



VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE ENVERS

LES PROFESIONNELLES DU SEXE

Étude diagnostique qualitative MADAGASCAR

Rapport final
octobre 2023

Avec le soutien
financier de :



Etude réalisée par :

Ethno Logik

L'anthropologie au service de l'action

Ethno Logik, Amber Cripps
Ando Randrianandrasana
Faramalala Rabemananjara

ambercripps@gmail.com

PRÉFACE

Contexte de l'étude – La présente étude s'insère dans le cadre du projet « *Droits et Santé pour les Professionnel.les du Sexe sur l'axe routier Antananarivo-Tamatave* » mis en œuvre par Médecins du Monde (MdM) et ses partenaires et financé par l'Agence Française de Développement. Médecins du Monde est une ONG médicale qui milite en faveur du droit à la santé et à la justice sociale. Dans ce cadre, MdM mène des projets médico-psycho-sociaux de Réduction des Risques (RdR) et de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) auprès des professionnel.les du sexe (PS) depuis 1991.

MdM intervient à Madagascar depuis 1986 où, depuis 1993, l'organisation est un des principaux acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA. MdM a contribué à la mise en place d'un « Observatoire communautaire de l'accès aux soins VIH pour les populations clés ». Depuis 2017 un projet en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des adolescent.es et des jeunes est mené dans la commune urbaine d'Antananarivo. Début 2022, le projet « *Droit et Santé pour les Professionnel.les du Sexe sur l'axe routier Antananarivo-Tamatave* » a été lancé avec quatre partenaires : AFSA, FIVEMIMAD, SISAL et le Réseau LGBT. Le projet adopte une approche intégrée genre-droits en alliant réponse de santé publique, approche communautaire fondée sur les droits humains et plaidoyer pour donner les moyens aux professionnel.les du sexe (PS) de lever les barrières d'accès aux soins et aux droits en matière de SDRS, notamment en ce qui concerne les violences basées sur le genre (VBG).

Objectifs de l'étude – Peu de recherches ont été menées sur les VBG envers les divers publics qui pratiquent le travail du sexe à Madagascar. Cette étude socio-anthropologique vise à visibiliser les VBG exercées à leur encontre en analysant le vécu de femmes et personnes LGBT, mineur.es et majeur.es, dans la zone d'implantation du projet.

L'objectif est de documenter la typologie des VBG vécues, leur fréquence et leur niveau de gravité tout en identifiant les facteurs de surexposition des PS aux VBG (en termes de conditions sociales, juridiques et matérielles) ainsi que les facteurs de protection. L'étude documente par ailleurs la capacité d'agir des PS face aux VBG autant en termes de protection que de prévention. L'étude aspire également à apporter une compréhension de la perception des VBG par les PS. L'analyse des connaissances et perceptions des services et démarches disponibles, ainsi que du vécu des PS lors de l'accès aux services de prise en charge des VBG (au niveau médical, psychosocial, juridique et au niveau de la police) vise par ailleurs à mettre en évidence les barrières d'accès aux droits et à des services de qualité.

En tant que recherche opérationnelle, la finalité de cette étude est de contribuer à une approche interdisciplinaire de la santé pour identifier les besoins prioritaires et informer la stratégie d'intervention (au niveau prévention, prise en charge, accompagnement et plaidoyer) sur la base du vécu des personnes directement concernées.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

L'utilisation d'acronymes en référence à une personne peut contribuer à sa deshumanisation¹ ; elle est évitée dans ce rapport, à l'exception des acronymes auxquels les personnes concernées s'identifient.

AC	Agents Communautaires
AFSA	Association des Femmes Samaritaines
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ASOS	Action Socio-sanitaire Organisation Secours
BC	Brigade Criminelle
BFP	Brigade Féminine de Proximité
CECJ	Centre d'Écoute et de Conseils Juridiques
CIN	Carte d'Identité Nationale
CPCI	Centre de Prise en Charge Intégré
CSB	Centre de Santé de Base
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHU HJRA	Centre Hospitalier Universitaire Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
DIC	Drop-In Center ou centres d'accueil (ASOS)
ECPAT	End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes
EI	Entretien Individuel
EP	Éducateur.ices Pair.es
FG	Focus Group
FIVEMIMAD	Fikambanan'ny Vehivavy Miavo-tena eto Madagascar
GND	Grossesse Non Désirée
HSH	Homme(s) ayant des rapports sexuels avec un (des) autre(s) homme(s).
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LGBT	Lesbiennes, Gays, Bisexuel.les, Transidentité/transgenre
MdM	Médecins du Monde
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (enquête par grappes à indicateurs multiples)
MSM	Men who have Sex with Men (voire HSH)
PEC	Prise en Charge
PF	Planning Familial / Planification Familiale
PMPM	Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs
PS	Professionnel.le du Sexe
PVIH	Personne Vivant avec le VIH
RdR	Réduction des Risques
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SISAL	Sambatra Izay Salama
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TS	Travail du Sexe
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VBG	Violence(s) Basée(s) sur le Genre

¹ CHELLIG Nacime, « Le « jargon professionnel » comme technique normative du lien social », *Le Sociographe*, 2021/2 (N° 74), p. XXIII-XXXI. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2021-2-page-XXIII.htm>

GLOSSAIRE DU VOCABULAIRE UTILISÉ DANS L'ÉTUDE

Ce rapport vise à éviter toute sur-stigmatisation ou revictimisation des personnes concernées. La terminologie employée est basée sur le positionnement de Médecins du Monde (Mdm) et la terminologie préférée par les personnes directement concernées

Terminologie utilisée		
Travail du sexe	Travail du sexe	Médecins du Monde-France choisit de privilégier l'emploi du terme « travail du sexe » pour désigner l'activité choisie ou contrainte, qui se définit dans des échanges economico-sexuels dont les transactions économiques peuvent être explicites (prestations sexuelles contre de l'argent) ou implicites (services sexuels contre protection, logement, produits psychoactifs, aide à la migration...), quelles que soient les conditions de cet exercice. Cette terminologie est en vigueur dans de nombreuses institutions internationales ² .
	Professionnel.le du sexe ou PS	A Madagascar, la terminologie de « professionnel.le du sexe » est celle adoptée par les personnes directement concernées, par les organisations regroupant ces personnes et dans les études officielles pour faire référence aux personnes qui exercent le travail du sexe. A Madagascar, dans les documents officiels, la terminologie « professionnelle du sexe » fait référence uniquement aux femmes cis-gendre. En accord avec le discours des interlocuteur.ices, le terme « professionnel.les du sexe » ou « PS » ³ est utilisé dans ce rapport pour faire référence aux femmes, aux hommes et aux personnes transgenres majeur.es qui pratiquent le travail du sexe.
	Mineur.es qui vendent des services sexuels / du sexe	L'approche de Mdm est une approche de réduction des risques qui souligne en priorité la nécessité de mettre en capacité les personnes qui vendent du sexe à exercer leurs droits fondamentaux, qu'ils/elles soient mineur.es ou majeur.es et à lutter contre la marginalisation, l'exclusion, la criminalisation et les autres formes de violation de leurs droits dont elles sont l'objet. Mdm réfute ainsi toute approche victimisante au sujet des PS, c'est-à-dire qui part du principe que les PS sont des victimes et doivent être protégé.es, y compris d'eux/elles-mêmes. Les terminologies « mineur.es qui vendent des services sexuels » ou « mineur.es qui vendent du sexe » sont ainsi favorisées.
	Exploitation dans le travail du sexe	Conformément à ses valeurs, Mdm dénonce avec force toute forme d'exploitation, de contrainte, de trafic et de violence exercée à l'encontre des êtres humains. Par ailleurs, conformément à l'approche de réduction des risques qui respecte la parole des personnes concernées, la terminologie « exploitation » est réservée dans ce rapport aux situations où la personne concernée s'identifie comme exploité.e.
LGBT	LGBT	Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Trans. A Madagascar, le terme LGBT est favorisé au terme LGBTQI+ ; pour harmoniser avec l'utilisation de

² Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le Développement, Banque mondiale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Organisation internationale du travail.

³ Cet acronyme est très utilisé par les personnes directement concernées et sera donc repris dans ce rapport.

		termes localement employés (PS, MSM), le choix de préserver le terme LGBT plutôt que LGBTQI+ a été fait ; ceci ne témoigne en aucun cas d'un quelconque manque de volonté d'inclusivité.
	MSM	« Men having Sex with Men ». L'acronyme « MSM » est adopté par les personnes directement – travesties ou non - concernées et préféré à l'équivalent français HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes). Ce rapport respecte cette préférence en utilisant l'acronyme MSM.
	Transgenre et transidentité	Une personne transgenre, a une identité de genre différente du genre assigné à la naissance, contrairement à une personne cis-genre ⁴ . La transidentité, souvent abrégée par le mot « trans », est le fait de ne pas se définir par le sexe attribué à la naissance. Cette étude inclut uniquement des transgenres qui s'identifient en tant que femme.
	Une personne travestie	Une personne qui s'habille dans les habits du genre différent de son genre assigné à la naissance. Dans cette étude uniquement des travesties qui s'habillent en femme ont pu être incluses. Les travestis rencontrés font référence à elles-mêmes en tant que MSM.
	Une personne androgyne	Les personnes androgynes sont des personnes qui se définissent quelque part entre les genres homme et femme, et notamment à travers leur apparence et tenue vestimentaire.
	il, elle, iel	Plusieurs personnes travesties rencontrées lors de l'étude préfèrent être appelées « elle » et « Madame ». Ce choix est respecté dans ce rapport. Lorsque la personne s'identifie parfois en tant que « elle », parfois en tant que « il », le pronom personnel neutre « iel » est utilisé.
VBG	Stealthing	Retrait non consenti du préservatif pendant une relation sexuelle
Terminologie non-stigmatisante selon les participant.es à l'étude		
Femmes PS	« Ankizy mpitady vola » (Antananarivo)	« Femme qui cherche de l'argent »
	« Sipa mpitady vola » (Moramanga)	« Copine qui cherche de l'argent »
	« Mpivoaka alina » (Brickaville)	« Celle qui se sort le soir » ; la modalité principale pour trouver un client à Brickaville est de se promener le long de la RN2 le soir
	« Mpivoaka » (Tamatave)	« Celle qui sort »
LGBT	MSM	Acronyme utilisé et préféré par les hommes ainsi que les travestis ayant des rapports sexuels avec des hommes
	gay	Terme anglais préféré par les jeunes pour faire référence aux MSM
	dossier	Langage argotique utilisé pour faire référence aux MSM

⁴ Le genre ressenti d'une personne cis-genre correspond au genre assigné à sa naissance.

	dog	Langage argotique utilisé pour faire référence aux MSM qui se comportent en homme
	natte	Langage argotique utilisé pour faire référence aux MSM qui se comportent et/ou s'habillent en femme
	lesbienne	Utilisé en français par les MSM rencontrés à Tamatave
	lili	Terminologie informelle pour lesbienne
Hommes	jombilo	Un homme hétérosexuel impliqué dans le travail du sexe soit (a) de sa femme (facilitation), (b) en effectuant lui-même le travail du sexe (voir ci-dessous) ou (c) en profitant de l'activité du travail du sexe de sa femme (activité contrainte, exploitation économique ou activité criminelle associée – voir ci-dessous)
Lexique du métier utilisé par les participant.es à l'étude		
Travail du sexe	Contrat	L'accord initial entre PS et client défini avant l'acte
	Passage	L'acte sexuel avec un client ; généralement pour une seule éjaculation et une durée déterminée (30 minutes ou une heure).
	Vadiana / mivady (Brickaville)	« A Antananarivo, « mivady » veut dire se marier. Mais ici c'est l'acte sexuel qu'on entend par « mivady » ⁵
	« mpampanofa fahafinaretana » (Antananarivo)	« Loueur de plaisirs » langage argotique utilisé par les professionnel.les du sexe MSM pour faire référence au travail du sexe
	Mijoro	Rester/marcher dans les rues pour chercher des clients
	Matory, Mitoetra	Rester avec un client toute une nuit
	Call rose	Appels vidéo pornographiques sur internet
VBG	Mivadi-pitokisana	Abus de confiance : terminologie utilisée pour décrire des situations où le contrat entre PS et client n'est pas respecté (utilisé surtout par les éducateur.ices paires)
	Tsy araka ny nifanarahana	« Ce n'est pas comme convenu » (traduction littérale) : terminologie utilisée pour décrire des pratiques sexuelles demandées ou forcées par le client qui n'étaient pas incluses dans le contrat (utilisé par les PS)
	Sélection	Ce terme est utilisé pour décrire une forme de viol collectif : alors qu'un accord a été passé pour un rapport avec un client, plusieurs hommes se présentent et violent la / le PS sans rémunération
	Baptême	Le paiement d'une partie de l'argent reçu, ou de repas/café par une débutante aux autres PS présentes sur le lieu de travail. Ce paiement donne droit de rester sur les lieux ; sans

⁵ Entretien individuel avec une présidente d'association de professionnelles du sexe.

		paiement, la personne peut être chassée du lieu de travail ou battue.
SSR & santé	Kapaoty	Préservatif
	PF/ FISA	Planning familial / Fianakaviana Sambatra
	Fanafody	Médicament conventionnel ou remède naturel utilisé soit pour guérir soit pour ensorceler ; les fanafody peuvent également servir de protection contre les mauvais sorts ou les tentatives d'ensorcellement dirigées par autrui.
	Fihamby	Sort placé dans l'appareil génital du/de la partenaire pour rendre malade tout partenaire sexuel en dehors de cette union.
	Tambavy	Tisane médicinale à boire
	Reninjaza	Matrones traditionnelles
	Ombiasy	Tradipraticien
Autre	Violon	Cellule policière

Table des matières

<i>Préface</i>	<i>i</i>
<i>Acronymes et abréviations</i>	<i>ii</i>
<i>Glossaire du vocabulaire utilisé dans l'étude</i>	<i>iii</i>
1. Le contexte malgache	1
1.1 Le contexte géopolitique	1
1.2 Les VBG à Madagascar	3
1.2.1 Cadre légal	3
1.2.2 Les services disponibles	4
1.2.3 Situation actuelle	4
1.3 Les questions LGBT à Madagascar	5
1.3.1 Cadre légal	5
1.3.2 La situation des personnes LGBT	6
1.4 Le travail du sexe à Madagascar	7
1.4.1 Cadre légal	7
1.4.2 Types de travail du sexe à Madagascar.....	8
1.4.3 Conditions d'exercice du travail du sexe.....	9
1.4.4 Perceptions du travail du sexe chez les personnes concernées	10
1.4.5 Implication du mari dans le travail du sexe de sa femme.....	10
1.4.6 Les mineur.es qui vendent des services sexuels	11
1.4.7 Les personnes LGBT impliquées dans le travail du sexe	12
1.4.8 Les hommes cis-genre hétérosexuels impliqués dans le travail du sexe	12
2. Méthodologie utilisée	13
2.1 Une approche socio-anthropologique	13
2.1.1 Techniques et outils de recueil de données.....	13
2.1.2 Thématiques abordées et critères d'analyse	14
2.2 Échantillonnage et personnes rencontrées	16
2.2.1 Localités cibles	16
2.2.2 Population cible	16
2.2.3 Personnes rencontrées	17
2.3 Limites de l'étude	19
2.4 Considérations éthiques	19
3. Résultats : les VBG Envers les PS	20
3.1 La définition et la perception des VBG chez les PS	20
3.2 La typologie des VBG vécues	22
3.2.1 Les meurtres, tentatives de meurtre et disparitions	22
3.2.2 Les agressions physiques	23
3.2.3 L'exploitation dans le travail du sexe.....	24
3.2.4 La « sélection » : le viol collectif.....	24
3.2.5 Le viol accompagné d'abus d'autorité policière	25
3.2.6 Le stealthing.....	26
3.2.7 Les actes sexuels violents.....	26
3.2.8 Abus d'autorité et détention arbitraire	27
3.2.9 Le non-paiement et les paiements incomplets.....	28

3.2.10	Les vols.....	29
3.2.11	L'insécurité : viol et vols par des « bandits »	30
3.2.12	Les violences psychologiques.....	30
3.2.13	Les violences intracommunautaires	33
3.3	Facteurs de risques & de surexposition aux VBG	34
3.3.1	La stigmatisation, la discrimination et la revictimisation.....	34
3.3.2	La précarité	38
3.3.3	L'âge & la situation familiale.....	39
3.3.4	L'orientation sexuelle et l'identité de genre.....	41
3.3.5	Le niveau de connaissances	42
3.3.6	Le manque de disponibilité de services adaptés	43
3.4	Facteurs de protection face aux VBG	44
3.4.1	Identification des risques.....	44
3.4.2	Mécanismes d'autoprotection.....	44
3.4.3	Pratiques de prévention et de réduction des risques de VBG	45
3.4.4	Mécanismes d'auto-support entre pairs.....	46
3.4.5	Réseau de soutien informel	46
3.4.6	Pratiques institutionnelles et associatives identifiées par les PS comme protectrices.....	47
4.	Conclusion	49
5.	Recommandations	52
5.1	Empowerment des PS face aux VBG.....	52
5.2	Empowerment des EP en matière de VBG	54
5.3	Empowerment au niveau communautaire	55
5.4	Renforcement de la prise en charge des VBG.....	56
5.5	Plaidoyer pour un cadre légal non-discriminatoire.....	57
6.	Bibliographie.....	58
7.	Annexes	61
7.1	Critères d'échantillonnage.....	61
7.1.1	Critères de ciblage entretiens individuels.....	61
7.1.2	Critères de ciblage focus group.....	62
7.1.2.1	Professionnel.les du sexe	62
7.1.2.2	Educateur.ices Pair.es	63
7.1.3	Réajustement des critères de cible	63
7.2	Acteur.ices rencontrés.....	63
7.3	Fiche de consentement	65
7.3.1	Fiche de consentement direct	65
7.3.2	Fiche de consentement indirect	66
7.4	Guide d'entretien	67

1. LE CONTEXTE MALGACHE

1.1 LE CONTEXTE GÉOPOLITIQUE

Située dans l'océan Indien, au sud-est de la partie continentale de l'Afrique, Madagascar compte 28,9 millions de personnes en 2021, avec un taux de croissance de 2,7%.⁶ L'âge moyen est de 22,4 ans, et les jeunes de moins de 15 ans représentent 41,3 % de la population⁷. L'espérance de vie à la naissance est de 66 ans⁸. L'île est régulièrement sujette à des catastrophes naturelles liées notamment au passage des cyclones ou à la sécheresse. Depuis l'indépendance en 1960, le pays a été confronté à une série de crises politiques et économiques⁹ entraînant un appauvrissement de la population avec un PIB réel par habitant en 2010 inférieur à son niveau en 1960¹⁰. Récemment, la crise Covid-19 est venue aggraver cette situation, avec en 2020 1,4 million de nouvelles personnes passées sous le seuil de pauvreté ; 77,4% de la population vit ainsi sous le seuil de pauvreté¹¹.

Emploi - La prédominance du secteur informel (96% des travailleurs¹²) contribue à « l'informalisation » du travail des femmes pauvres et « engendr[e] un écart croissant des niveaux de pauvreté dans le temps entre les femmes et les hommes »¹³. Des données pour l'année 2014 font état d'un revenu national brut (RNB) de \$1,098 par femme et de \$1,560 par homme¹⁴. La division genrée des rôles limite l'activité des femmes aux tâches reproductives (ménage, repas, s'occuper des enfants) non-valorisées et non-rémunérées¹⁵ ou à des tâches productives (travail ou service pour répondre aux besoins de subsistance) peu rémunérés à proximité de leur domicile. Par ailleurs, les secteurs de travail réservés traditionnellement aux femmes (restauration, hôtellerie, travail en zone franche, activités commerciales informelles) ont été plus fortement impactés par la précarisation de l'emploi liée à la crise Covid-19. Le poids de la précarité socio-économique exacerbe ces inégalités de genre en termes d'accès aux ressources, avec un taux de dépendance économique des femmes en milieu urbaine de 247%, contre 145 %

⁶ Croissance de la population à Madagascar. DonnéesMondiales.com.

