. Le corps est, lui, entretenu- ou doit l'être- moins pour éviter les MTS que pour pouvoir travailler.

Chez la plupart des clandestins, la connaissance des MTS se ressente dans la transmission de quelques ficelles du métier et d'un minimum de culture commune, des uns aux autres et dans la solidarité financière affichée, à divers degrés, quand l'un d'entre eux tombe malade. Ils estiment, que les soins, à cette occasion, « s'élèveraient » à 150/200 dinars. Montant que beaucoup ne peuvent supporter seuls. Se faire régulièrement consulter n'est pas perçu comme étant une chose obligatoire en amont.

Le niveau d'instruction affecte le niveau de connaissance des TS quant à la culture sanitaire et celle des soins ou de prévention.

Les enjeux financiers sont fortement présents au niveau des choix comportementaux de beaucoup de TS. En effet, en face d'un client qui refuse toute forme de protection sanitaire et préventive, la logique dominante est de ne pas perdre ce client et d'accepter d'assurer le service ou parfois de le convaincre d'éjaculer en dehors. Pour la plupart d'entre les TS c'est l'éjaculation interne qui est le risque. Les besoins spécifiques des clients (sodomie, pratique en groupe, fellation et autres demandes spécifiques) restent une source de hautes rentrées financières qu'il ne faut en aucun cas (du moins pour la plupart des TS) assujettir aux exigences sanitaires.

Le corps, les soins esthétiques, la tenue vestimentaire ainsi que les frais de transport (en tant qu'accessoires de travail) priment sur les autres considérations de santé.

Le référentiel culturel et normatif populaire et partagé genre : « adviendra ce qui adviendra même si on se protège, ce que Dieu nous a tracé est inévitable » est très actif au niveau des comportements d'hygiène. La logique commerciale subordonne la conscience sanitaire. Le coût élevé en matière de pratique préventives est vecteur de délimitation comportementale qui s'imprègne de la logique en termes de chiffre et de rémunération ce qui affaiblit le raisonnement en terme de santé ou du moins le relègue en position subordonnée.

IV) De l'accessibilité aux services de soins

Les échanges avec les institutions publiques et autres organismes restent très faibles voire inexistantes. C'est une défaillance structurelle au niveau du fonctionnement des structures de la santé et des soins. Nombreuses les femmes TS qui ont déclaré se sentir totalement dépaycée quand elles vont aux structures publiques. Elles se sentent objet d'un regard discriminatoire et quelques unes objets de propos malveillants. Alors que quelques sages femmes rencontrées au cours de l'enquête présentent de très bonnes qualifications pour le suivi et l'encadrement, le cadre de leur travail et les faibles moyens les amputent d'assurer de bons résultats. Les prestations de service des structures officielles sont de qualité médiocre et superficielle. L'écoute est quasiment absente et le personnel mal formé pour ce type de service. Bien qu'il soit clair qu'il existe un problème de moyens financiers et de matériel, il n'en demeure pas moins qu'il existe clairement aussi un problème de culture et de formation au sein de la structure hospitalière. Les oppositions et les pré-jugements de quelques cadres et médecins et corps paramédical sont facilement repérables. Le même constat d'opposition implicite est valable au niveau de l'administration municipale et allant se renforçant au niveau de l'administration policière.

Le rapport avec les associations ou les ONG est de loin plus constructif dans le sens où cela permet aux TS de bénéficier d'un encadrement rapproché, bien que sporadique et discontinu, et donc de jouir de quelques aides en forme de conseils et d'ustensiles (essentiellement préservatifs) mais aussi et surtout d'informations de santé. C'est l'un des principaux facteurs pour comprendre le type de comportement adopté par les TS en face de cette situation.

Cette situation contribue fortement à l'ancrage de la stigmatisation de cette couche socioprofessionnelle ainsi qu'à sa déqualification sociale en sus de sa marginalisation.

Les TS du bordel autant que celles clandestines, déclarent souffrir de maladies « psychologiques » et/ou physiques telles : le stress, la fatigue chronique, l'insomnie, nervosité accrue, rythme des règles mensuelles.

V) Travail du sexe chez les jeunes

Même s'il n'est plus à démontrer que la délinquance juvénile soit en forte expansion ; il est fort utile de délimiter sa forte progression au niveau du travail du sexe. Le dysfonctionnement de la structure familiale et son incapacité d'assurer pleinement et durablement son rôle social ; la rupture précoce de la scolarité ; l'effritement du référentiel culturel et comportemental des jeunes ; les besoins matériels et financiers non assouvis ; la progression du crime sexuel (inceste, viol, harcèlement) familial ; sont autant de facteurs facilitant cette expansion.

Les jeunes filles sont les plus exposées à ce phénomène et la moyenne de leur âge est en forte baisse.

Trois grands traits caractérisent le travail du sexe chez les jeunes filles : primo il n'est jamais un choix du fait de leur bas âge. Secundo, il a une forme qui mue se mélangeant avec des formes

d'entretien (habitat, vie de groupe, travail domestique...) ; et c'est cette forme complexe qui le rend plus dangereux flirtant avec une forme moderne d'esclavage. Tertio, il est en association avec des formes de délinquance (vol, vente d'alcool...) et donc non isolé, ce qui le rend difficilement extirpable. On trouve pratiquement les mêmes caractéristiques chez les jeunes garçons avec cependant une faible intensité de la forme de l'entretien (l'on pense que la présence de garçons de façon continue au domicile d'un autre jeune ou adulte est exceptionnellement rare).

Au niveau de la santé sexuelle, les jeunes filles sont les plus exposées aux risques (avec en tête le risque de la grossesse et les interruptions volontaires de grossesse) et la moyenne de leur âge qui est en forte baisse aggrave encore ce risque.