<https://www.donneesmondiales.com/afrique/madagascar/croissance-population.php>

⁷ NSTAT (2020) Troisième recensement générale de la population et de l'habitation (RGPH 3) tome 1.

https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/resultat_globaux_rgph3_tome_01.pdf

⁸ UNDP (2018) Human Development Indices and Indicators: Statistical Update.

⁹ Marta Latek (2018) Madagascar : vers une sortie de crise à répétition ? Briefing, URL :

[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/628286/EPRS_BRI\(2018\)628286_FR.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/628286/EPRS_BRI(2018)628286_FR.pdf) ; Erick

Rabemananoro, (2019) Crises cycliques malgaches : mêmes causes, mêmes effets,

<https://lecturesenligne.com/2019/03/24/crises-cycliques-malgaches-memes-causes-memes-effets>

¹⁰ Rapport économique Banque Mondiale 2020

¹¹ *Ibid.*

¹² H. M. Bemananjara. (2022) Défis de l'Administration/Management de santé publique. Cas de la Direction Régionale de la Santé Publique Vatovavy, Munich, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/1315526>

¹³ Lachaud Jean-Pierre, « Quand la pauvreté affecte plus les villes, affecte-t-elle plus les femmes ? Le cas de Madagascar », Revue d'économie du développement, 2010/2 (Vol. 18), p. 73-100. URL : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2010-2-page-73.htm>

¹⁴ PNUD, <http://hdr.undp.org/en/data>

¹⁵ Il s'agit des rôles associés à la reproduction biologique et aux soins, aux tâches ménagères et des responsabilités de s'occuper d'autres membres de la famille (mari, beaux-parents, parents.). Ces rôles sont généralement occupés par des femmes et peu valorisés. Voir notamment : Ongaro, S. (2003). De la reproduction productive à la production reproductive. *Multitudes*, no<(sup> 12), 145-153.

pour les hommes¹⁶. Ces disparités limitent la capacité d’agir, la résilience face aux aléas de la vie et l’accès aux services des femmes et des enfants dont elles ont la charge¹⁷.

Éducation - L’Index de Développement Humain (IDH) est de 0,519, classant le pays au 161e rang. Des disparités apparaissent en défaveur des femmes pour qui l’IDH est de 0,497 contre 0,526 pour les hommes¹⁸. Le taux d’alphabétisme est élevé et légèrement en défaveur des femmes (75,8 % contre 78,2 % chez les hommes)¹⁹. Le taux d’abandon scolaire reste élevé pour les deux genres, avec seulement 56% ayant achevés le primaire, 26% le secondaire premier cycle et 15% le secondaire second cycle. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation : le manque de ressources pédagogiques et la formation limitée des enseignants, le travail des mineurs qui touche presque la moitié des enfants malgaches (50% des garçons et 44% des filles)²⁰, et enfin mariages et grossesses précoces en particulier des filles (30% des filles en milieu urbain sont mariées avant l’âge de 18 ans comparé à 11% des garçons²¹).

Santé - La mortalité infantile (40‰ pour les filles et 51‰ pour les garçons) reste élevée à Madagascar²². La malnutrition est une problématique majeure avec quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (40%) souffrant de malnutrition chronique ou retard de croissance (44% chez les garçons et 36% chez les filles)²³. Un taux de mortalité maternelle élevé (392/100 000²⁴ en 2020) et un taux d’accouchements assistés par un personnel médical faible (39%²⁵) témoignent des problématiques en santé sexuelle et reproductive (SSR). La fécondité est précoce (37% des filles de 15 à 19 ans ont commencé une vie féconde²⁶) et élevée (143 ‰ chez les 15-19 ans est 196‰ chez les 20-24 ans).²⁷ Un tiers des décès lors de l’accouchement concerne des adolescentes (34%)²⁸. Après les hémorragies, l’avortement clandestin – médicalisée ou pratiquée par une *reninjaza*, ou matrone traditionnelle²⁹ – est la deuxième cause de mortalité maternelle (16%)³⁰. Madagascar compte, en effet, parmi les six pays au niveau mondial où l’avortement, y compris thérapeutique, est interdit³¹. L’utilisation de méthodes contraceptives reste faible (37% chez les 15 à 49 ans)³² avec presque un tiers (27%) de besoins non satisfaits³³.

¹⁶ Enquête RGPH3 d’INSTAT, 2018

¹⁷ Lachaud Jean-Pierre (2010) *Ibid*.

¹⁸ PNUD, <http://hdr.undp.org/en/data>

¹⁹ Enquête RGPH3 d’INSTAT, 2018, *Ibid* p49

²⁰ Source : MICS6 2018

²¹ UNICEF, INSTAT (2018) Résultats du MICS 6 (2018) Madagascar

²² INSTAT (2021) Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V). p151

²³ *Ibid* p216

²⁴ World Bank, *Indicators SMART*, 2020

²⁵ INSTAT (2021) Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V). p160

²⁶ ENSOMD 2012-2013

²⁷ INSTAT (2021) Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V)

https://www.unicef.org/madagascar/media/7286/file/INSTAT_EDSMD-V_Indicateurs-cl%C3%A9s.pdf

²⁸ UNICEF (2018) *Ibid*.

²⁹ Gastineau, Bénédicte, and Stellina Rajaonarisoa. "Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar) résultats d’une recherche originale." *African Journal of Reproductive Health* 14.3 (2010): 223-232.

³⁰ Banque Mondiale (2017) *Idib.*, Pourette, Dolorès, et al. "Complications with use of misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information." *Contraception* 97.2 (2018): 116-121.

³¹ Walzer, N. (2023) « Quels leviers d’action pour les femmes à Madagascar aujourd’hui ? Relier actrices et acteurs de la société civile, associations, chercheurs, universitaires qui travaillent sur le même sujet sans se connaître... ». Conférence

³² UNFPA (2023), <https://www.unfpa.org/fr/data/world-population/MG>

³³ Le concept « besoin non satisfait » est utilisé en PF pour désigner le pourcentage des femmes qui ne souhaitent pas tomber enceinte mais qui n’utilisent pas actuellement la contraception ; INSTAT (2021). *Ibid*, Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-V)

L'éducation sexuelle est limitée (autant en milieu familial que scolaire), et la sexualité demeure un sujet tabou chez de nombreuses familles (moins en région côtière). Bien que la loi sur la SSR et la PF garantisse à tous le droit de bénéficier de services complets, sa dissémination reste insuffisante et une réticence à l'application de cette loi aux adolescents persiste.

Alors que le pays s'est engagé sur la voie de la mise en œuvre d'une couverture santé universelle, le taux de fréquentation des structures de santé reste faible (0,3%³⁴); de multiples obstacles d'accès effectif à des soins de qualité persistent. Le système de santé manque de personnel formé, d'équipement et d'infrastructures, surtout en milieu rural. Les ruptures de stock en intrants et en médicaments sont fréquentes. Le coût de la santé représente un frein important d'accès pour les familles pauvres. Un accueil insatisfaisant des populations marginalisées, tels la communauté LGBT³⁵, limite également le recours aux soins. On constate, par ailleurs, une pluralité des recours : le recours à la médecine traditionnelle et aux accoucheuses traditionnelles est souvent préféré aux services fournis par les structures de santé publiques³⁶. L'automédication est répandue, favorisée par l'accessibilité des médicaments sans ordonnance³⁷. Ces barrières et pratiques peuvent entraîner un retard important dans l'accès à une prise en charge médicalisée.

1.2 LES VBG À MADAGASCAR

1.2.1 Cadre légal

La loi 2019/008 sur la lutte contre les VBG à Madagascar définit les VBG comme « *tout acte violent dirigé contre une personne en raison de son sexe* ». En ce qui concerne les violences sexuelles, elle définit des « *Actes sexuels contre nature : Tout acte sexuel commis sur la personne d'autrui, contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre naturel des choses* ». La « *pratique sexuelle contre nature sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou menace* est punie de deux ans à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de deux millions Ariary à quatre millions Ariary (2.000.000 Ariary à 4.000.000 Ariary) ».

Le genre est défini dans l'article 2, en tant que « *les rôles, les comportements, les activités et les attributions considérés comme appropriés pour les hommes et les femmes dans une société donnée* ». Dans son texte ainsi que dans son application, la loi sur les VBG semble restreinte aux violences basées sur le sexe. Les formules « *attributions considérés comme appropriés* » et « *contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre naturel des choses* » semblent exclure de la loi toute notion d'identité de genre auto-définie, et de violences sur la base de cette identité.

³⁴ Ministère de la Santé Publique, Annuaire des statistiques sanitaires 2014 dans Banque Mondiale (2017) Profil genre pays : République de Madagascar

³⁵ USAID (2020) Madagascar Gender Analysis for the 2020–2025 Country Development Cooperation Strategy

³⁶ Pourette, D., Rakotomalala, O. et Mattern, C. (2020) « Donner naissance à Madagascar. Articulation des recours « traditionnels » et biomédicaux autour de la naissance » ; Quashie H., Pourette D., Rakotomalala O. et Andriamaro F. (2014) « Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des "reninjaza" »

³⁷ C. Moncoiffé. Reflection on a hygiene and sexual health education project in the context of child prostitution in Madagascar. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03321452. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321452>

Paradoxalement, la loi 2019-008 a été présentée par certains députés, de façon dépréciative, comme promouvant le « LGBT-isme »³⁸ - la mention même du mot « genre » semble ainsi être source de polémique. Plusieurs acteur.ices du milieu public et privé rencontrés lors de cette étude ont souligné que les violences envers la communauté LGBT sont prises en charge en tant que coups et blessures volontaires, et non en tant que VBG. Plusieurs acteurs ont également souligné que la loi VBG est mobilisée en cas de violences répétées par le même auteur (violences conjugales ou inceste). Dans le cas des PS et des mineur.es qui vendent du sexe, les violences ne sont ni répétées, ni commises par le même auteur. Les données statistiques MISC, 2018 sur les VBG tendent à confirmer l'exclusion des personnes LGBT et des PS, en présentant des données relatives uniquement aux violences conjugales faites aux femmes.

1.2.2 Les services disponibles

Les articles 13 et 14 de la loi VBG détaillent l'engagement de l'État à mobiliser des ressources pour la prise en charge (PEC) des victimes. Des mesures ont été prises par le Ministère de la Population pour promouvoir la diffusion de la loi avec notamment la mise en place d'une plateforme nationale. Au niveau de la police, la Brigade Féminine de Proximité (BFP), la Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs (PMPM) et la Brigade Criminelle (BC) prennent en charge les cas de VBG. Les pratiques présentées lors des rencontres dans le cadre de cette étude témoignent de l'engagement de certains responsables à garantir un accès équitable aux services de prise en charge des VBG pour les PS ainsi que les LGBT avec notamment l'ouverture d'enquêtes même sans dépôt de plainte écrite, une formation continue sur les différentes formes de VBG ou encore le partage au niveau régional des lois mobilisables face à des cas spécifiques de VBG.

Pour ne citer que quelques autres initiatives, des services intégrés d'urgence (médical, police, juridique, écoute et orientation) sont proposés par le Centre Vonjy soutenu par UNICEF (gratuit pour les mineures, payant pour les majeures), et l'association Fitia de la Première dame financée par UNFPA. Des centres d'écoute et de conseil juridique (CECJ) orientent les victimes de VBG. Un hébergement d'urgence est fourni par le Centre de Prise en Charge Intégré (CPCI) et des associations. ECPAT fournit une prise en charge intégrée des mineur.es y compris ceux et celles qui vendent du sexe. ECPAT et UNICEF ont également contribué à la formation des forces de l'ordre sur les VBG et la protection des mineur.es. Le manque de financement stable de plusieurs de ces initiatives entrave néanmoins la qualité et la pérennité de telles activités.

1.2.3 Situation actuelle

Le MICS 2018 documente les violences physiques, sexuelles et émotionnelles auxquelles respectivement 23%, 11% et 34% des malgaches ont déjà été sujettes au cours de leur vie. Selon l'enquête, 28% des femmes de 15 à 49 ans ont subi une de ces trois formes de violences au cours des 12 derniers mois. Les stéréotypes de genre tendent à normaliser les VBG auxquelles les femmes font face : plus des deux tiers des femmes malgaches pensent que la violence conjugale physique envers la femme est justifiée dans certaines

³⁸AFP (2020) À Madagascar, une loi contre les violences faite aux femmes soupçonnée d'être la porte ouverte au mariage pour tout.es <https://www.komitid.fr/2020/01/02/a-madagascar-loi-porte-ouverte-mariage-pour-toutes/>

situations (41 % des femmes contre 29 % des hommes).³⁹ Selon une étude menée auprès des femmes victimes de violence conjugale à Antananarivo, les femmes considèrent qu'elle doivent « subir avec dignité » pour ne pas « ternir l'image d'une femme forte » ; se plaindre de manière informelle (à son entourage ou à une association) ou formelle (à travers des démarches officielles) relève presque du niveau du tabou social⁴⁰. La peur est également un frein important au recours : autant la peur de représailles de l'auteur des violences que la peur de démarches officielles longues et coûteuses⁴¹. De plus, le certificat médical et le processus juridique représentent une lourde charge financière et administrative portée par les victimes.

Concernant les violences envers les mineur.es, la violence sexuelle est réprimandée par la loi. Cependant, le signalement de tels cas demeure limité. Une étude d'UNICEF souligne plusieurs facteurs qui contribuent au faible taux de signalement, tels que « *la méconnaissance des mécanismes disponibles, la pauvreté, le manque de confiance envers le système judiciaire et le désir de préserver la cohésion sociale* ». ⁴²

Peu d'études documentent les VBG exercées à l'encontre des professionnel.les du sexe et encore moins à l'encontre des LGBT exerçant le travail du sexe ou non. A noter le rapport *Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes « populations clés » à Madagascar* de HEARD (2020)⁴³, le *Rapport de l'évaluation de l'environnement juridique sur la protection des droits des jeunes populations clés en matière de VIH à Madagascar* produit par le PNUD (2019)⁴⁴ et les *Country Reports on Human Rights Practices* du Département Américain (2022 et 2011)⁴⁵.

1.3 LES QUESTIONS LGBT À MADAGASCAR

1.3.1 Cadre légal

Aucune loi n'interdit explicitement les relations sexuelles entre personnes du même sexe à Madagascar, par contre la loi 98-024 du 25.01.99 punit « *quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe mineur de moins de vingt-et-un ans* », ⁴⁶ ceci alors que la majorité sexuelle est accordée à 14 ans⁴⁷. Cette disposition est

³⁹ MISC 2018

⁴⁰ Andrianasolo, Andry Herisoa. (2016) « *Mais que pensez-vous que je puisse faire ?* » *Étude qualitative des recours des femmes victimes de violence conjugale dans deux villes de Madagascar* dans Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées, Pourette D., C. Mattern, C. Bellas Cabane & B. Ravololomanga, L'Harmattan. Coll. Anthropologies & Médecines.

⁴¹ Andrianasolo, Andry Herisoa. (2016) *Ibid.*

⁴² UNICEF (2018). *Ibid.*

⁴³ Freedman, J., Rakatoarindrasata, M. & Randraianasolorivo JdD (2020). *Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes 'populations clés' à Madagascar*. Durban: HEARD.

⁴⁴ PNUD (2019). *Rapport de l'évaluation de l'environnement juridique sur la protection des droits des jeunes populations clés en matière de VIH à Madagascar*.

⁴⁵ U.S. Department of State (2022), *Country Report on human rights practices: Madagascar* ; U.S. Department of State (2011), *Country Report on human rights practices: Madagascar*

⁴⁶ Article 331- Code Pénal : « Sans préjudice des peines plus graves prévues par les alinéas qui précèdent ou par les articles 332 et 333 du présent Code, sera puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de 2 000 000 Ariary à 20 000 000 Ariary quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe mineur de moins de vingt- et-un an »

⁴⁷ Le consentement sexuel s'entend comme « l'accord mutuel entre des personnes pour qu'une activité sexuelle ait lieu entre elles. » A Madagascar, la majorité sexuelle diffère selon qu'il s'agisse d'une activité sexuelle entre deux personnes de sexe opposé ou non. Ainsi, conformément à l'article 331 du CPM, la majorité sexuelle est de quatorze (14) ans pour les hétérosexuelles et vingt et un (21) ans pour les homosexuelles.

discriminatoire et préjudiciable pour la communauté LGBT : « Le terme « acte impudique » est très vague permettant une large interprétation, et pouvant favoriser les abus »⁴⁸. De plus, loin de protéger les droits des personnes LGBT, la loi sur les VBG non seulement les exclue (voir-ci-dessus) mais reprend des terminologies similaires à la loi 98-024 pour définir les violences sexuelles « contraire aux bonnes mœurs et à l'ordre naturel des choses (...) pratique sexuelle contre nature » et pourrait ainsi être utilisée pour criminaliser tout acte sexuel entre personnes LGBT comme une forme de VBG.

Par ailleurs aucune disposition de protection ou de lutte contre la discrimination ne s'applique aux personnes LGBT⁴⁹. Le manque de mesures juridiques protectrices, signifient que la question des LGBT reste peu abordée lors des discussions sur le genre ou les VBG. Les services publics évitent, selon les personnes rencontrées, toute prise de position sur les questions LGBT, craignant des répercussions néfastes au niveau professionnel.

1.3.2 La situation des personnes LGBT

Le rapport des droits de l'homme du département américain de 2011 constate qu'« il sévit une discrimination sociétale générale à l'encontre de la communauté LGBT » et que « l'orientation sexuelle et l'identité de genre n'étaient pas largement discutées dans le pays, les attitudes du public allant de l'acceptation tacites au rejet violent, en particulier des travailleurs du sexe transgenres ». Ce rapport souligne en particulier les violences à l'encontre des professionnels du sexe LGBT : des agressions verbales et physiques allant jusqu'au meurtre⁵⁰. Les PS travestis sont victimes de violences physiques également de la part des forces de l'ordre lors de contrôles révélant la non-correspondance entre le genre figurant sur leur carte d'identité nationale (CIN) et leur apparence⁵¹.

La stigmatisation des personnes LGBT provient de l'ensemble du cercle social, y compris la famille, la communauté, dans les administrations et le milieu médical⁵². Être LGBT est parfois considéré comme anormal, un péché ou une maladie⁵³. Les jugements de valeur sont également répandus dans le milieu professionnel⁵⁴. Une proposition de loi contre le mariage pour tous a été publiée par un journal local en décembre 2020⁵⁵. Une soirée LGBT a également été annulée par le Ministère de l'Intérieur pour raison de « l'atteinte aux bonnes mœurs »⁵⁶.

Néanmoins, les personnes efféminées depuis leur enfance rencontrées lors de cette étude sont mieux acceptées socialement. Par ailleurs, une partie de la population s'est récemment prononcée contre l'application de la loi 98-024 lors d'une mobilisation sur les

⁴⁸ PNUD (2019). *Ibid.*

⁴⁹ U.S. Department of State (2022), *Ibid.* page 39

⁵⁰ U.S. Department of State (2011), *Ibid.* page 26

⁵¹ Freedman (2020). *Ibid.* p103

⁵² Freedman (2020) *Ibid.*, p38

⁵³ U.S. Department of State (2022) *Ibid.*; STELEEX (2019) Perception de l'homosexualité à Madagascar [Résultats de sondage]

⁵⁴ Moisan A. (2020) "Are humanitarian organizations uniquely positioned to advance LGBTQ+ inclusion in the workplace?" MSc International Human Resource Management: Grenoble École de Management

⁵⁵ Ralitera, M. (2020). Proposition de loi – Une loi contre l'homosexualité en projet. L'Express de Madagascar. <https://l'express.mg/28/10/2020/proposition-de-loi-une-loi-contre-l'homosexualite-en-projet/>

⁵⁶ Laure V. (2021, 07 Avril). Madagascar, le gouvernement fait annuler une soirée LGBT dans un bar Antananarivo. <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20210704-madagascar-le-gouvernement-fait-annuler-une-soiree-lgbt-dans-un-bar-d-antananarivo>

réseaux sociaux suite à l’incarcération d’une femme LGBT⁵⁷. La communauté LGBT continue de lutter pour une compréhension de leur identité de genre et de leur orientation sexuelle⁵⁸ notamment à travers le Réseau LGBT partenaire du projet de MdM qui regroupe 16 associations au niveau national.

1.4 LE TRAVAIL DU SEXE À MADAGASCAR

1.4.1 Cadre légal

Si le travail du sexe n’est pas interdit à Madagascar, plusieurs actes liés à l’activité sont punis par le Code pénal. La pénalisation des intermédiaires témoigne d’un régime semi-prohibitionniste. L’article 335 punit tout individu « *qui tolère habituellement la présence d’une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution à l’intérieur d’un (...) lieu quelconque ouvert au public.* ». Cette disposition pourrait favoriser une stigmatisation des professionnel.les du sexe au niveau de leur lieu de travail. Par ailleurs, le code pénal utilise une terminologie abolitionniste telle que la « lutte contre la prostitution », « l’action de prévention » ou de « rééducation »⁵⁹.

La loi n° 2014-040 sur la lutte contre la traite des êtres humains⁶⁰ définit, par ailleurs, l’exploitation de la prostitution passable de peines allant de deux à cinq ans d’emprisonnement et d’une amende de 1 million à 10 millions d’ariary pour les infractions impliquant une victime adulte. Le proxénétisme est également puni dans le Code pénal où il est défini en tant que : « *L’aide, l’assistance ou la protection de la prostitution d’autrui ou du racolage en vue de la prostitution* » ainsi que le fait de « tirer profit de la prostitution d’autrui », y compris en vivant avec « *une personne se livrant habituellement à la prostitution, sans justifier de ressources suffisantes pour lui permettre de subvenir seul à sa propre existence* »⁶¹. Cette définition semble suffisamment large pour s’appliquer aux compagnons de certaines PS rencontrées lors de cette étude.

La loi malgache interdit la prostitution des mineur.es et punit ceux qui la favorisent. L’article Art. 333 ter définis sept formes d’exploitation sexuelle des enfants et l’article 5 de

⁵⁷ Laure Verneau, « À Madagascar, l’emprisonnement d’une lesbienne rappelle la dure situation des minorités sexuelles » [archive], sur Le Monde, 25 septembre 2011.

⁵⁸ Ralitera, M. (2023, 19 Mai) Homophobie, la violence envers les non binaire augmente <https://l'express.mg/19/05/2023/homophobie-la-violence-envers-les-non-binaires-augmente/?fbclid=IwAR1QSg4aL3d6nSGtEqBs9Y-CWlJrw-HKbr2nkmfhtVZtB0N1Cw9XcsOK9-0>

⁵⁹ Articles 334 et 334 bis du Code pénal

⁶⁰ Art.5.- Le recrutement, le transport, le transfert, l’hébergement ou l’accueil d’une personne, par la menace de recours ou le recours à la force ou d’autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d’autorité ou d’une situation de vulnérabilité, ou par l’offre ou l’acceptation de paiements ou d’avantages pour obtenir le consentement d’une personne ou d’une personne ayant autorité sur une autre, aux fins d’exploitation de la prostitution d’une personne ou du travail domestique d’autrui sera puni d’une peine allant de 2 à 5 ans d’emprisonnement et d’une amende de 1.000.000 Ar à 10.000.000 Ar. Est également applicable la peine ci-dessus si l’auteur(e) des infractions visées à l’alinéa 1er du présent article sur l’exploitation de la prostitution d’autrui est le/la conjoint(e) ou le /la concubin(e) ou parent de la victime ou ministre de culte, personnel de santé, enseignant(e) ou une personne détentrice d’autorité ou investie d’un mandat électif.

Art.6.- Le recrutement, le transport, le transfert, l’hébergement ou l’accueil d’une personne, par la menace de recours ou le recours à la force ou d’autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d’autorité ou d’une situation de vulnérabilité, ou par l’offre ou l’acceptation de paiements ou d’avantages pour obtenir le consentement d’une personne ou d’une personne ayant autorité sur une autre, aux fins d’exploitation du travail domestique d’autrui sera puni d’une peine allant de 2 à 5 ans d’emprisonnement et d’une amende de 1.000.000 Ar à 10.000.000 Ar.

⁶¹ Article 334 du Code pénal

la loi 2007-038 du 14 Janvier 2008 modifiant et complètent certaines dispositions du Code pénal sur la lutte contre la traite des personnes mineures et majeures et le tourisme sexuel.

1.4.2 Types de travail du sexe à Madagascar

À Madagascar, on constate une grande diversité des modalités de travail des professionnel.les du sexe et des mineur.es qui vendent du sexe. Les participant.es à l'étude contactent leurs client au niveau de divers établissements qui accueillent le public (hôtels, hôtels de passe, bars, karaokés, boîtes de nuit et discothèques, gargotes, restaurants, salons de massage) ainsi que dans des lieux publics extérieurs (la rue, les marchés ambulants, la plage et le bord de mer, les parcs publics ou forêts, devant les établissement scolaires ou universitaires), à travers les réseaux sociaux (majoritairement à travers Facebook – soit pour se donner RDV ou pour vendre des images pornographiques⁶²) ou des plates-formes dédiées (appels vidéos pornographiques, localement appelés « call rose » - voir encadré ci-dessous), ou enfin, à travers les réseaux de connaissances (par téléphone et/ou sur recommandation).

Les « call-rose » - les appels vidéo pornographiques

Selon deux femmes rencontrées, cette modalité se répand à Madagascar. Elle peut être très profitable à la PS même si elle l'est davantage au patron. Les appels sont menés à travers des plates-formes en ligne ; selon le type de compte, il peut s'agir de gesticulations du visage (bouche et langue) uniquement ou d'actes sexuels. Les femmes rencontrées travaillaient chez un patron qui fournissait l'équipement (ordinateur, caméra) et la connexion internet. Chaque minute en ligne représente un certain nombre de points. Une femme a expliqué que pour 5000 points, le site paye €50 mais le patron avait gardé son passeport pour ne pas qu'elle puisse directement réclamer son argent sur le site ; il la paie 60,000 Ariary (environ €15) par 5000 points.

Si dans d'autres zones côtières malgaches, une forte prévalence du tourisme sexuel est constatée, seulement une minorité des femmes et MSM rencontrés dans les zones de l'étude ciblent spécifiquement des clients étrangers. Les clients des personnes rencontrées sont majoritairement des malgaches de la localité ou en déplacement. Certain.es PS offrent d'ailleurs des services d'accompagnement de clients en déplacement.

En termes d'organisation du travail, un contrat verbal est conclu avec le client pour une durée déterminée (une demi-heure ou une heure) et définit les actes inclus dans l'offre, le port ou non du préservatif, ainsi que le lieu de l'acte. Le contrat inclut ou non le prix de la chambre et du préservatif⁶³ (les deux frais présentés par les PS). L'acte est généralement accompli dans une chambre d'hôtel louée pour la durée du contrat, ou parfois chez le client ou chez la/le PS ou encore dans un lieu extérieur (couloir d'hôtel, stand du marché, la forêt, la rue, etc.). Le contrat « de base » - appelé « passage » - des PS femmes comprend généralement uniquement les rapports génitaux (les rapports anaux et oraux représentent un service additionnel qui doit être rémunéré en conséquence).

⁶² Un seul interlocuteur de 22 ans nous a parlé de cette modalité : « J'envoie des photos « nude » et autres aux clients mais parfois ils ne me paient pas. » (FG, MSM, Antananarivo).

⁶³ Parfois des préservatifs sont disponibles gratuitement dans certains hôtels.

Lorsqu'un.e intermédiaire a mis la/le PS en lien avec le client, il est coutumier que la/le PS fournisse un pourboire à cette personne pour l'encourager à faire de nouveau appel à ses services. Dans les salons de massage, l'acte sexuel peut être payé séparément et directement à la PS, alors que le massage est facturé par le gérant. Certaines femmes ont un accord avec un hôtel qui sollicite leur présence ; l'échange monétaire se limite au paiement de la chambre. Parfois, les PS doivent consommer dans l'établissement dans lequel ou devant lequel elles/ils attendent un client.

1.4.3 Conditions d'exercice du travail du sexe

« *« Varotra alika tsy hifanarena » c'est un proverbe malgache qui dit qu'on n'oblige pas les gens à vendre ou à acheter un chien. De même, on n'oblige pas à une personne à coucher ou pas avec une PS. Donc elle te compare à un chien. Le prix du chien ne peut pas être donné à l'église puisque c'est de l'argent sale. » (FG EP, Antananarivo).*

Le travail du sexe est fortement stigmatisé à Madagascar et les professionnel.les du sexe font l'objet d'actes d'humiliation, de dénigrement, de diffamation et d'agression verbale⁶⁴ (voir ci-dessous). Pour les PS MSM et travestis, l'homophobie et la transphobie s'ajoutent à cette stigmatisation. D'autres formes de stigmatisation présentes dans la société malgache peuvent façonner la perception des PS et du travail du sexe.

La situation de rue (y vivre ou y travailler) est parfois stigmatisée comme une situation de déviance. La référence aux personnes concernées comme des *4'mi*⁶⁵ « reflète des images dévalorisantes collées à la peau de la société malgache la plus défavorisée, qui vit dans la rue et de la rue, comme si [ces actions] lui étaient spécifiques. Revêtant un caractère péjoratif, cette appellation sert à stigmatiser cette communauté »⁶⁶. A cette formule s'ajoute une hiérarchisation de la société malgache présente depuis l'esclavage, et qui exerce encore un impact sur les représentations sociales des personnes vivant dans la précarité en les assimilant à des ex-esclaves⁶⁷. Ces représentations dévalorisantes tendent à écarter symboliquement les PS de toute valeur sociale et peuvent mener au rejet familial et social ou impacter les interactions lors de l'accès aux services. La stigmatisation et la marginalisation sont des facteurs importants de surexposition à toutes les formes de VBG (voir ci-dessous). La stigmatisation va parfois de pair avec une réorganisation sociale : pour l'éviter des professionnelles du sexe à Brickaville et à Tamatave vivent dans des « quartiers de PS » où elles peuvent emmener leurs clients sans encombre.

A l'inverse, dans les régions touristiques, une valorisation des relations transactionnelles auprès d'étrangers est parfois constatée – ces relations permettent aux femmes et à leurs familles d'aspirer à une meilleure vie et à un meilleur statut social⁶⁸. Cette valorisation

⁶⁴ Freedman (2020) Ibid., PNUD (2019). Ibid., State Department (2022)

⁶⁵ La formule est : *mifoka* (fumer du cannabis), *migoka* (se saouler), *miloka* (jouer pour de l'argent), *mi...* (forniquer bestialement). B. Ravalolomanga a conseillé de ne pas écrire le dernier terme tellement il est stigmatisant et choquant. Son utilisation compare les êtres humains à des animaux et touche au tabou, à l'impureté entraînant l'exclusion sociale et l'exclusion au tombeau ancestral. B. Ravalolomanga (2021) [Échanges emails].

⁶⁶ Bodo Ravalolomanga : "Travail, mendicité, délinquance : est-ce le circuit obligé des enfants de la rue à Madagascar ?", Cahier de Marjuvia n° 6, 1998, pp. 22-26.

⁶⁷ Le terme *andevo* (esclave) fait référence aux classes sociales les plus basses.

⁶⁸ Jane FREEDMAN, Mina RAKOTOARINDRASATA, Jean de Dieu RANDRIANASOLORIVO, « Remise en cause des frontières supposées entre travail du sexe et sexe transactionnel à Madagascar - cas de Nosy be », Institut du Genre en Géopolitique, décembre 2020.

sociale n’a pas été documentée chez les interlocuteur.ices dans les zones moins touristiques ciblées par cette étude. Néanmoins, le statut social - en termes de capacité des PS à contribuer aux événements de la communauté – a bien été présenté comme un facteur qui permet de réduire la stigmatisation.

1.4.4 Perceptions du travail du sexe chez les personnes concernées

« On dirait que je me rabaisse mais je ne me rabaisse pas. C'est la solution vue que je n'ai pas tellement de connaissances. » (El, femme, Antananarivo)

Les femmes PS rencontrées conçoivent généralement le travail du sexe comme un travail honnête et légal, comme un métier digne en fonction de leurs compétences. Elles soulignent leur respectabilité dans la manière d’exercer leur métier et sont fières de l’indépendance financière que le travail du sexe leur procure. Leur activité est présentée comme fournissant un empowerment économique qui a notamment permis à certaines de quitter un mari violent.

La reprise de terminologies dénigrantes, comme la « vente du corps » témoigne d’une intériorisation du stigmata chez certain.es PS femmes et MSM. D’autres PS n’apprécient pas la nature même du travail, il s’agit d’un sacrifice réalisé pour les enfants. Les filles mineures semblent avoir particulièrement honte de leur activité qu’elles qualifient de « *toetra ratsy* » (mauvais comportement) contraire à « la volonté de dieu ». La grande majorité de celles rencontrées souhaitent trouver une autre source de revenus pour leur permettre d’arrêter de vendre du sexe. La situation documentée dans les zones de l’étude contraste ainsi avec celle documentée dans les zones côtières à forte prévalence de tourisme sexuel où la vente de services sexuels peut représenter un choix attrayant pour majeures et mineures, ceci en vue de trouver un mari étranger – une perspective inespérée de gains financiers et en termes de statut social⁶⁹. La perception du travail du sexe est plus contrastée chez les mineurs MSM : deux des quatre mineurs rencontrés apprécient leur activité qui leur permet de bien gagner leur vie. Qu’il soit valorisé ou dévalorisé, le travail du sexe est unanimement présenté comme un travail difficile et une source de revenu instable.

1.4.5 Implication du mari dans le travail du sexe de sa femme

« Ici, les PS sont toutes mariées ! Une voisine, son mari ne trouve pas de travail, alors ils ont pris la décision ensemble, pour payer le loyer. » (Moramanga)

Plusieurs PS femmes rencontrées ont une relation stable ou un mari, au courant ou non qu’elle exerce le travail du sexe. Le travail du sexe est présenté comme une forme d’« entraide ». Selon les éducatrices paires (EP) des associations partenaires du projet de MdM, certains maris accompagnent leurs femmes entre la maison et le lieu de travail pour garantir la sécurité, ou garder le nourrisson. Mari et femme travaillent parfois

⁶⁹ Freedman (2020) Ibid ; Cole, Jennifer. Sex and salvation: Imagining the future in Madagascar. University of Chicago Press, 2019, Bautista Cosa, O. (2023). Adolescentes en situation de prostitution à Madagascar - facteurs de risque et de protection. In Vulnérabilités et droit des femmes à Madagascar [Conférence]

ensemble lors de demandes de la part du client d'un « *plan à trois* ». Par ailleurs, certains maris de PS violent (et parfois agressent) les PS qui viennent de recevoir un « client riche » (voir violences intracommunautaires ci-dessous). A Antananarivo et à Moramanga, le terme *jombilo* est utilisé pour faire référence aux hommes qui vivent des revenus générés par le travail du sexe de leur femme⁷⁰. Certaines situations s'apparentent, selon les EP rencontrées, à une exploitation de la femme, et parfois de sa fille, (voir la section sur l'exploitation ci-dessous).

1.4.6 Les mineur.es qui vendent des services sexuels

« Je sors la nuit, vu que je suis en difficulté, ma famille ne m'envoie pas d'argent mais c'est moi qui dois me démener pour leur en envoyer (...) mon petit frère est malade (...) [Ma mère] me demande de l'argent à chaque fois, pourtant je n'en ai pas. Je cherche du travail mais je n'en ai pas encore trouvé. » (E1, mineure, Tamatave)

Selon plusieurs études, l'âge d'entrée dans la prostitution à Madagascar se situe à partir de 13 ans⁷¹. Les mineur.es rencontré.es lors de cette étude ont commencé la vente de services sexuels entre 15 et 17 ans ; une fille a été encouragée par son entourage à la vente de sexe à l'âge de 12 ans mais a refusé. La vente de services sexuels a été présentée par la grande majorité des interlocuteur.ices mineur.es comme un choix contraint⁷² par la précarité et un champ des possibles restreint. La grande précarité dans laquelle la famille des mineur.es rencontrées vivent se traduit par une nécessité de chaque membre du ménage de « chercher de l'argent » - traduction littérale de « *mitady vola* », terme utilisé pour faire référence au travail informel et de rue, y compris au travail du sexe. La majorité des filles aident une mère isolée qui ne reçoit aucun soutien du père des enfants. Certains parents ne pouvoient plus aux besoins de leurs enfants à partir d'un jeune âge pour les contraindre à travailler⁷³. Au vu de la déscolarisation⁷⁴ et du manque de formation, du nonaccès à l'emploi formel réservés aux majeur.es, et du manque d'opportunités, la vente de services sexuels est perçue comme le seul travail fournissant un salaire adéquat pour survivre⁷⁵. Certaines filles cachent la nature de leur activité de leurs familles, dans d'autres cas, les parents sont au courant et maintiennent une pression économique⁷⁶. Dans les grandes villes, il existe également un nombre important de mineur.es isolé.es en situation de rue ; la vente de services sexuels est une des sources de revenus⁷⁷. ECPAT constate par ailleurs une augmentation et une diversification de la

⁷⁰ A Tamatave, et parfois à Antananarivo, le terme *jombilo* fait référence aux hommes hétérosexuels qui exercent le travail du sexe (voir ci-dessous).

⁷¹ Freedman (2020) *Ibid.*, ECPAT (2016), *Ibid.*

⁷² Voir notamment le travail de M Parazelli sur les enfants en situation de rue : PARAZELLI 1, Michel. Jeunes en marge : Perspectives historiques et sociologiques. Nouvelles pratiques sociales, 2007, vol. 20, no 1, p. 50-79.

⁷³ Selon le rapport HEARD (Freedman 2020), les parents des filles qui vendent du sexe ont arrêté de pourvoir à leurs besoins à partir de 13-14 ans ; selon une étude menée pour le PFSCE auprès des mineures vivant ou travaillant dans la rue, plus des trois quart des mineur.es qui exercent un travail de rue dans la capitale, ont commencé avant l'âge de 13 ans (Cripps, A., Ramananjanahary, O., (2021) « Etude sur le profil socio-anthropologique des enfants en situation de rue et de leurs familles à Antananarivo » [Rapport d'Etude]).

⁷⁴ Selon ECPAT (2013), 20% des mineures en situation de prostitution rencontrées à Antananarivo n'avaient jamais été scolarisées ; l'étude constate également que « l'entrée dans la prostitution après l'arrêt de la scolarité est rapide : pour 41% des jeunes il a fallu un an (23%) ou moins (18%) ».

⁷⁵ Cette situation est également documentée par Freedman (2020).

⁷⁶ Freedman (2020) *Ibid.*

⁷⁷ Cripps (2020) *Ibid.*

vente de services sexuels par des mineur.es avec notamment une augmentation du nombre de garçons concernés.⁷⁸ Cette étude documente l'exploitation des mineur.es dans le contexte de la vente de services sexuels parfois en association à d'autres formes de VBG (voir ci-dessous).

Pour les filles mineures, le mariage⁷⁹ est perçu comme la seule autre option pour pouvoir à leurs besoins. Il est à noter que les relations sexuelles de filles dès leur puberté est socialement acceptable et parfois encouragée⁸⁰. L'engagement familial des parents dans les relations sexuelles de leurs enfants est particulièrement visible chez les filles et peut prendre la forme de mariages arrangés et souvent précoces, ou d'arrangement des premières relations sexuelles contre une rétribution financière⁸¹.