L'accès aux soins reste très faible (fait culturel de non dénonciation et rejet familial, peur, faible maturité psycho-personnelle...) et empiré par son niveau de phase post-intervention qui empêche toute action préventive.

Dernière remarque d'ordre statistique : les chiffres officiels (ministère de la santé, ministère de la justice, ministère des affaires sociales) ne doivent être pris que dans leur valeur indicative. Nous restons persuadés que les données réelles les contrediront largement. La dimension culturelle et psychologique de ce phénomène pousse les gens à ne pas porter plainte et à garder en secret « ces histoires qui gênent ». c'est en ce sens que toute action à entreprendre doit prendre en compte cette déficience statistique.

RECOMMANDATIONS URGENTES

1. procéder à un recensement des TS clandestins. (on estime pour notre part, en vulgarisant- que pour les hommes le chiffre se situe entre 3000 et 5000 au bas chiffre, et ce suite à cette enquête. Concernant les TS femmes, ce chiffre est à multiplier par cinq)
2. former quelques sages femmes, infirmières et infirmiers au travail d'accompagnement psychosocial avec ce que cela implique en termes de motivation, de statut professionnel et de perspectives de carrière.
3. installer des antennes locales pour l'écoute et le service social.
4. former des agents de police et d'administration sécuritaire pour le suivi et contrôle.
5. renforcer et encourager les structures médiatrices (ONG et autres associations) à s'impliquer de façon plus consistante dans le travail de terrain et de l'accompagnement de proximité
6. s'ouvrir sur l'espace universitaire et étudiantin pour des missions de sensibilisation au niveau des entités scolaires et lycéennes.
7. s'ouvrir sur les espaces professionnels touristiques et de loisir pour des missions d'échange et d'interactivité relatives à l'instauration d'un encadrement des lieux dépassant la logique informelle de gains financiers sans que cela touche les libertés individuelles et les spécificités culturelles de ces lieux.

Annexe 5: Interventions biomédicales, comportementales et structurelles pour la réduction de la vulnérabilité des populations clés proposées par la commission ONUSIDA-Lancet (2015).

(Vaincre le sida-promouvoir la santé mondiale.

Lancet 2015; 386: 171–218 (p45). Publié Online 25 juin, 2015)

Intervention biomédicale disponible		Intervention comportementale	Intervention structurelle
Milieu communautaire	Milieu sanitaire		
TS			
Utilisation des préservatifs masculin et féminin ; conseil et dépistage fréquents et réguliers du VIH, dépistage des infections sexuellement transmissibles, y compris le dépistage du cancer anal et du cancer du col de l'utérus	Traitement des infections sexuellement transmissibles, traitement du VIH sans tenir compte de la numération des cellules CD4, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, élimination de la transmission mère-enfant ; vaccins contre le VPH	Campagnes pour motiver les personnes dépistées séronégatives à adopter un comportement moins risqué et à demeurer séronégatives ; programme Santé Positive, Dignité et Prévention ; programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de substances	Politique d'utilisation du préservatif à 100 % ; reconnaissance de la séronégativité depuis le précédent dépistage ; promouvoir les droits de l'homme ; espaces sûrs ; soutien économique conditionnel (IMAGE) ; programmes de prévention de la violence sexiste ; sensibilité des prestataires de soins de santé et des agents de police
HSH			
Utilisation du préservatif masculin, lubrifiants ; conseil et dépistage fréquents et réguliers du VIH ; dépistage et vaccins pour les infections sexuellement transmissibles et le VPH	Traitement des infections sexuellement transmissibles, traitement du VIH sans tenir compte de la numération des cellules CD4, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, élimination de la transmission mère-enfant ; vaccins contre le VPH	Campagnes pour motiver les personnes dépistées séronégatives à adopter un comportement moins risqué et à demeurer séronégatives ; programme Santé Positive, Dignité et Prévention ; programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de substances	Droits de l'homme en matière de protection des HSH ; espaces ou centres d'accueil sûrs ; autonomisation du soutien social ; mécanismes de soutien psychosocial ; programmes de prévention de la violence sexospécifique ; formations sur la sensibilité des prestataires de soins de santé et des agents de police

UDI

<p>Éducation par les pairs sur la prévention du VIH ; paquet de services intégré pour les personnes ayant une maladie infectieuse ; conseil et dépistage réguliers du VIH, soins de santé sexuelle et reproductive, dépistage de la tuberculose, du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ; kits d'aiguilles et de seringues stériles ; élimination en toute sécurité du matériel d'injection utilisé ; TAR intégré et thérapie médicalement assistée</p>	<p>Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, élimination de la transmission mère-enfant, planification familiale ; TAR sans tenir compte de la numération des cellules CD4, prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition ; programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ; thérapie médicalement assistée, traitement de la tuberculose, vaccination contre le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C</p>	<p>Conseil en matière de toxicomanie sur l'abus d'alcool et de substances ; pratiques d'injection sans risque ; réduction du nombre de partenaires sexuels ; programme de Santé Positive, Dignité et Prévention ; motivation pour demeurer séronégatif ; programmes de prévention de la violence sexiste</p>	<p>Revue des politiques relatives aux populations clés ; protection des droits humains des consommateurs de drogues injectables, espaces ou centres d'accueils sûrs ; assistance juridique ; mécanismes de soutien psychosocial ou santé mentale ; formations sur la sensibilité des prestataires de soins de santé et des agents de police ; kits d'hygiène de base et soutien aux soins aux enfants pour les consommatrices de drogues injectables ; valorisation économique par le biais de la formation professionnelle et de l'activité génératrice de revenus</p>
---	--	--	---