1.4.7 Les personnes LGBT impliquées dans le travail du sexe

« 80 ou 90% des MSM subissent de la maltraitance morale quel que soit l'endroit où ils se trouvent comme à l'école. Ils abandonnent tôt l'école donc en général ils ne font que le travail de PS. Tant que tu n'as pas de statut dans la société, les gens ne te respectent pas donc tu subis toujours différentes maltraitances. » (FG, EP, Antananarivo).

Selon les EP du Réseau LGBT, les violences morales envers les MSM limitent les opportunités en termes d'études et d'emploi et mènent ainsi au travail du sexe. Tout comme pour les femmes, le travail du sexe procure une autonomie financière qui peut contribuer à l'émancipation, par exemple en finançant des études. Contrairement aux femmes rencontrées, certain.es PS LGBT ont une autre activité économique. Face à l'homophobie et la transphobie, les MSM PS, travestis ou non, contactent leurs clients majoritairement par les réseaux sociaux où ils peuvent préserver l'anonymat.

1.4.8 Les hommes cis-genre hétérosexuels impliqués dans le travail du sexe

« S'il y a une personne plus vieille que moi, je sors avec elle. Je suis un jombilo (...) C'est différent [de PS], je ne change pas souvent de client. Je vois la cliente, si je pourrai satisfaire ses besoins, je la garde. » (EI, homme, 23 ans, Tamatave).

A Tamatave, un homme hétérosexuel a présenté ses modalités de travail en tant que *jombilo*, un homme qui fournit des services sexuels à une femme plus riche et typiquement plus âgée, appelée « *mama saosy* » en échange de paiements et de biens

⁷⁸ ECPAT (2016) Rapport global de suivi de la mise en œuvre des actions de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciaux

⁷⁹ Il est à noter que l'âge de mariage légal était de 14 ans pour les filles et de 17 ans pour les garçons jusqu'en 2017 quand la loi n° 2007-022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux a uniformisé l'âge matrimonial pour les deux sexes à 18 ans.

⁸⁰ A Brickaville et à Tamatave, il est coutumier de construire une petite hutte à côté de la maison parentale pour les filles pubères pour qu'elles y entretiennent des relations sexuelles avec des prétendants qui fournissent des cadeaux à la fille et aux parents. Par ailleurs, certaines pratiques s'apparentent à une exploitation sexuelle des mineures par les parents : « Le Moletry, dont la lutte fait l'objet d'une campagne de sensibilisation, consiste pour les parents à donner en mariage son enfant en contrepartie d'une somme d'argent pour une durée déterminée, et qui pourrait s'apparenter à une exploitation sexuelle. » PNUD (2019). *Ibid.*

⁸¹ Freedman (2020) *Ibid.*

matériels. Souvent cette femme est elle-même PS, entretenue par un homme encore plus riche, généralement un *vazaha*⁸²(étranger) plus âgé présent une partie de l'année. Le restant de l'année, elle prend un *jombilo* pour satisfaire ses propres besoins sexuels. Les besoins sexuels et émotionnels du *jombilo* sont, quant-à-eux, remplis par sa femme légitime qui n'est pas au courant de cette chaîne de relations sexuelles transactionnelles. L'homme rencontré considère le phénomène répandu à Tamatave. Ce phénomène, considéré comme relativement récent, a également été documenté sur Antananarivo au cours de cette étude et sur Tamatave, Nosy Be et Tuléar par d'autres études.⁸³

2. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

2.1 UNE APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

L'approche socio-anthropologique permet de documenter, sans « fausses familiarités » ou « fausses évidences »⁸⁴, le vécu et le ressenti – positif et négatif – d'individus et de collectivités. L'objectif de cette méthode n'est pas de récolter des données chiffrées, mais plutôt de fournir une compréhension fine du « comment » ainsi que du « pourquoi », c'est-à-dire des « logiques » qui font agir et réagir d'une façon plutôt que d'une autre. L'utilisation de **méthodologies participatives et inclusives** permet de donner la parole aux diverses populations cibles et parties prenantes interviewées individuellement et en groupe. Elle vise à favoriser l'échange d'idées et d'opinions, le partage d'expériences et également la projection de solutions ou de perspectives à venir.

De par sa méthodologie, autant que par les thématiques abordées, cette étude s'insère, dans la **démarche d'empowerment** visée par le projet. En outre, elle vise à documenter non seulement les vulnérabilités des PS, mais également à **valoriser les capacités individuelles et collectives** des PS face aux VBG, sur lesquels MdM et ses partenaires (ainsi que les personnes concernées eux/elles-mêmes) pourront appuyer leurs actions.

2.1.1 Techniques et outils de recueil de données

Le recueil de données a été effectué en s'appuyant sur les outils classiques des sciences sociales, plus spécifiquement de l'anthropologie, pour mener une « enquête » principalement qualitative. **Des entretiens semi-directifs** ont été conduits sur la base d'un guide, ou trame d'entretien, préalablement élaboré (voir annexe 6.4). La particularité des entretiens semi-directifs réside dans la « liberté » de réponse laissée à l'interlocuteur.ice. L'utilisation de questions ouvertes invitant au récit de vie permet de créer un cadre de réelle écoute⁸⁵ de la personne où l'interlocuteur.ice est à même

⁸² Le terme *vazaha* peut être utilisé pour faire référence spécifiquement aux étrangers non-malgaches, ou aux personnes malgaches qui ne sont pas de la localité.

⁸³ Freedman (2020) *Idid.* ; Freedman (2020) *Ibid.*

⁸⁴ Fassin D., 1990, « Démarche de la recherche », in Fassin D. et Jaffré Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 68-86.

⁸⁵ Fassin D., 1990, « DÉCRIRE. Entretien et observation », in Didier Fassin et de Yannick Jaffré (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 87-106.

d’orienter la conversation. Cette ouverture vers l’autre permet de construire un rapport de confiance et de confiance particulièrement adaptée à l’exploration de sujets sensibles tels les VBG.

Des focus groups (FG), ou groupes de discussion, ont été menés auprès des PS et des EP. Cette méthodologie permet de mieux comprendre comment un groupe de personnes réfléchit sur un sujet, la variation des opinions et croyances ainsi que des pratiques et expériences. Des groupes de discussion non-mixtes, par genre (femmes, LGBT) et, lorsque possible, par tranche d’âge (plus de 25 ans, 18 à 25 ans et mineur.es⁸⁶) ont été menés pour encourager une participation optimale. L’objectif était d’éviter que les interlocuteur.ices qui ont tendance culturellement à s’exprimer, et/ou à être écoutées (les plus âgé.es notamment) monopolisent la parole ou orientent la conversation sans que des voix alternatives puissent s’exprimer. Des tours de table thématiques ont également été utilisés à cette même fin.

Pour aborder le sujet émotionnellement chargé des VBG en collectivité, les questions ont été posées de manière à ce que les participant.es puissent présenter leur vécu ou celui de leur entourage, ce qui donne la liberté de parler de soi de façon plus anonyme à la 3^{ème} personne. Toutefois, lors du recueil de données, les personnes rencontrées ont quasi-tou.tes favorisé le partage du vécu personnel à la 1^{ère} personne autant en entretien individuel qu’en focus group. Les FG avec les EP et CSB ont été menés sur la base d’une analyse SWOT⁸⁷ visant, en outre, à identifier les barrières externes et internes d’accès aux services VBG ainsi que les ressources internes et externes disponibles pour faire face à ces barrières⁸⁸.

2.1.2 Thématiques abordées et critères d’analyse

Trois principaux axes de recherche, et leurs sous-axes, ont été identifiées :

- **Les VBG vécues par les PS** : la typologie et la perception des VBG, les facteurs de surexposition et de protection ;
- **La capacité d’agir spontanée face aux VBG** : les stratégies individuelles et collectives de prévention et de réponse et les ressources mobilisées ;
- **La capacité d’agir en termes d’accès aux services de prise en charge des VBG** (santé, police, juridique, social) : la connaissance et la perception des droits et des services, le vécu lors de l’accès aux services, les barrières d’accès aux recours et les stratégies individuelles / collectives pour lever ces barrières.

Le recueil de données visait à explorer **les connaissances, attitudes (ou perceptions) et pratiques (ou comportements) des PS** en lien avec les axes de recherche de l’étude. En santé publique et notamment dans le domaine de la SSR, les enquêtes Connaissances,

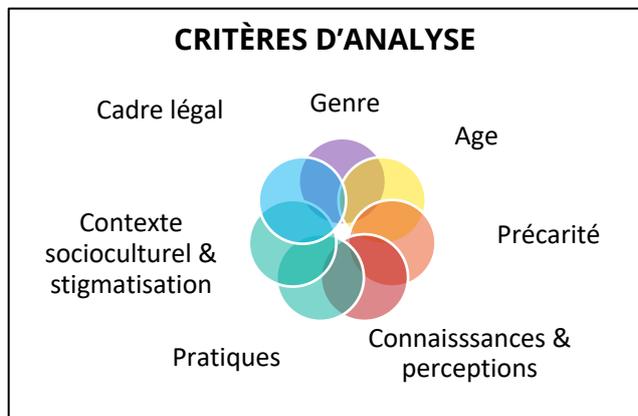
⁸⁶ En pratique, parfois, ces tranches d’âge n’ont pas été respectées à la lettre, nous avons donc des tranches d’âge par exemple de 18 à 28 ans.

⁸⁷ Strengths (forces), weaknesses (faiblesses), opportunities (opportunités), threats (menaces)

⁸⁸ "Community Toolbox: Section 14. SWOT analysis". Community Tool Box. Center for Community Health and Development at the University of Kansas. <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/swot-analysis/main>

attitudes et pratiques (enquêtes CAP) – qualitatives ou quantitatives – sont utilisées chez des populations particulièrement vulnérables pour mieux orienter les interventions⁸⁹.

Après transcription des entretiens et FG en français, **une analyse thématique transversale** a été réalisée : les réponses à chaque thème abordé au cours de l'entretien ont d'abord été identifiées, puis comparées à celles des autres participant.es. Les thèmes correspondaient aux principaux axes et sous axes de recherche identifiés ci-dessus. Les



tendances générales et les divergences ont été identifiées et analysées⁹⁰. L'analyse visait à mettre en évidence les **déterminants socioculturels**⁹¹, ou causes sociales profondes, qui orientent les connaissances, attitudes et pratiques pour fournir une compréhension fine des dynamiques socioculturelles individuelles et collectives face aux VBG. Une **analyse intersectionnelle**⁹² a été utilisée pour mettre en évidence les

multiples facteurs qui contribuent à la vulnérabilisation des PS, et qui les surexposent aux VBG, tel le genre et l'orientation sexuelle, l'âge (être mineur.e ou mineurisé.e par la loi, être plus âgée), la précarité socio-économique, le niveau de connaissances (des droits, services et démarches), la perception (des VBG, des services), les pratiques (prise de risque, mécanismes de prévention d'autoprotection et d'auto-support), le contexte socioculturel (en particulier la stigmatisation du travail du sexe et des LGBT) et enfin le cadre légal (voir diagramme).

Une attention particulière a été portée sur les **perceptions ou représentations sociales** individuelles et collectives, notamment la stigmatisation. Les représentations sociales vont déterminer les attitudes et les réactions face à une situation donnée et peuvent renforcer ou limiter la capacité de réponse des personnes : « Ce cadre de référence socioculturel définit les tendances sociales, les évaluations que font les personnes de la situation... et il influence également les jugements que les personnes ont de leur capacité de réponse individuelle ou collective et de leurs stratégies de faire face.⁹³».

⁸⁹ Lizzie Moore, Mags Beksinska, Alnecia Rumphs, Mario Festin & Erica L Gollub (2015) Knowledge, attitudes, practices and behaviors associated with female condoms in developing countries: a scoping review, Open Access Journal of Contraception

⁹⁰ OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. La rigueur du qualitatif, 2008.

⁹¹ Médecin du Monde définit les déterminants socio-culturels comme « l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin » ; Médecins du Monde (2013), Accès aux soins, les déterminants socioculturels. Culture et Santé. 23 mai.

⁹² « L'intersectionnalité est un cadre théorique qui part du principe que l'expérience humaine est façonnée conjointement par de multiples positions sociales (par exemple, la race, le sexe) et qu'elle ne peut pas être comprise de manière adéquate en considérant les positions sociales de manière indépendante » BAUER, Greta R., CHURCHILL, Siobhan M., MAHENDRAN, Mayuri, et al. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. SSM-population health, 2021, vol. 14, p. 100798. (Traduction de l'extrait de l'auteur)

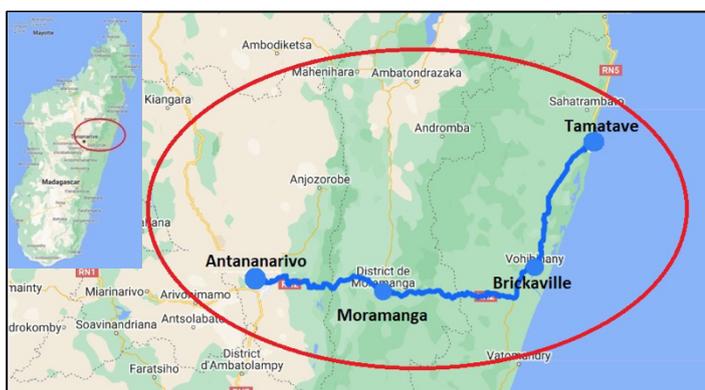
⁹³ NAVARRO O. et E. MICHEL-GUILLOU (2014), « Analyse des risques et menaces environnementales. Un regard psycho-socio-environnemental » dans L'individu au risque de l'environnement : Regards croisés de la Psychologie environnementale. Paris : Edition In Press, 2014.

La définition de l’empowerment de Nabila Kabeer⁹⁴, particulièrement adaptée à la situation des PS face aux VBG, fourni par ailleurs un cadre théorique à l’analyse de la capacité d’agir des PS face aux VBG. Kabeer identifie trois dimensions interdépendantes qui ont été explorés au cours de cette étude : la capacité d’agir, l’accès aux ressources - matérielles (y compris financières), humaines (y compris le réseau de soutien) et sociales (y compris l’accès à l’information et aux services), et le niveau d’empowerment, autant stratégique (les conditions sociales et juridiques d’accès effective aux droits, les inégalités sociales) que pratique (la probabilité d’un recours sera plus faible par exemple si le prochain repas doit être priorisé avant).

2.2 ÉCHANTILLONNAGE ET PERSONNES RENCONTRÉES

2.2.1 Localités cibles

L’étude a été menée dans les quatre localités d’intervention du projet « *Droit et Santé pour les Professionnel.les du Sexe sur l’axe routier Antananarivo-Tamatave* » présentés dans la carte ci-contre.



2.2.2 Population cible

Femmes et LGBT, mineur.es et majeur.es qui vendent des services sexuels constituent la population cible de cette étude. L’approche socio-anthropologique n’aspire pas à une représentativité statistique mais à une représentation de la diversité des situations. Les critères d’échantillonnage visaient à croiser caractéristiques individuelles (genre / âge), situation personnelle (situation familiale, degré d’isolement sociale, niveau de précarité socio-économique) et modalité de travail du sexe⁹⁵ pour espérer documenter une diversité de situations vécues en termes de typologie des VBG, de facteurs de surexposition et de protection, et de capacité d’agir face aux VBG – réactions spontanées et recours aux services de prise en charge. Les personnes considérées particulièrement vulnérables ont été incluses dans l’étude (mineur.es, LGBT, femmes âgées et/ou résident.es de quartiers défavorisés⁹⁶). Au vu des critères de diversification identifiés, et des contraintes de temps, l’identification des cibles s’est appuyée sur les EP des partenaires du projet et des DIC⁹⁷ d’ASOS. Certain.es cibles ont également été identifiées

⁹⁴ N. Kabeer, « Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women’s empowerment », *Development and Change*, 1999, 30, p. 435-464.

⁹⁵ Une diversité de modalités de travail du sexe a été identifiée suite à la réunion de cadrage, la rencontre des partenaires et parties prenantes ainsi que la revue bibliographique et documentaire (voir contexte).

⁹⁶ Les critères de sélection des cibles validés dans la note de cadrage sont présentés en Annexe 6.1.

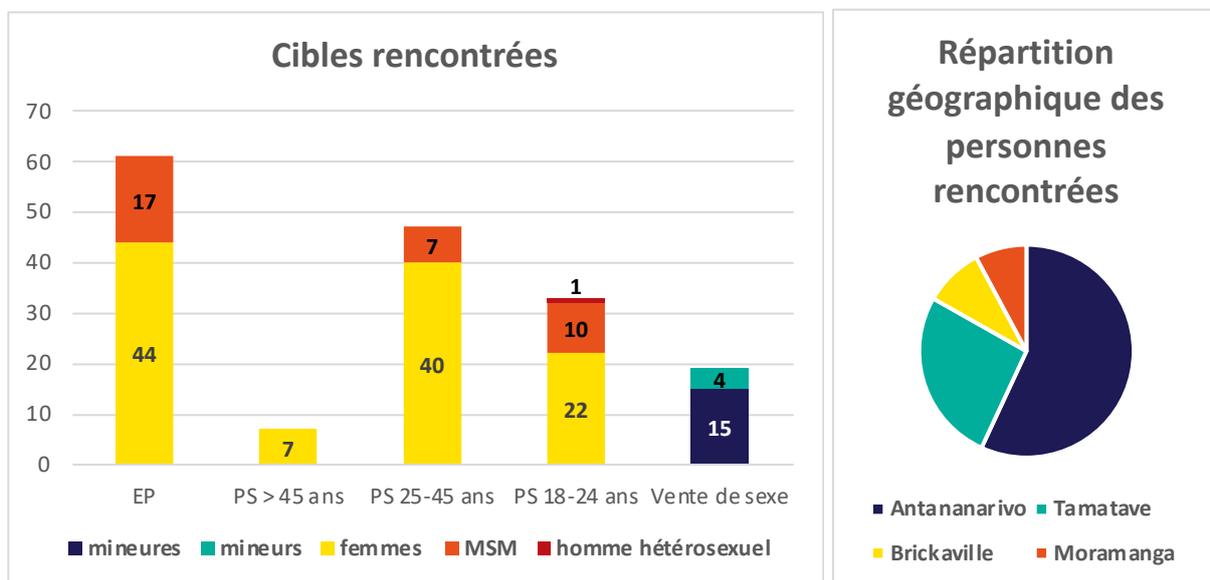
⁹⁷ Drop-in Centre, ou centre d’accueil pour les populations clés fournissant des services de dépistage et de suivi du VIH et des IST

par effet boule de neige ; cette méthodologie s’appuie sur les réseaux des participant.es pour accéder à des cibles spécifiques⁹⁸.

Des groupes de discussions et entretiens collectifs ont été menés avec les EP. Tou.tes les EP des partenaires du projet pratiquent ou ont pratiqué le travail du sexe. Leur connaissance approfondie des enjeux liés au travail du sexe a permis d’identifier et d’explorer des nouvelles situations et formes de VBG ainsi que de détailler les mécanismes de protection individuelles et collectives.

2.2.3 Personnes rencontrées

Sur les quatre localités de l’étude, 10 FG et 28 entretiens individuels (EI) ont été menés auprès de PS et mineur.es qui vendent du sexe ; 9 FG ont été menés auprès des EP des association partenaires. Au total, 167 personnes ont été rencontrées : 19 mineur.es qui vendent du sexe, 69 PS femmes, 17 PS MSM, 1 PS homme et 61 EP. Les diagrammes ci-dessous présentent l’âge et la répartition géographique des interlocuteur.ices :



Les critères d’échantillonnage (voir 2.2.2 ci-dessus et Annexe 6.1) ont permis d’inclure des modalités et conditions de travail diversifiées comme le présente le tableau ci-dessous (parfois plusieurs modalités sont utilisées par un individu) :

⁹⁸ BROWNE, Kath. Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. International journal of social research methodology, 2005, vol. 8, no 1, p. 47-60.

Modalités de rencontre des clients chez les participant.es professionnel.les du sexe et mineur.es qui vendent du sexe							
Type de modalité	Modalité spécifique	Femmes	MSM	Jombilo	Mineures	Mineurs	TOTAL
	Public						
	# personnes rencontrées	68	18	1	15	4	106
Extérieur	rue	45	4		13		62
	chauffeurs	4					4
	gare routière	1					1
	plage	1					1
	parc/ forêt	1					1
Internet	FB	3	19		1	4	27
	call rose	2					2
Dans un établissement	discotèque/ boîte de nuit	10	3		1		14
	bar	8	3		2		13
	karaoke	6					6
	resto	1					1
	hotel	3					3
	maison de passe	1					1
	massage	1					1
	vendeuse	0	1				1
	de luxe/ vazaha	1	1				2
A domicile	téléphone	6					6
	à la maison	16			2		18
Spécificité	débutant.e (<6 mois)	9	1		3	1	14
	exploitation dans le travail du sexe				3		3
	marié.e	6		1			7
	enceinte	1					1
	travestie		7				7
	situation de rue	1					1

Des entretiens individuels et collectifs (29) ont également été menés avec les acteur.ices et parties prenantes sur les localités cibles au niveau associatif, ministériel, juridique, sanitaire, au niveau des forces de l'ordre, des autorités et de l'ONU – voir annexe 6.2 pour la liste complète des acteur.ices rencontrés.

2.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude a été menée sur un temps court. Si les critères d'échantillonnage ont permis de couvrir une grande diversité de situations, un point de saturation⁹⁹ des données recueillies n'a pas pu être atteint ; jusqu'au dernier jour de nouvelles spécificités en termes de VBG ont été documentées. Néanmoins nous pensons que cette étude a permis de couvrir la majorité des grandes catégories de VBG tels que vécues et perçues par les PS rencontrés.es dans la zone de l'étude.

Par ailleurs, cette étude est basée sur les lieux et populations cibles du projet de MdM et de ses partenaires ; dans ce sens, l'expérience de certaines populations de PS sont peu ou pas représentées, notamment celle des étudiantes, des hommes hétérosexuels et des lesbiennes. L'identification des cibles à travers les EP a pu restreindre la diversification des cibles, néanmoins, les critères utilisés ont permis de rencontrer une grande diversité de situations en termes de caractéristiques personnelles, de modalités de travail/vente du sexe et de VBG vécues.

2.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Avant de participer aux entretiens, tou.tes les participant.es ont été informé.es de l'objectif de l'étude et de sa nature non obligatoire et confidentielle. Elles ont reçu une note d'information et une fiche de consentement éclairé à signer (voir annexe 6.3). Pour les mineur.es, une personne de la structure l'ayant identifiée et ayant l'habitude d'interagir avec elle/lui était présente pendant l'explication et la signature de la fiche de consentement. La/le mineur.e a ensuite reçu le choix de participer à l'entretien seul.e ou en compagnie de cette personne.

Afin de garantir le respect de la confidentialité, les noms des participant.es n'ont été mentionnés ni enregistrés à aucun moment au cours des entretiens. Les entretiens ont été codés et stockés sur des ordinateurs protégés par un mot de passe. Le respect et la dignité des personnes concernées par cette étude et les politiques institutionnelles de MdM, notamment la Charte Éthique de la Recherche, ont été scrupuleusement honorés. Un briefing des intervenant.es hors équipe de recherche (EP et responsables de zones), préalable à leur participation aux FG et entretiens, a permis de conserver l'accent sur l'écoute active impartiale pour éviter toute revictimisation des personnes rencontrées.

Enfin, un temps d'information a été incorporé à la fin des entretiens et FG pour permettre un partage sur les services et démarches disponibles et/ou discuter des pratiques d'auto-santé présentées (par l'infirmière de l'équipe de recherche). Les personnes particulièrement vulnérables, notamment les mineur.es, ont été notifiées à l'équipe projet MdM pour permettre une prise en charge adaptée.

⁹⁹ Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149.

3. RÉSULTATS : LES VBG ENVERS LES PS

3.1 LA DÉFINITION ET LA PERCEPTION DES VBG CHEZ LES PS

« La violence c'est les clients qui ne donnent pas d'argent, les clients qui font un abus de confiance. Quand il ne veut pas utiliser de préservatif. Quand il m'insulte. Je ne supporte pas tout cela. Je n'aime pas qu'on m'insulte. Toutes les femmes ont le droit de ne pas être insultées. Et d'autres agressions aussi : le client se drogue dans la chambre alors que je ne me drogue pas, je ne fume pas, je ne bois pas. » (E1, femme, 51 ans, Antananarivo).

Les expériences vécues par les PS en tant que violences liées au travail du sexe incluent des violences physiques (meurtres, disparitions, agressions), sexuelles (viol, stealthing, actes violents, pratiques sexuelles non-consenties), économiques (non-paiement, paiements incomplets, vols) et psychologiques. Seul.es les **mineur.es ont tendance à limiter la définition de la violence à la violence physique.**

Une terminologie spécifique est utilisée par les PS pour décrire les violences vécues au cours de leur activité. Cette terminologie exprime la façon dont les PS définissent et catégorisent la violence. Interlocuteurs femmes et MSM ont présenté le **non-respect de l'accord initial** (« tsy araka ny nifanarahana ») - parfois appelé **abus de confiance** (mivadi-pitokisana) - comme une des violences les plus graves vécues par les PS. Cette catégorie de violences englobe des violences sexuelles (des pratiques sexuelles non incluses dans le contrat initial), économiques (non-correspondance entre le paiement et la somme convenue, ou entre le paiement et les services fournis) et morales (non-respect du choix de la/du PS, atteinte à sa dignité).

La notion de consentement semble ainsi être déclinée à plusieurs niveaux : le consentement initial à l'acte sexuel est distingué du consentement aux pratiques sexuelles au cours de l'acte. C'est-à-dire que si des pratiques sexuelles sortent du cadre de l'accord initial, ceci sans réajustement de la rémunération, les PS considèrent cette situation comme un non-respect du contrat initial et donc comme violence. Par contre, si la somme versée est augmentée en fonction des changements de conditions, l'acte n'est plus perçu comme une violence.

« Il m'a violé. Il a fait ce qu'il voulait pendant le rapport. » (E1, femme, 37 ans, Moramanga).

« Faire quelque chose ne respectant pas le contrat, pour moi, c'est une violence. (...) S'il ne veut pas accepter d'utiliser de préservatif et s'il ne veut pas rajouter d'argent, je refuse le client parce que je risque déjà beaucoup. Soit il rajoute de l'argent et j'accepte. » (FG, femmes, 18 et 25 ans, Antananarivo).

Une autre typologie de VBG spécifique au métier est la « **sélection** ». Ce terme fait référence à un viol collectif commis par le client initial et d'autres hommes non prévus dans le contrat.

Il semblerait ainsi que les PS définissent comme violence chez les clients le fait de « ne pas tenir sa parole » et de forcer des services additionnels – en termes des

pratiques sexuelles ou du nombre de clients – sans ajustement tarifaire. Les femmes rencontrées expliquent que de tels actes sortent du cadre de la définition du « passage » – un acte sexuel d'une durée déterminée (30 minutes ou une heure) avec une seule éjaculation – qu'elles considèrent connue de tous. D'autres parlent des risques encourus – devoir payer des frais médicaux pour soigner une infection sexuellement transmissible (IST). **L'acceptation d'un tarif correspond ainsi au consentement des PS au contenu de l'acte.** Si l'acte sort du cadre d'un passage sans ajustement tarifaire, donc sans consentement, il s'agit d'une violence. Néanmoins, certaines situations identifiées comme un abus de confiance - un client qui ne paye pas ou le non-port du préservatif - semblent être banalisés par les PS de par la fréquence de leur occurrence : « ça on n'en parle plus... » ont relaté femmes et MSM.

Enfin, un « **baptême** » est fréquemment appliqué aux débutant.es qui doivent, contre leur gré, remettre une partie – ou parfois la totalité – de leurs gains pour être acceptés par les autres PS présent.es (voir violences intracommunautaires ci-dessous).

L'aspect économique des VBG est fréquemment présenté comme l'aspect le plus grave d'une VBG :

« Il m'a frappé et est parti tout de suite après. (...) Le fait qu'il ne donne pas d'argent est le plus fatigant puisque c'est ta source de revenu. » (EI, femme, 43 ans, Antananarivo).

Chez les PS femmes, la violence semble être définie en termes de situations qui entravent au bon déroulement de leur activité et à l'atteinte de leur objectif de subvenir aux besoins et au bien-être de leurs enfants. Au vu de la précarité, l'impact économique est au cœur de la manière dont les PS vivent toutes les formes de VBG. Les VBG entraînent en effet un manque à gagner lors des non-paiements, une perte de revenus si un arrêt de l'activité est nécessaire et des dépenses imprévues pour se soigner et pour porter plainte ; ceci alors que le travail du sexe est présenté comme l'unique source de revenus permettant la survie du ménage. La violence morale envers les enfants est également identifiée comme une des formes de violences les plus graves. La perception de leur travail comme un choix contraint difficile - au cours duquel elles « souffrent déjà » - semble renforcer la gravité perçue des VBG.

« Premièrement, c'est la discrimination. Deuxièmement c'est la stigmatisation. (...) Il y a des violences directes et indirectes. La violence directe concerne un viol collectif. En ce qui concerne la violence indirecte, les gens qui préparent des documents administratifs au centre de santé ou au bureau administratif les discriminent » (FG, EP, Antananarivo).

Pour les MSM, les **violences morales sont présentées comme les VBG les plus graves.** Iels identifient également des violences structurelles lors de l'accès aux services administratifs. Autant chez les EP que chez les PS, femmes ou MSM, une intériorisation des stigmates est constatée avec une **autodéfinition dénigrante du « comportement des PS » qui provoquerait la violence.** Certain.es parlent de l'habillement et de la manière de parler (perçus comme provocateurs ou grossiers) alors que d'autres évoquent des vols commis par les PS. La « vengeance » ne serait alors pas ciblée mais généralisée :

« Ce qui pousse les clients à la violence envers les PS, c'est qu'il y a certaines PS qui volent, elles volent ! Même si ce sont les autres qui le font, la violence s'abat sur toutes les filles, (...) le client est en colère et en est rancunier » (EI, femme, 26 ans, Antananarivo).

Enfin, la violence de la part des forces de l'ordre est perçue comme une violence particulièrement grave étant donné que « la police est censée protéger les gens ».

3.2 LA TYPOLOGIE DES VBG VÉGUES

Les VBG sont présentées ici en respectant leur catégorisation par les PS et mineur.es qui vendent du sexe tout en distinguant les violences physiques, sexuelles, économiques et morales. Ceci reflète le discours d'autres PS qui font référence au non-paiement, au viol ou au « rabaissement » de façon indépendante. Des spécificités en fonction de l'auteur des VBG – VBG de la part d'agresseurs se faisant passer pour des clients, violences policières ou de la part de militaires, violences de la part de la communauté, et violences intracommunautaires d'autres PS - ressortent dans les discours et font l'objet de sections dédiées.

3.2.1 Les meurtres, tentatives de meurtre et disparitions

« Une PS a été violée derrière un camion puis il a enfoncé un parapluie dans son vagin. Elle a été retrouvée morte. » (FG, EP Tamatave)

Une Présidente d'association de professionnelles du sexe souligne la prévalence des meurtres de PS à travers le pays qu'elle estime à 15 à 20 femmes par an. Sur Antananarivo et Tamatave, les discours témoignent de femmes retrouvées mortes avec un objet pointu inséré dans le vagin. D'autres professionnelles du sexe ont été retrouvées mutilées. Selon les interlocutrices, ces actes sont commis dans le cadre de « pactes avec le diable¹⁰⁰ ». **Le prélèvement d'organes ou de sang est également évoqué comme motif de meurtre ou de disparition.** A Madagascar, le prélèvement d'organes est fréquemment présenté comme un motif de meurtre. S'il est difficile de confirmer de telles rumeurs, un cas de prélèvement de sang authentifié par une autopsie a été présenté lors d'un FG à Tamatave.

Le ciblage des PS pour accomplir de tels actes semble refléter le manque de valeur accordé non seulement au corps des PS - la prostitution est souvent décrite comme « louer » ou « vendre » son corps - mais également à la vie des PS. **Ces actes semblent indiquer que le corps, et la vie des PS soient considérés comme disponibles et sacrificiables.** Les représentations sociales des PS, et de la population précaire, comme déviantes par nature, et comme n'ayant aucune utilité sociale (voir contexte) pourraient être à l'origine de telles conceptions.

¹⁰⁰ Des *ombiasy* ou sorciers exigeraient le prélèvement de parties du corps d'abord d'animaux puis d'humains (seins, clitoris, yeux) pour accomplir des sortilèges.

Les PS ont présenté des signes d'alerte qui leur permettent d'identifier si les clients « ne sont pas des gens bien » tels que l'éloignement du lieu où la/le PS est emmené.e, le fait de ne pas consommer l'acte tout de suite ou encore la présence de chiens. Le fait de connaître un des clients est perçu comme un facteur de protection face aux meurtres bien que parfois ce sont les connaissances des PS qui sont présentées comme complices des disparitions. Les gardiens sont, pour leur part, identifiés dans plusieurs scénarios comme pouvant prévenir ou assister les PS en détresse. L'identification des situations à risque et des facteurs de protection représente une opportunité pour renforcer les stratégies des PS pour faire face aux VBG.

3.2.2 Les agressions physiques

*« Il me donne d'abord l'argent et après qu'il ait fini, il le reprend en me frappant, parfois il me blesse (...) c'est déjà arrivé à toutes mes copines PS (...) C'était 7 000 Ariary. »
(El, Femme, 20 ans, Brickaville).*

Il semble fréquent que les PS soient **battu.es par des clients qui ne veulent pas payer**. Dans d'autres cas, le client accuse la/le PS d'avoir volé son argent, la/le frappe puis s'enfuit sans payer. La violence physique de la part du client se produit souvent **lorsque le/la PS veut finir l'acte avant lui**. Plusieurs femmes et MSM ont été victimes de violences qui semblent **préméditées** où des agresseurs se sont fait passer pour des clients, souvent les PS ont été emmenées dans un lieu éloigné. Les « **clients fixes** » (les habitués) autant que les inconnus sont identifiés comme des potentiels agresseurs. L'importance de ne pas baisser sa garde même lorsqu'un lien de confiance semble avoir été établi est souligné. La *sélection* semble être une des formes de violence souvent perpétuée par des habitués (voir ci-dessous).

Les agressions subies par les MSM relèvent essentiellement de l'homophobie et de la transphobie. Les travestis subissent des violences lorsque le client se « rend compte » - parfois après l'acte, de la part d'inconnus dans la rue ou de la police. Certaines personnes rencontrées ont encore des séquelles physiques plusieurs années après.

« Des policiers m'ont demandé « où vas-tu ? », je leur ai répondu « je rentre chez moi ». Ils m'ont tout de suite tabassé. Je leur ai dit tout simplement « ne me faites pas ça ». Ensuite ils m'ont amené à X et m'ont jeté dans un endroit que je ne connais pas... Le fond du problème, c'est que la police fait ce qu'elle veut. Elle est censée protéger les gens mais quand il sait que c'est un MSM, alors... la police devrait connaître les droits de tous. » (FG, LGBT, Antananarivo).

Ci-dessous, d'autres formes de brutalité policière à l'encontre des PS LGBT et femmes sont présentées. Face à de telles violences, peu de PS portent plainte, la police étant elle-même perçue comme source de VBG et non comme protectrice.

3.2.3 L'exploitation dans le travail du sexe

« [La PS] m'a mis plusieurs fois du rouge à lèvres et du crayon à cils. J'aime pas ! J'essaie de l'enlever ! Elle m'a amené à la discothèque un soir et elle m'a donné de l'alcool. J'ai pas bu (...) Elle m'a forcé à boire. (...) On s'est disputées et je suis partie. Je suis chez des amies. Elles ont 13 et 17 ans, leur maman est PS. Elles aussi, elles voient des hommes. Elles me disent d'aller voir des hommes. Je refuse. » (El, mineure).

« Pour les PS mariées, si on ne rapporte pas d'argent à la maison, notre mari nous bat. Tu es vraiment fatigué de chercher de l'argent et quand tu rentres chez toi, tu es de nouveau battue ». (FG, EP, Antananarivo).

Deux formes d'exploitation dans la cadre du travail du sexe ont été présentées au cours de l'étude : des situations où une personne est contrainte à la vente de services sexuels et des situations où une partie des gains est retenue contre le gré de la PS. Mineures et femmes mariées ont présenté des cas de travail du sexe sous la contrainte. Une PS ayant pratiqué les call-rose se considère avoir été exploitée par son employeur qui retenait une partie de son « salaire » et lui confisquait son passeport pour ne pas qu'elle puisse effectuer la démarche de rémunération en ligne d'elle-même.

« Une maman seule qui a une fille sort avec un jombilo¹⁰¹ qui dévierge la fille et la force à se prostituer, après sa mère la force pour donner l'argent au jombilo après. Le jombilo les rencontre sur le lieu de travail, il exploite la maman et la fille. » (El, EP, Antananarivo).

A la capitale, des cas d'exploitation de mineur.es combinent la contrainte et la retenue d'une partie ou la totalité des gains selon les EP. Des responsables alertent par ailleurs sur la domination au sein de couples MSM majeur-mineur qui s'apparentant selon eux à de l'exploitation de la part des majeurs qui accueillent des MSM mineurs chez eux après qu'ils aient été rejetés par leur famille sur la base de leur orientation sexuelle.

3.2.4 La « sélection » : le viol collectif

« Un militaire est venu ici en moto et m'a abordé, on s'est convenu de coucher ensemble. Il était si simple, et j'ai suivi le jeu. Il m'a dit que son camp est situé à XXX, allons-y, je lui ai dit. (...) Après qu'il ait terminé, je lui ai réclamé mon argent car j'allais partir. Il m'a alors giflée, puis il a appelé plusieurs de ses amis. Six ! Là-voilà, faites ce que vous voulez avec elle. Après m'avoir violée, ils m'ont jetée tout simplement dans la rue. J'étais nue. J'étais vraiment mal, et j'ai été opérée car j'ai subi d'importants chocs en moi. J'ai été hospitalisée pendant un mois. » (El, femme, Antananarivo)

Deux femmes sur les onze rencontrées en entretien individuel à Antananarivo ont témoigné être victimes de **viols collectifs commis par des militaires**. Une des victimes a dit connaître plusieurs autres PS victimes. Dans les deux cas, les événements se sont déroulés de manière similaire : un militaire se présente comme négociateur, puis

¹⁰¹ Un homme cis-genre hétérosexuel impliqué dans le travail du sexe lui-même ou dans le travail du sexe de sa femme (voir ci-dessus).

emmène la femme dans le camp militaire. Une fois sur place, plusieurs collègues l’agressent sexuellement et physiquement – les deux femmes rencontrées ont été blessées lors des rapports. Elles ont dû arrêter de travailler, un aspect de la violence soulignée par ces femmes qui vivent en grande précarité et doivent nourrir leurs enfants.

Plusieurs femmes et MSM ont été victimes de « **sélection** » de la part de civils. Dans plusieurs cas présentés, les PS ont été emmenés au lieu de vie d’un des agresseurs (base militaire ou domicile). **Les MSM apparaissent comme surexposés** à cette forme de violence puisque l’acte a plus fréquemment lieu au niveau du domicile du client en considération de l’homophobie et du refus de certains hôteliers d’accepter des PS MSM. Les MSM soulignent que ce type de violence peut être **commis par des habitués**.

3.2.5 Le viol accompagné d’abus d’autorité policière

« Ce sont les policiers qui nous font subir de la violence. [Un] policier en tenu civil (...) en arrivant dans la chambre, il me serre et me menace : « tu ne me connais pas ? Je suis un policier ! » lorsqu’il veut avoir quelque chose de toi et que si tu ne l’acceptes pas... Vu que j’ai peur, j’accepte. Les policiers qui font la ronde, (...) la nuit, si je viens de faire un passage et que je les rencontre, ils te fouillent et demandent ta carte d’identité, pourtant la carte est avec la sécurité (...). ils t’emmènent avec eux ou ils te demandent de l’argent ou ils te forcent à coucher avec eux : « Que veux-tu ? Être enfermée dans une cellule ou coucher avec moi ? ». Tu acceptes forcément. Avec la police, il n’y a rien à faire. (...) Je suis consciente que c’est ma faute si je n’emmène pas ma CIN¹⁰² la nuit. Mais, ils sont aussi plus fautifs que moi parce qu’ils m’ont fait subir une agression. ». (El, femme, 41 ans Antananarivo).

Plusieurs cas de violence commises par la police – au cours de l’exercice de leurs fonctions ou non – ont été relatées par les PS majeur.es et les mineur.es qui vendent du sexe. Il s’agit premièrement de viols par des **agents en uniforme ou en tenue civile se faisant passer pour des clients** et qui, une fois dans la chambre, usent de leur grade, et parfois de leurs armes, pour intimider la PS et forcer une relation sexuelle non-rémunérée et des pratiques non-consenties. Deuxièmement, des femmes sont victimes de viol sous menace d’enfermer la PS en cellule policière **suite à un contrôle d’identité** ; cette situation semble fréquente à la capitale.

La pénalisation de la prostitution des mineures est détournée par certains policiers pour commettre des abus. Ainsi, non seulement la loi répressive ne permet pas de protéger les mineur.es, elle représente un facteur de surexposition aux violences autant de la part de policiers que de civils qui abusent tous deux de l’illégalité de leur situation :

« On devrait encore aller à l’école mais comme on n’a pas le choix, on travaille et on profite de nous : j’étais restée tard au travail et un policier m’a demandé « qu’est-ce que tu fais ici » et je réponds « je suis en retard pour rentrer » et il m’a dit « ao aloha omeo kely zay dia tsy gadrainay satria ndry mbola tsy ampy taona » (donne-moi un peu (couches avec moi) et je ne te mets pas en prison car tu es mineure) ». (FG, filles de moins de 18 ans, Antananarivo) ».

Les violences perpétrées par la police, ont **un fort impact psychologique** sur les PS et leur confiance dans les forces de l’ordre. Une des femmes rencontrées témoigne d’une

¹⁰² Carte national d’identité

profonde détresse morale suite à un viol par un policier ; l’abus d’autorité semble l’avoir traumatisé autant que l’acte en lui-même :

« J’ai été victime d’agression sexuelle de la part d’un policier. (...) A chaque fois que je vois un policier, je le hais. N’importe quel policier. Peu importe mes problèmes, quand il s’agit de la police, je n’aime pas. Je mettrai en garde tous mes descendants de ne pas faire le métier de policier et de ne pas toucher un policier. » (El, femme, 51 ans, Antananarivo).

Les viols et agressions sexuelles de la part de policiers ainsi que les viols collectifs de la part de militaires ont été documentés uniquement sur Antananarivo. Dans les autres localités de l’étude, la violence de la part des forces de l’ordre semble se limiter à des cas de violences morales lors de l’accès aux services.

3.2.6 Le stealthing

« Une fois, j’ai demandé à un homme de le mettre, il a dit que c’est gênant pour lui, ça serre trop. Alors il le met mais il le déchire. Ça remonte quand c’est déchiré. » ; « L’homme couche avec vous et il l’enlève soudainement et continue, moi j’ai déjà été victime de ça ». (FG, femmes, 18 à 25 ans, Antananarivo).

Le *stealthing* est le retrait non-consenti du préservatif pendant une relation sexuelle, elle transforme une relation consentie en une relation non-consentie. L’acte est puni par la loi dans certains pays et a parfois été apparentée à un viol¹⁰³ - ceci n’est pas le cas à Madagascar. Lors de l’étude, plusieurs PS nous ont parlé de leur difficulté à faire respecter le port du préservatif par leurs clients – la grande majorité refusent. Certains clients qui acceptent initialement de se protéger commettent le *stealthing* en retirant – ou déchirant – le préservatif en plein acte.

3.2.7 Les actes sexuels violents

« Un homme d’un certain âge m’a emmené à 23 heures. J’ai accepté parce que je n’avais pas trouvé d’argent et mon enfant devait manger le matin. Il m’a dit qu’il va m’emmener dans une chambre, mais il m’a emmené dans un autre endroit très calme. Il a, en fait, l’habitude de faire cette mauvaise action. (...) Je n’ai pas reçu d’argent alors que j’ai dépensé beaucoup d’énergie en subissant la violence. (...) Il m’a fait faire plein de choses que je n’ai pas l’habitude de faire : pénétrations anales, il m’a obligé à sucer son truc, tout, comme dans un film X. Je suis de petite taille, lui, il est grand, donc je ne suis pas en mesure de me défendre. En plus, il m’a menacé de mort, j’étais obligée de faire ce qu’il voulait. J’ai subi sa

¹⁰³ En 2021, la Californie est devenue le premier Etat américain à punir le retrait non consenti d’un préservatif pendant une relation sexuelle. Le *stealthing* est défini comme une agression sexuelle lorsqu’une personne « provoque un contact entre un organe sexuel dont un préservatif a été enlevé et les parties intimes d’une autre qui n’a pas verbalement consenti au retrait du préservatif ». Le *stealthing* transforme ainsi une relation sexuelle consentie en relation non consentie. Un Français à qui il était reproché cette pratique avait été condamné en Suisse, pour « viol », une peine confirmée en appel, mais requalifiée d’« acte d’ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance ». Afp, L. M. A. (2021, 8 octobre). La Californie interdit le « *stealthing* », le retrait non consenti du préservatif pendant une relation sexuelle. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/international/article/2021/10/08/la-californie-interdit-le-stealthing-le-retrait-non-consenti-du-preservatif-pendant-une-relation-sexuelle_6097688_3210.html

violence de 23 heures jusqu'à 3 heures du matin (...) Après que cet homme m'a fait ça, j'ai su que plusieurs autres filles avaient été victimes. » (El, femme, 25 ans, Tamatave)

La majorité des personnes rencontrées ont déjà été victimes d'actes violents qui associent violence physique et sexuelle. Le discours ci-dessus met en avant l'impact de la précarité en termes de surexposition aux VBG, notamment en travaillant tard. Par ailleurs, cet agresseur savait comment mettre la PS à l'aise en disant qu'ils iraient dans une chambre. Cette femme perçoit l'acte comme étant prémédité, dans plusieurs autres cas la violence se déclenche lors d'un désaccord entre la/le PS et le client. Dans plusieurs cas, l'homme use de violence physique **si la femme n'accepte pas la position demandée**. La plupart des femmes rencontrées refusent les relations anales, alors que plusieurs clients recherchent cette pratique sexuelle « à la mode » selon les PS. On constate ainsi **un décalage entre les attentes du client et de la PS**. Les PS considèrent le fait de forcer des pratiques sexuelles non-convenues dans le contrat comme un abus de confiance et une violence. Les clients par contre semblent considérer que le fait de payer pour l'acte signifie un consentement à toute pratique sexuelle :

« Il a mis mes deux pieds au-dessus de mes cuisses et mes mains derrière, et quand c'est fini, il a encore dit « non, ce n'est pas encore fini, je paye alors changeons de position » (...) j'avais mal après cela ! J'ai pleuré (...) Il m'avait répondu « on paye, alors on peut faire tout ce qu'on veut ! » ... le lendemain, mon vagin était même enflé ! Je n'ai pas pu travailler pendant un mois après ça ! » (El, femme, 35 ans, Moramanga).

Ce discours souligne par ailleurs comment la violence physique et sexuelle est également vécue en termes de ses conséquences sur la capacité de travailler.

Le fait que **le client prolonge l'acte ou le « passage » sans rémunération additionnelle** peut également être ressenti comme une violence sexuelle (cette situation n'est pas identifiée comme telle par les mineur.es rencontré.es). De nouveau un décalage entre la définition de l'acte par le client et par la PS est apparent : les PS définissent un « passage » ou « passe-temps » comme une relation sexuelle de durée déterminée (habituellement entre 30 minutes et une heure) comprenant une éjaculation. Cette définition ne semble pas toujours être connue ou partagée par les clients.

Deux PS femmes, ont été **droguées et ensuite agressées physiquement et sexuellement**. Leurs affaires ont été volées. Dans un autre scénario, un client a utilisé une seringue remplie pour menacer une femme et forcer des pratiques sexuelles non consenties sans augmentation tarifaire. Un représentant de la PMPM a confirmé des cas de viol sous Rivotril de femmes et d'étudiant.es filles et garçons.

3.2.8 Abus d'autorité et détention arbitraire

« On paie l'argent de la corruption, une fille s'est faite chopper et on fait une cotisation. En tant qu'amies, on se soutient. On subit une agression et à la fois ils nous soutirent de l'argent. Il y a des cas où ça atteint jusqu'à un million deux cent mille ariary, alors toutes les PS se cotisent pour la fille qui a été enfermée. » (FG femmes, 18 à 25 ans)

Les professionnel.les du sexe sont victimes de détention arbitraire, **les femmes si elles n'ont pas de CIN ou travaillent tard, les travestis en raison de leur identité de genre.** Certaines femmes semblent considérer les policiers dans leurs droits de les détenir si elles n'ont pas leur CIN avec elles. Une représentante considère que « *les ramassages de PS sans CIN c'est pour lutter contre la prostitution des mineures¹⁰⁴* ». Il est important de noter qu'à Madagascar, un grand nombre de personnes majeures ne sont pas en possession d'une CIN ; n'ayant souvent pas de certificat de naissance, le processus pour en obtenir une peut être complexe, long et coûteux.

« Un travesti a été incarcéré au commissariat de police. Ce n'est pas l'officier qui a fait ça mais le policier non-gradé parce que le commissaire est entré à 8 h et il a demandé « C'est qui ça ? Est ce qu'il a volé quelque chose ou quoi ? » Et le policier a répondu « Non, c'est un travesti. » Après, il lui a ordonné de le libérer immédiatement. » (FG LGBT, Antananarivo).

Les PS travestis subissent des arrestations et détentions arbitraires en raison de leur identité de genre. Dans de tels cas, les demandes de libération des victimes auprès d'agents gradés aboutissent - le réseau LGBT considère la transphobie moins prévalente chez les gradés.

3.2.9 Le non-paiement et les paiements incomplets

« On ne reçoit souvent pas la somme convenue. Si c'est 10 000 ar le passage, alors le client ne nous donne que 5000 ar et on doit payer 2000 ar pour la chambre. Alors, le passage n'a coûté que 3000 ar. » (FG femmes de 18 à 25 ans, Antananarivo).

« Une personne m'a demandé de venir à Antsirabe directement dans un hôtel et après il est parti et je n'ai même pas d'argent pour retourner à Tana. » (FG, MSM, Antananarivo)

« Avant l'acte nous avons convenu que les conditions étaient ceci et cela. Après l'acte, il n'avait pas honoré cette condition mais je n'étais pas d'accord et on s'est disputé, on s'est battu. Puis je me suis enfui. Il était convenu qu'il me paye 20 000 mais il ne m'a donné que 5 000 alors j'ai refusé. » (FG LGBT, Antananarivo).

Les **violences économiques de la part de clients sont les VBG les plus fréquentes** envers les PS. Les situations vécues comme des violences d'ordre économique prennent différentes formes. Dans plusieurs cas, la finalité est le non-paiement : le client part sans payer ou refuse de payer, le client refuse de payer en se justifiant, ou après l'acte, il réclame l'argent déjà payé. Dans d'autres cas l'argent payé est perçu comme incomplet : la somme payée ne correspond pas au montant convenu initialement ou l'acte a été modifié sans ajustement tarifaire. Les prétextes évoqués par les clients pour tenter de justifier le non-paiement ou un paiement diminué sont diverses. Certains disent avoir « déjà payé » en payant un repas. Lors du FG auprès de PS femmes de plus de 25 ans et de milieux vulnérables, le refus de payer les femmes « plus âgées¹⁰⁵ » sur la base de services insatisfaisants a été évoqué.

¹⁰⁴ La Carte d'Identité Nationale (CIN) est fournie aux majeur.es uniquement.

¹⁰⁵ Des femmes trentenaires se considèrent être des PS « âgées ».

Les PS ne sont pas à l'abri de violences économiques de la part de clients réguliers qui abusent de leur confiance. Par ailleurs, **la violence économique s'accompagne fréquemment de violence physique** : soit PS et client se bagarrent à propos du non-paiement, soit le client frappe la/le PS et part sans payer, soit c'est la/le PS qui s'enfuit après avoir été frappée.

Les PS sont d'autant plus sensibles aux violences économiques lorsque des dépenses ont été engagées lors d'un déplacement ou pour payer la chambre. Ne pas venir à un rendez-vous, surtout lorsqu'un déplacement est impliqué - des dépenses sans retour sur investissement - est également vécu comme une violence économique. Les MSM qui établissent le premier contact avec le client en ligne semblent particulièrement exposés à cette forme de violence économique. Plusieurs PS MSM ont également été abandonnés dans des lieux éloignés suite à un acte non-rémunéré.

« Il donne moins d'argent que ce qu'on s'est convenu, on n'y peut rien comme le « gay » n'est pas accepté à Madagascar alors c'est difficile. » (FG MSM, Antananarivo).

Les MSM s'estiment plus vulnérables aux violences économiques et considèrent que certains clients profitent de la stigmatisation des personnes LGBT à Madagascar pour les escroquer sachant qu'il n'y aura aucune suite. **Des agresseurs profitent également du manque de recours à la disposition** des LGBT de moins de 21 ans et des filles mineures sachant que la loi pénalise leur activité.

Le non-paiement est considéré comme très répandu, mais n'est pas pour autant banalisé, cela reste une violence aux yeux des PS, parfois catégorisée comme un abus de confiance. Par ailleurs, l'exploration des violences sexuelles ci-dessus a mis en évidence comment les demandes (parfois forcées) de pratiques sexuelles non-convenues dans le contrat initial, sont vécues autant comme des violences sexuelles que comme des violences économiques si le tarif n'est pas ajusté en fonction.

3.2.10 Les vols

Il m'a payé, puis je me suis assoupie quelques instants... (rires) Et il a repris l'argent qu'il m'avait donné et mon téléphone... C'était tellement énervant ! Il a pris le peu que j'avais ! » (El, femme, 26 ans Antananarivo).

« La police de X (quartier à forte prévalence de PS) est très violente avec les PS : ils attendent devant la maison de passe avec leur arme pour voler la PS et le client dans la chambre » (Représentante d'association de professionnelles du sexe)

Les professionnel.les du sexe sont parfois victimes de **vols de la part de clients** qui leur dérobent l'argent versé et parfois leurs affaires personnelles – ceci surtout si elles s'endorment suite à l'acte. Les PS sont également victimes de **vols sous menace commis par la police** qui raquette leurs gains dans la rue ou au niveau des maisons de passe.

Dans certaines localités, les PS sont la cible de **vols commis par les maris d'autres PS** : une PS rivale voit sa consœur partir avec un client qui semble riche. Lorsque l'acte est fini, la PS rivale en informe son mari qui dévalise la PS du paiement qu'elle vient de recevoir. Parfois c'est la PS qui est ciblée, parfois c'est son client qui est ciblé. Dans ce dernier cas,

le client blâme la PS avec qui il était d'être complice du vol. Ce type de vol a été rapporté surtout à Moramanga où le travail du sexe de la femme représente le principal gagne-pain du ménage. Selon les éducatrices paires, de telles situations existent également à Antananarivo.

3.2.11 L'insécurité : viol et vols par des « bandits »

« Souvent un homme vient te parler, mais tout à coup 3 ou 4 hommes s'approchent de toi et ils te violent directement sur place. Ou ils te traînent dans une ruelle ou sur le côté de la voiture et ils te violent, ensuite ils prennent tes affaires. Ils ne te donnent pas d'argent. Ils te menacent avec un couteau. » (FG EP femmes, Antananarivo)

Plusieurs PS femmes ont été victimes de **viols – collectifs ou individuels – et de vols** d'hommes qu'elles identifient comme des « bandits voleurs et violeurs ». Elles sont en effet surexposées au banditisme en attendant leurs clients dans la rue. Vivre en situation de rue représente une surexposition encore plus forte au banditisme et une femme qui habite dans la rue dit ne plus dormir la nuit par peur d'être violée comme sa consœur voisine l'a été récemment.

« Ce qui me fait peur, ce sont les hommes violents qui poignardent les gens, les Pick Pocket : quand ils vous voient avec beaucoup de clients, ils vous suivent ! J'ai déjà parlé aux filles de faire bien attention ce 29 Mars... car tu ne sais pas si des gens ont des couteaux dans leurs poches ! (...) Nombreux parmi nous (PS), que ce soit homme (maris de PS) ou femme, sont des Pick Pocket. » (E1, femme, 35 ans, Moramanga).

L'insécurité lors des fêtes est particulièrement soulignée. Les PS reçoivent alors plus de clients et deviennent la cible de bandits ou parfois de maris de consœurs PS.

3.2.12 Les violences psychologiques

La violence psychologique, également connue sous le nom de violence morale ou émotionnelle, se réfère à une forme de maltraitance qui vise à causer des dommages émotionnels et mentaux à une personne. Elle peut être infligée de façon indépendante ou concomitante avec d'autres formes de VBG ; toutes les VBG vécues par les PS ont par ailleurs des répercussions psychologiques. La détection de la violence psychologique, son évaluation et sa preuve sont plus difficiles que pour d'autres formes de VBG. Cependant, les conséquences peuvent être tout aussi graves et durables. **Le vécu des PS met en exergue les sept formes de violence psychologique identifiées par MdM¹⁰⁶.**

Dégrader – les actes qui portent atteinte à l'identité, à la dignité ou à la confiance des PS sont prévalents. Les EP disent que la communauté les compare à des chiennes et leur argent est considéré être de l'argent « sale » qui ne peut pas être utilisé à des fins « propres ». Les PS sont fréquemment sujet.tes à des **insultes et des rabaissements de la part de clients** également, en particulier lorsqu'elles tentent de changer une situation

¹⁰⁶ Prévention et réponses aux violences liées au genre. Guide méthodologique. Médecins du Monde. https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/guide_vlg_complet_fr

qui ne leur convient pas – face au non-paiement par exemple. Ce type de dégradation est ressentie d'autant plus intensément lorsque les PS considèrent avoir réagi avec politesse.

« Si vous appelez à l'aide, il dit « tu n'es qu'une prostituée (grossier) et tu n'as aucun droit. Même, si tu veux me tuer, tu ne m'auras pas, si tu veux déposer une plainte contre moi, tu ne seras jamais vainqueur. » (FG, EP Antananarivo).

« On va là-bas [à la police] mais ils ne t'écoutent même pas, ils te rabaissent en disant : « Que veut la prostituée, elle vient de voler là-bas et veut de l'aide ici ? ». Ils te traitent comme ça, ils ne te donnent pas raison mais te considèrent comme une voleuse. C'est pour cette raison que je n'ai pas souvent recours à la police. Donc, même si je subis une agression, ça se passe tout simplement comme ça puisque personne ne m'écoute. (...) Je me suis tout simplement dit que les PS ne sont pas considérées par les gens. Personne ne nous écoute en tant que PS. » (EI, femme, 41 ans Antananarivo).

Lorsque les PS entreprennent des démarches, notamment suite aux VBG vécues, une dévalorisation par la police a été rapporté par plusieurs PS femmes et MSM ; ceci impacte leur volonté de faire recours à la police en cas de VBG.

Rejeter – Les PS ressentent un profond sentiment de rejet et de mépris de la part de la société et même de la famille. Le fait d'être connu comme PS entraîne par exemple une **discrimination dans l'accès au logement. Les travestis en particulier se sentent stigmatisés et dévalorisés** et préfèrent parfois s'auto-exclure face à des situations de rejet. La stigmatisation est perçue et vécue comme une atteinte aux droits des individus concernés.

« On n'a pas vraiment des droits en tant que femme dans la vie, la société nous dévalorise ! (...) Il y a même des cas où c'est la famille qui vous dénigre ! » (FG femmes, Antananarivo).

Une autre forme de violence psychologique concerne les fausses promesses faites par le/la client.e. Selon un représentant des forces de l'ordre, les *jombilos* sont particulièrement vulnérables au rejet par la *mama saosy* qui « jette » le *jombilo* sans lui acheter ce qu'elle avait promis (par exemple une moto). **Quatre suicides de jombilo** dans de telles situations ont été rapportés par ce représentant.

« Ma fille, elle aussi est blâmée par les gens par rapport au fait que sa mère est une PS (...) Elle a beaucoup de responsabilités et souvent elle finit tard. Quand elle et son mari se disputent, il lui dit souvent : tu t'es prostituée là-bas, ta mère te l'a appris ! » (EI, femme, 51 ans, Antananarivo).

La stigmatisation et la discrimination sont également **subie par les enfants des PS**. Certaines mères PS considèrent que directeurs d'école et enseignants adoptent des comportements qui visent à pousser leurs enfants à quitter l'école. À l'âge adulte, ils éprouvent des difficultés à trouver un conjoint étant dévalorisés et rejetés sur la base de l'activité de leur mère. Avoir un poste de responsable dans une entreprise – qui confère habituellement un statut social plus élevé - ne supprime pas l'idée qu'on reste l'enfant d'une PS. **La violence morale envers les enfants a été identifiée par les PS comme**

l'une des formes de VBG les plus graves, d'autant plus qu'elles exercent leur métier pour pourvoir subvenir aux besoins de leurs enfants.

Terroriser – Plusieurs PS ont vécu des situations où un sentiment de peur extrême leur a été infligé notamment à travers **des menaces de mort**.

La peur est infligée pour **contraindre par intimidation les PS à coopérer** et à accepter des conditions non incluses dans le contrat et non-souhaitées par la PS. Dans plusieurs cas, les femmes ont été emmenées dans un lieu isolé. Une femme nous a dit avoir été forcée de participer à un film X sous la menace d'un chien. Certains agresseurs usent également de l'intimidation et de la peur **pour éviter que leur victime ne le dénonce** ou porte plainte.

« Quand on était dans la chambre, il m'a obligé à sucer son pénis. J'ai dit « ça ne fait pas parti du contrat » mais il m'étranglait en disant « soit tu vas me sucer, soit je vais te tuer. » Je l'ai fait parce que j'avais peur, il était très costaud et en plus j'avais peur de mourir et de ne plus voir mes enfants. » (FG, EP Tamatave).

« Je n'ose pas le dénoncer parce que vu que je travaille la nuit, alors j'ai peur qu'il se venge après. Il m'a menacée en me disant : toi, tu cherches de l'argent pendant la nuit ! » (EI, femme de 40 ans, Tamatave)

Le vécu collectif des PS en termes de VBG peut être ressenti comme une forme de d'intimidation ou de menace générale envers toutes les PS. Tel semble être le cas pour les femmes rencontrées à Tamatave à propos des meurtres et disparitions de PS, dont certain.es de leurs ami.es.

Isoler – Les PS à Brickaville et à Tamatave vivent souvent regroupées dans des **« quartiers de PS »**. Ce regroupement vise à réduire la stigmatisation et à leur permettre de vivre d'une manière plus tranquille dans leur environnement immédiat. Certaines PS ont dû déménager dans de tels quartiers pour éviter les moqueries. Par ailleurs, **les PS LGBT pratiquants sont exclus de la messe**. Le fait d'être discriminés par d'autres croyants semble renforcer le sentiment de rejet et d'isolation.

Exploiter – Deux formes d'exploitation dans le cadre du travail du sexe ont été présentées au cours de l'étude : la vente de services sexuels sous la contrainte et la retenue, contre le gré de la PS, d'une partie de ses gains (voir la section sur l'exploitation).

Priver d'affection – **les PS se considèrent victimes d'indifférence de la part de leur famille**. Les PS LGBT considèrent que leurs besoins affectifs sont ignorés par la communauté et la famille, y compris après leur mort.

« Quand quelque chose t'arrive et tu appelles ta famille c'est là que tu comprends qu'elle ne se soucie pas de toi. Il y en a qui te battent quand ils te voient - par exemple ton frère, tes parents. » (FG, EP, Antananarivo).

« Même si nous sommes morts, nous sommes toujours victimes de discrimination. On ne recevra même pas les derniers sacrements. La famille va peut-être dire « ne l'enterre pas dans le caveau familial, enterre-le ailleurs. » (FG EP LGBT, Antananarivo).

Faire du chantage – Plusieurs PS femmes et MSM ont témoigné du chantage dont elles et ils ont été victimes de la part de clients pour soit **obtenir des positions sexuelles ou une prolongation que les PS leurs avaient refusés, soit pour intimider la/le PS et essayer de l’empêcher de porter plainte**. Des agresseurs font chanter les PS lorsqu’elles menacent de porter plainte face aux VBG commis, en menaçant de la déshonorer et de la dénoncer en tant que voleuse.

« J’ai reçu des menaces : « Je vais publier ta page Facebook et je vais t’humilier. » Je pars, j’efface ma page. Si je peux faire ce qu’il me demande, je le fais. Je ne le fais pas toujours, il y a toujours une limite. » (El, MSM, 17 ans, Tamatave).

: « On dit « je vais appeler la police ! » et il te répond « va chercher ta police, je n’ai pas peur ! C’est moi qui vais appeler la police pour t’avoir. » (...) Si jamais tu demandes ton argent, (il dit) « je vais dire que tu es amie avec un voleur et que vous m’avez volé ! » (FG, femmes de plus de 25 ans, Antananarivo).

3.2.13 Les violences intracommunautaires

Dans cette section sont regroupées les différentes formes de violences intracommunautaires entre PS – des violences économiques, physiques et psychologiques – ceci dans l’objectif de faciliter la formulation de recommandations / actions ciblées par le projet. La concurrence entre PS est la raison la plus souvent évoquée de ces différentes formes de violences.

Pour être accepté.e dans un lieu, **les débutant.es doivent, contre leur gré, remettre une partie, ou la totalité, de leurs gains** pour éviter d’être chassé.e – voir battu.e – par les autres PS présent.es sur le lieu. Cette pratique semble répandue dans les quatre localités de l’étude et si elle s’applique majoritairement aux adolescent.es, une débutante de 32 ans en a également été victime. Le baptême est souvent appliqué par un.e PS plus expérimenté.e qui « parraine » le nouveau ou la nouvelle PS – parfois en partageant certaines modalités de travail ou en lui trouvant ses premiers clients. La majorité des interlocuteur.ices identifient le baptême comme une injustice, voir une violence – ceci même lorsque des pratiques sont partagées.

« Une amie m’a donné l’idée. (...) elle est très rusée. Si je trouve un client, elle veut qu’on partage en deux l’argent alors que c’est moi qui couche avec lui. » (El mineure, Tamatave)

En ce qui concerne les violences physiques, **des bagarres violentes peuvent survenir entre PS lors de la recherche de clients** sur la base de concurrences et de jalousies. Ces bagarres entraînent parfois des blessures nécessitant une attention médicale.

« Si un homme est avec moi aujourd’hui et demain il est avec une autre PS, alors je suis en colère et on se dispute (...) On se bat avec un couteau et une bouteille. Il y a des blessées. On va chez le docteur à l’hôpital. Ça arrive souvent. » (El, femme, 20 ans, Brickaville).

En ce qui concerne les relations entre PS femmes et PS MSM, une forte rivalité existe à Antananarivo. Des PS femmes, révèlent parfois au client potentiel d’un travesti qu’il s’agit d’« un homme habillé en femme ». Cette situation peut déclencher des disputes non

seulement entre le client et le travesti, mais aussi entre les autres PS femmes et travestis présent.es sur le site. **A Tamatave par contre, les PS MSM disent bien s’entendre avec les PS femmes** et même collaborer lorsque le client cherche un homme. Aucun cas de violences entre MSM n’a été documenté sur les deux sites étudiés (Antananarivo et Tamatave). **Face à la stigmatisation, les MSM semblent solidaires entre eux et se protègent mutuellement.**

« Parfois la discrimination et stigmatisation ça vient aussi des LGBT. Il faut s’adapter. C’est comme les PS femmes, les gens ont tendance à les étiqueter, comme impolis, bordell[iques]. Alors ils disent « ah ! ça c’est PS, ça c’est LGBT », c’est des gens mal élevés. Donc c’est à toi de te démarquer. Il faut vivre comme tout le monde. Quelquefois c’est le cas, il y a les PS qui sont vulgaires, ça provient de toi. Il faut se poser la question « Pourquoi ils ne me respectent pas ? » (FG, Tamatave).

En ce qui concerne les violences psychologiques, plusieurs **propos dévalorisants** de la part des femmes et MSM PS **à l’égard du « caractère des PS »** ont été recueillis. PS et EP considèrent l’habillement, le comportement et le langage des PS comme insolent et présentent ce caractère comme provoquant des VBG envers les PS concerné.es mais également comme alimentant la violence envers tou.tes les PS. S’il convient d’analyser les facteurs contribuant à une surexposition aux VBG, il convient également d’interroger ces stéréotypes dévalorisants, en particulier lors de la survenue de VBG pour éviter qu’ils n’entraînent une revictimisation – où la victime est considérée responsable de ce qui lui arrive – et entravent l’accès à une prise en charge.

3.3 FACTEURS DE RISQUES & DE SUREXPOSITION AUX VBG

3.3.1 La stigmatisation, la discrimination et la revictimisation

La stigmatisation et la discrimination sociale sur la base de l’activité (putophobie) et sur la base de l’identité de genre (homophobie et transphobie) représentent un facteur important de surexposition des professionnel.les du sexe aux VBG. **La revictimisation** lors de l’accès aux structures de santé et à la police/gendarmerie¹⁰⁷ pour une prise en charge des VBG est très présente dans les discours, ce qui témoigne soit de sa forte prévalence, soit de son impact important sur les PS. Femmes et MSM ont fait face, en outre, à de la diffamation et des insultes, à des sollicitations financières ou sexuelles, ou au déni de services. L’anticipation d’une stigmatisation, accompagné de **l’intériorisation d’un sentiment d’infériorité**, réduit la capacité d’agir des PS face aux VBG.

- Un facteur de surexposition aux VBG

En ce qui concerne la putophobie, les meurtres et disparitions recensés chez les PS semblent témoigner d’un mépris absolu pour la valeur de la vie des femmes qui exercent le travail du sexe. La violence physique et sexuelle, semble également être parfois associée à une idée que les PS doivent satisfaire toutes les envies du client, ceci sans égard pour le ressenti physique ou émotionnel des PS. L’expression « vendre son corps »

¹⁰⁷ La police est présente en milieu urbain, la gendarmerie en milieu rural.

communément utilisée pour faire référence à la prostitution semble renforcer de telles conceptions.

« Surtout à Tana, c'est très fréquent ce problème le gars a un faux compte, il drague et tout ça mais enfin de compte ce n'est pas sa photo. Au moment de la rencontre, c'est quelqu'un de malfrat et il fait toutes les agressions possibles. » (FG MSM, Tamatave).

L'homophobie et la transphobie sont source d'agressions physiques et sexuelles comme les cas présentés dans la section VBG en témoignent. De plus, l'homophobie réduit le champ des possibles en termes de stratégies de prévention des VBG. MSM et travestis ont tendance à travailler majoritairement de nuit, ceci alors que le travail de nuit est considéré comme plus dangereux. De plus, certains établissements hôteliers refusent d'accueillir les MSM. L'acte a plus souvent lieu chez le client ce qui les expose davantage à certaines formes de violences tels les viols collectifs (voir ci-dessus). Toujours pour préserver l'anonymat, la majorité des MSM rencontrés contactent leurs clients par les réseaux sociaux. Cette modalité amène des risques spécifiques : des homophobes utilisent des faux comptes pour cibler puis agresser des victimes. La transphobie restreint par ailleurs la capacité de réagir face aux VBG. Des jeunes MSM pensent que leur réaction pourrait empirer la situation au vu de leur identité de genre, ils évitent de répondre *« sinon notre côté efféminé va sortir. »* (FG, MSM, Antananarivo).

- La revictimisation lors de l'accès à la police et à la justice

« Il y a des violences physiques : si tu n'as pas de rapports sexuels avec lui, il ne te reçoit pas. Dans une situation, un policier m'a dit « Je couches d'abord avec toi et après je reçois ta plainte » ensuite il a dit aussi « tu me donnes cette somme et je vais voir ce que peux faire ». Donc il a besoin d'une compensation contre ta plainte et lorsque tu lui dis que tu n'as pas d'argent, il te propose de coucher avec lui et d'autres policiers et tout sera réglé. » (FG EP femmes, Antananarivo).

« La police ne se positionne même pas en tant que protecteur de la communauté, elle ne respecte même pas les droits de l'homme. On dirait que c'est la police même qui aide les agresseurs. » (FG, femmes, 18 et 25 ans, Antananarivo).

Les cas les plus graves, rapportés par plusieurs femmes à Antananarivo, concernent la **sollicitation financière ou sexuelle** de la part de policiers lors de tentatives de dépôt de plaintes – si la corruption est répandue à Madagascar, la « corruption sexuelle » est une particularité du vécu des PS. De plus, à Antananarivo, où les PS vivent de nombreuses violences policières, **la police est vue comme antagoniste et non comme un allié ou un protecteur.**

« Il (la police) m'a rabaissé, il a dit « tu n'es rien, il n'y a pas de papier pour écrire une plainte de prostituées chez nous. » J'ai dit à mon amie « il n'y a pas de justice pour nous ici, allons-nous-en. » » (FG EP, Antananarivo).

Aucune violence sexuelle ou économique lors du recours n'a été signalée dans les autres localités de l'étude, par contre la stigmatisation et le déni de services ont été documentés dans toutes les localités. Plusieurs femmes et MSM PS ont vu leurs **tentatives de dépôt**

de plainte rejetés. Parfois les cas sont rejetés avec **mépris**. A Moramanga, les femmes sont bien reçues au niveau de la gendarmerie mais les plaintes liées au travail du sexe, en particulier en cas de non-paiement, ne sont pas reçues. Néanmoins les plaintes de PS qui ne sont pas en lien avec leur travail – en cas de cambriolage ou d'autres événements – sont reçues avec sérieux et sans aucune discrimination.

« On ne sait pas où aller. Si on va à la police, on va nous dire c'est normal qu'on vous fasse ça, car ce n'est pas humain (les rapports homosexuels). » (FG MSM, Antananarivo).

Dans le cas des **MSM rencontrés, aucun n'a porté plainte pour VBG ou autre situation.** Au vu de la double stigmatisation qu'ils anticipent, ils évitent une humiliation considérée certaine. De plus, **le statut social n'est pas considéré comme un facteur de protection** face à l'homophobie – des exemples de maltraitance policière de travestis célèbres¹⁰⁸ ont été cités – cette situation entérine le non-recours en cas de VBG.

« Non, je n'ose pas porter plainte. Parce qu'ils peuvent nier ce qui s'est passé ! Leur parole contre la mienne, pourtant je suis une prostituée. Personne ne veut m'entendre. (...) Je ne me suis jamais plaint à quelqu'un. J'ai pleuré de tout mon âme devant mon fils. Je ne suis pas allée consulter ou allée voir quelqu'un. Je n'ai rien dit à qui que ce soit. » (El, femme, 51 ans, Antananarivo).

Plusieurs discours témoignent du **manque de légitimité ressentie** par les PS victimes de VBG. La stigmatisation intériorisée représente un frein important au dépôt de plainte, notamment **la honte** de raconter les circonstances dans laquelle la violence est arrivée. Un représentant de la PMPM corrobore ces dires : selon lui, les professionnel.les du sexe n'engagent pas une procédure judiciaire par honte de présenter leur cas au tribunal ; la PMPM reçoit ainsi plus de dénonciations de la part des PS que des plaintes écrites. Lorsqu'il s'agit des **VBG perpétrées par les forces de l'ordre, les PS se sentent d'autant plus impuissant.es.** Elles imaginent que leur recours sera sans succès et s'attendent à de la corruption entre policiers qui *« se protègent entre eux. »*

« Je pense que la loi n'interdit pas la profession du sexe. J'ai le droit de sortir la nuit et de me promener la nuit (faire le travail du sexe), oui, je peux sortir ! Mais pour ce qui est des droits, je pense que les PS n'ont pas de droits. » (El, femme, 29 ans, Brickaville).

Le travail du sexe est perçu comme un travail légal (voir contexte), mais à cause de la stigmatisation, femmes et MSM disent **ne pas avoir accès à leurs droits en tant que professionnel.les du sexe.** En ce qui concerne le certificat médical, les professionnel.les du sexe connaissent l'utilité du document mais considèrent qu'il ne pourra leur garantir leurs droits au vu de la stigmatisation de leur métier et qu'ainsi *« ça n'a pas de valeur lorsque tu es une prostituée ! »* (FG femmes, plus de 25 ans, Antananarivo).

- La revictimisation lors de l'accès à la santé

¹⁰⁸ Zatia est une célèbre transsexuelle (opérée) qui a été victime de vol et quand elle est allée à la police, le policier a répondu qu'il ne parle pas avec une personne comme elle ; elle a ensuite publié son vécu sur Facebook.

« Je suis allé voir un médecin (...) il m'a insulté en disant « tu n'es qu'un idiot, pourquoi tu fais ce travail ? » » (FG EP MSM, Antananarivo)

Plusieurs femmes et MSM PS ont été **mal reçus** lors de consultations médicales suite à des VBG. Les soignants tiennent souvent des propos moralisateurs et placent le blâme sur la femme - « *la prochaine fois, ne le fais pas si tu ne supportes pas !* » » (EI, femme, 35 ans, Moramanga) – ceci même lorsqu'ils montrent une certaine bienveillance en fournissant par exemple les médicaments gratuitement suite à une agression.

La prévalence perçue ou réelle de la discrimination dans les CSB limite la consultation suite aux VBG, cette discrimination est particulièrement ressentie chez les MSM. Lorsqu'ils/elles consultent, MSM et femmes « ont honte » et cachent leur activité (et leur orientation sexuelle), limitant une prise en charge adaptée, notamment en termes de RdR. Plusieurs femmes et MSM ont dit ainsi préférer avoir recours à l'automédication suite aux VBG. Le partage de prescriptions a été présenté comme une pratique courante pour éviter la stigmatisation lors des consultations médicales.

Sur certains CSB, un déni de service a été documenté. Si la situation suivante est arrivée en dehors de VBG, elle conditionne un non-recours en cas de besoin par la suite. Suite à cet événement, une représentante d'association de PS a accompagné les PS munie de son badge, cette fois elles ont été reçues mais en dernier.

« On y est allé 3 fois : la première fois, on nous a dit d'attendre puis de revenir car il n'y avait pas de médicaments pour l'IST. Quand je suis revenue le jour indiqué, il a dit que le médicament n'est pas encore arrivé et qu'il fallait revenir un autre jour. Nous étions venues en groupe la 3^{ème} fois, et il ne s'est pas montré très accueillant, en nous disant que nous étions trop nombreuses et que nous ne comprenions rien. Je n'ai jamais été reçue après une longue attente, par le docteur car il s'est plaint d'être fatigué. Je ne veux plus y retourner depuis ce moment, j'en ai marre ! » (EI, Femme, 29 ans, Brickaville).

Enfin, l'exclusion sociale des PS et des MSM limite l'accès aux peu d'options disponibles en termes de soutien psychologique. Femmes et MSM PS ont dit trouver un réconfort psychologique dans la prière. La stigmatisation dont elles et ils font l'objet restreint par contre l'accès aux structures et aux cérémonies religieuses (voir ci-dessus).

- **L'intériorisation du stigmate, un facteur qui limite la capacité d'agir**

« Non, je n'ai rien fait. C'est honteux alors je n'ai osé parler à personne de cette situation. » (FG femmes, Brickaville)

« Le problème des LGBT, vu qu'il se cache, même s'il subit une agression sexuelle, il ne peut pas l'avouer à ses parents ou à sa famille et surtout pas à la communauté. Il n'ose pas porter plainte car il a peur de la réaction de la police : « ah ! Tu es comme ça, tu fais ça. » Il a peur d'être jugé par rapport à ça. Il préfère rester silencieux et il se soigne tout seul et c'est tout. » (FG MSM, Tamatave).

La honte – construite sur la base d'une intériorisation de la stigmatisation dont ils et elles sont victimes sur la base de leur travail et/ou de leur identité de genre – **contribue à l'inaction face aux VBG.** Lors de l'étude, de nombreux interlocuteurs ont dit n'avoir

jamais parlé des VBG vécues auparavant. Ceci est particulièrement le cas des MSM mais également le cas des femmes, y compris des EP rencontrés.es. Le besoin de partager le personnel en termes de VBG a été ressenti lors des focus groups.

L'intériorisation du stigmat contribue également à la **revictimisation des PS par leurs pairs** qui identifient le « comportement des PS » – considéré en décalage avec les normes sociales – comme étant à l'origine des violences vécues. L'accès à un soutien psychologique entre paires en est affecté – définir une stratégie d'intervention qui soutient et encourage le partage de cas de VBG semble important.

3.3.2 La précarité

La précarité est un deuxième facteur conséquent de surexposition des professionnel.les du sexe aux VBG ; elle restreint également la capacité d'agir en termes de prévention, de protection et de prise en charge. Pour subvenir à leurs besoins, certain.es PS ont dit adopter des pratiques de travail qui, selon elles, les exposent davantage aux VBG ; d'autres ont dit accepter en silence des pratiques non-souhaitées ou des actes considérés violents ; enfin, en cas de VBG, le coût est cité comme un frein d'accès aux services de prise en charge.

« Je sens que je souffre et que je suis en difficulté. Parfois, des clients abusent trop de moi (...) Par exemple, il me force beaucoup. Il me force sur ce que nous faisons. Il me force trop, il tient mes mains trop fort, il me gifle et tire sur mes cheveux. (...) Cela ne me convient pas, mais vu que je n'ai pas d'argent, je n'ai pas le choix. » (El, Fille, 17 ans, Tamatave).

Pour les mères et mineur.es isolé.es en particulier, la précarité économique semble contribuer à la prise de risques. En toute connaissance de cause, elles/ils acceptent des conditions plus à risque – aller chez le client, travailler tard le soir – et des pratiques sexuelles non-souhaitées – positions ou non-port du préservatif. Chez les mineur.es en particulier, **la nécessité façonne la perception de ce qui doit être accepté** lors de la vente de services sexuels. La crainte de ne pas être payée, **limite la capacité de refuser des pratiques** non-souhaitées ou considérées violentes. Une mineure dit endurer des actes qui ne lui conviennent pas et qu'elle décrit comme violents, la faisant souffrir, par besoin d'argent. Un MSM mineur a également dit accepter des pratiques sexuelles à l'encontre de ses souhaits, cette fois par crainte de violences physiques. Les services sexuels deviennent alors des sévices sexuels.

En cas de VBG, l'aspect financier est la cause la plus fréquemment mentionnée de **non-recours à la santé**. Bien que des efforts aient été fournis par des organisations telles que SISAL pour réduire les coûts, les PS considèrent ces frais comme au-dessus de leurs moyens. Même si les consultations dans les CSB sont gratuites, aller chez le médecin est quelque fois perçu comme une perte de temps et des revenus qui auraient pu potentiellement être perçus pendant le temps d'attente. EP et structures sanitaires confirment que « *les PS ne veulent pas attendre lorsqu'elles arrivent au CSB. Elles veulent être immédiatement reçues.* » (Chef CSB).

« Je sais très bien les médicaments que les médecins utilisent, il m'avait dit « s'il y a des odeurs, prend 8 métró (métronidazole) ! », mais je pense que 4 ira bien quand même. (...) »

C'est ce qu'on reproduit en dehors du centre. On peut avoir ce type de médicaments au détail en pharmacie. » (FG femmes, plus de 25 ans, Antananarivo)

La précarité économique renforce les pratiques **d'automédication** ou de partage de prescriptions en cas de VBG ou d'IST ; parfois la prescription est adaptée pour encore réduire les coûts. **La précarité façonne également la perception des risques** : une femme a exprimé sa préférence de contracter le VIH/SIDA plutôt que d'autres IST, car le traitement est gratuit dans ce cas.

La précarité et la stigmatisation lors de l'accès aux services ainsi que le niveau de connaissances en matière de SSR représentent des facteurs de **surexposition des PS à des pratiques de santé inadaptées face aux VBG**. L'utilisation excessive de l'amoxicilline a été observée dans tous les endroits de l'étude ; la dose et la durée de la prise varient considérablement. Ce médicament est utilisé dans des situations diverses, mais la plupart des cas sont liés à des rapports sexuels non protégés (y compris en dehors des VBG). Après une violence sexuelle un vendredi soir, une femme de 32 ans a partiellement suivi les conseils fournis par SISAL, elle a pris l'amoxicilline mais n'a pas consulté par la suite comme conseillé. Concernant cette prise d'amoxicilline, les conseils semblent mal retenus ou partagés entre professionnel.les du sexe. Par ailleurs, l'automédication à l'amoxicilline peut s'expliquer aussi par sa facilité d'accès : ce médicament est vendu partout au marché, dans les épiceries ; la molécule est abordable en termes de coût.

« Si j'ai subi un viol et je n'ai pas d'argent pour un certificat chez le médecin. Si on a retrouvé le coupable, lui il a de l'argent et moi non donc ce n'est pas possible de déposer plainte. Si je vais déposer une plainte, je n'ai pas le temps parce que je dois trouver de l'argent pour nourrir mes enfants. Il faut que je ne travaille plus pendant une semaine pour une démarche officielle... Le fond du problème c'est l'argent. » (FG EP, Tamatave).

La précarité socio-économique est également un **frein au dépôt de plainte** ; cette démarche est perçue comme coûteuse en termes monétaires et en termes de temps. Les CSB exigent un paiement de 10 000 Ar pour le certificat médical, tandis que le coût peut monter jusqu'à 25 000 Ar dans des établissements plus spécialisés comme le Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA). La démarche est par ailleurs perçue comme ayant peu de chances d'aboutir au vu des moyens financiers réduits des PS face à une corruption considérée certaine.

3.3.3 L'âge et la situation familiale

- Être mineur.e

« Si les majeures peuvent porter plainte en cas de violence nous, déjà on se cache pour le travail, il est impossible de porter plainte contre le client. » (FG mineures, Antananarivo)

Pour les mineur.es, rencontrées lors de l'étude, vendre des services sexuels est perçu comme **agir dans l'illégalité ; tou.tes se cachent des autorités**. Les mineur.es se considèrent plus à risque de certaines formes de violences de la part des clients, notamment le non-paiement, au vu de cette situation. Les mineur.es ont **peu accès aux**

chambres, en particulier la nuit. Dans le cas des mineures qui travaillent dans la rue, le baptême, **la violence morale et parfois physique de la part de PS majeures signifie qu’elles restent souvent seules, isolées pour trouver des clients** ; elles n’ont pas de lieu fixe de travail et très peu ont pu se construire un réseau de soutien sur le lieu où elles vendent leurs services sexuels. La situation est similaire pour les MSM mineurs mais pour des raisons différentes ; la majorité passent par les réseaux sociaux et changent régulièrement de lieu pour l’acte, pour ne pas être repérés.

« Ma mère ne le sait pas (...) Je n’ai personne à qui me plaindre car je ne connais personne ici. Personne. Je ne fais que prier. Je ne peux rien faire, je pleure et je reste seule. (...) C’est la première fois que j’en parle (...) Je sais où aller (à la police) mais je n’y suis jamais allée ! Je subi souvent des violences mais (...) je ne sais pas comment m’y prendre. (...) Je ne me suis jamais faite soigner pourtant ma tête me fait souvent très mal. » (El, fille, 17 ans, Tamatave).

Aucun.e des mineur.es rencontré.es n’a accédé à des services de prise en charge suite aux VBG vécues. La plupart ont un **réseau de soutien extrêmement restreint** et une **connaissance réduite des services et démarche disponibles**. Les mineur.es rencontré.es **pensent ne pas avoir le même accès aux droits que les majeur.es** vu qu’ils/elles œuvrent dans l’illégalité.

Pour la grande majorité des mineur.es, leur famille représente leur unique **réseau de soutien**. Or les mineur.es cachent leur activité de la famille et de leurs proches. Les MSM en couple ne parle pas toujours des violences vécues par crainte d’exposer leur compagnon à l’homophobie. Même si les mineur.es rencontré.es ont été contacté.es à travers une association, les filles en particulier, **parlent peu des violences qu’elles vivent avec les éducatrices paires**. Le sentiment de concurrence avec les PS majeures impacte sûrement cette relation. De plus, **les EP ne sont pas encore formées à la prise en charge des VBG et en parlent peu avec les PS** (mineures ou majeures). Les mineures ont recours aux associations spécifiquement pour le dépistage ou des problèmes de santé sexuelle (SISAL ou les DIC à Antananarivo, Village SOS enfants ou AFSA à Moramanga). Les garçons mineurs ont tendance à partager leurs difficultés au niveau du Réseau LGBT ou des DIC d’ASOS et ont accès à un réseau de soutien plus élargi. L’homophobie crée une forte solidarité entre LGBT.

- Avoir un enfant en dehors du mariage

« La famille ne me respecte même pas et me réduit en boniche. Elle me pointe du doigt car j’ai eu des enfants sans être mariée. » (FG, femmes, 18 et 25 ans, Antananarivo).

La stigmatisation des grossesses en dehors du mariage (chez les mineures et majeures) peut entraîner un rejet familial des mères isolées. Celles qui habitent avec leurs parents sont dénigrées. La coutume attribue la prise en charge économique de l’enfant à la famille paternelle et non à sa famille maternelle. Les mères isolées ressentent une pression familiale pour subvenir aux besoins de leurs enfants¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Cripps A., O. Ramananjahary, M. L. Ranorivololona, E. Souffrin (2022). Diagnostic genre Koloaina, Appui à l’intégration du genre au projet « d’empowerment » des femmes accompagnées par ATIA en Inde et à Madagascar. [Rapport d’étude]

- Être « un peu âgée »

« Je ne travaille que la nuit maintenant. J'ai commencé à avoir honte et je ne travaille plus le jour (...) Je préfère être seule quand je cherche un client parce qu'elles sont toutes jeunes et il n'y a pas une femme de mon âge (...) Je ne travaille que les week-ends, les jours de fête et la fin du mois parce que beaucoup d'hommes sont ivres à ces périodes-là et on peut en profiter. » (El, femme, 63 ans, Antananarivo).

L'étude a permis de recueillir le vécu de deux femmes de plus de 55 ans qui ont exercé le travail du sexe toute leur vie. Au vu de la difficulté de trouver des clients, ces femmes âgées **adoptent des modalités de travail qui les exposent davantage aux VBG** : elles ciblent les hommes ivres et travaillent seules pour éviter la concurrence des PS plus jeunes qu'elles. Par ailleurs, elles se cachent ayant davantage honte de leur activité. Elles se sentent davantage à risque de VBG. Les clients justifient le non-paiement sur la base de services insatisfaisants compte tenu de leur âge. La perception de l'impuissance face aux VBG physiques et sexuelles semble accentuée. Le nombre restreint de clients – et parfois la maladie – rend le paiement d'un loyer difficile. Lorsqu'elles sont également victimes de rejet familial, certaines se retrouvent sans logement et dorment dans la rue. Ceci est le cas d'une des deux femmes rencontrées même si la communauté – fokontany et voisinage – soutiennent sa demande auprès de son fils de l'héberger. L'âge et la valorisation sociale du rôle de mère contribue à réduire la stigmatisation des PS âgées.

3.3.4 L'orientation sexuelle et l'identité de genre¹¹⁰

- Être LGBT

L'homophobie et la transphobie au sein de la communauté, chez les forces de l'ordre, dans les lois et les services excluent la communauté LGBT de toute prise en charge des cas de VBG (voir contexte pour plus de détails). De plus, des responsables soulignent le manque de volonté de changement d'une telle situation ; la communauté LGBT n'a pas été consultée lors de la rédaction de la loi sur les VBG. « On est toujours exclus de tous ces processus-là et de la lutte en elle-même. » (Responsable, Antananarivo).

- Être mineurisé.e en tant LGBT de moins de 21 ans

« On ne peut pas accueillir les mineurs parce qu'on va avoir des problèmes avec les autorités. Même si les parents les ont mis à la porte... si les parents portent plainte contre toi, et ils peuvent inventer n'importe quoi ! » (FG MSM, Tamatave).

La mineurisation des LGBT de moins de 21 ans par la loi 98-024 revictimise les jeunes LGBT suite au rejet familial. Les associations rencontrées disent souhaiter prendre en charge les moins de 21 ans en situation de rue mais ne pas pouvoir les héberger par crainte d'être menées en justice pour détournement de mineur. Ces jeunes sont parfois accueillis par d'autres MSM ; les EP considèrent qu'ils se retrouvent souvent dans des situations de domination et d'abus au vu de leur vulnérabilité. **La loi qui criminalise les rapports avec et entre LGBT mineur.es les prive de leurs droits et de tout accès**

¹¹⁰ Voir également la section stigmatisation qui présente d'autres facteurs de risque liés à l'identité de genre.

à un recours juridique. Elle expose également les LGBT mineur.es à des abus de la part de l'entourage qui extorquent de l'argent aux clients de LGBT mineur.es en menaçant de porter plainte.

3.3.5 Le niveau de connaissance

- La connaissance des droits

Le fait que le travail du sexe n'est pas interdit par la loi est souvent mis en avant comme une raison d'exercer ce métier (plutôt que de voler). Par contre, à Brickaville, le mot « droits » n'a pas été compris par les femmes rencontrées. Ceci ne signifie pas qu'elles n'identifient pas les situations de violence mais qu'elles **n'ont pas une connaissance approfondie de la manière dont leurs droits sont protégés par la loi**. Les droits sont définis en réaction à la stigmatisation : les droits de PS, des femmes et des LGBT sont définis comme « *le droit de vivre comme tout le monde.* » (FG, MSM, Tamatave).

- La connaissance des procédures pour porter plainte

« Je devais aller à la police. C'est ça notre problème, nous ne savons pas quoi faire (...) Je ne connais pas une femme qui a porté plainte pour (...) le cas de violences comme ce qui m'est arrivé (violences sexuelles) ... Je ne sais pas s'il y en a eu. Après notre entretien, s'il y aura encore une situation comme ça, je pense que ce ne sera plus difficile pour moi de déposer plainte à la police, ou bien d'aller tout de suite le dénoncer pour qu'il soit arrêté au moment même. Mais avant votre arrivée, je n'ai pas encore reçu d'informations sur ce que nous devons faire. » (E1, femme, 25 ans, Tamatave).

Le manque d'informations sur les démarches et services disponibles soulignée par la majorité des interlocuteur.ices, est perçue comme un réel frein d'accès aux droits. Les lieux de recours sont souvent connus mais les connaissances sur le déroulement des démarches semblent confuses. Plusieurs interlocuteur.ices pensent ne pas pouvoir **porter plainte** si l'identité de l'agresseur n'est pas connue. Dans d'autres cas, il semble que les PS ont besoin d'une forme de validation extérieure de leur vécu en tant que violence. La citation ci-dessus d'une femme qui n'a pas porté plainte suite à des violence sexuelles endurées pendant plusieurs heures insinue que l'entretien – axé sur son vécu et non sur la sensibilisation – lui a conféré la force de porter plainte.

- La connaissance en santé et en réduction des risques en SSR

En termes des risques liés à leur activité et aux VBG dans le cadre de leur travail, le VIH/SIDA est la maladie la plus connue, et perçue comme la plus à craindre. Le VIH et les autres IST sont connus grâce aux sensibilisations faites sur la thématique par différents acteurs de la santé, mais aussi par les dires des amies travailleuses du sexe. **Parfois néanmoins, les interlocuteur.ices semblent incertain.es de leurs connaissances en matière de SSR.** La précarité (voir ci-dessus) et les spécificités de leur travail peuvent avoir un impact sur la perception des IST.

« Il y a des gens qui veulent des hommes avec des condylomes : ça les excite. C'est pour le fantasme du clitoris de fille. (...) C'est bizarre car c'est une maladie quand même. » (FG MSM, Antananarivo).

Les condylomes¹¹¹ sont recherchés par certains clients. Même si les MSM rencontrés considèrent cette perception comme inadaptée, elle augmente le risque de ne pas soigner cette maladie très contagieuse.

L'utilité du préservatif dans la prévention des IST est connue par la grande majorité des interlocuteurs. Par contre, **au vu de la précarité seulement un nombre très limité de femmes ou de MSM refusent catégoriquement les rapports non-protégés** (3 femmes et 1 MSM sur les 108 PS rencontrés en FG ou EI). Certaines femmes font le rapport argent gagné/argent perdu en cas de maladie et refusent les rapports sexuels non-protégés. Ce raisonnement fournit une piste pour convaincre les PS sur l'importance du port du préservatif. La plupart des PS sont conscient.es de l'importance de se faire régulièrement dépister pour le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, **certaines femmes ne se dépistent pas**, soit parce qu'elles ne croient pas en l'existence de ces infections soit par peur des résultats.

Si les PS savent se protéger contre les grossesses non désirées, tel n'est pas toujours le cas de mineures qui vendent du sexe. Les connaissances sur l'utilité, l'utilisation et la disponibilité du préservatif et de la planification familiale (PF) sont parfois extrêmement limitées. Une fille de 17 ans à Moramanga ne savait pas comment utiliser un préservatif et pour éviter de tomber enceinte, elle vend des services sexuels uniquement pendant ses règles. Une autre fille de 17 ans à Antananarivo prend de l'amoxicilline après les rapports non-protégés pour, selon elle, évacuer le sperme.

De manière générale, **les connaissances en matière de SSR sont réduites chez les mineur.es**. Si le VIH/SIDA est connu de toutes et la majorité se sont déjà dépistés et disent qu'ils/elles le referraient « si c'est disponible », ce qui démontre une méconnaissance des services. En dehors du dépistage, les structures de prise en charge de la SSR ou des VBG sont peu connues. Les garçons mineurs, qui fréquentent plus souvent des réseaux de soutien, semblent mieux informés en SSR que les filles.

3.3.6 Le manque de services adaptés

- Les services de prise en charge des VBG

Acteurs associatifs et professionnels au sein des structures de prise en charge médicale, policières et juridiques soulignent **un manque de formation en VBG et en SDR**. Au niveau des CSB, les MSM rencontrés identifient le non-respect de la confidentialité par les stagiaires comme un frein au dépistage du HIV/SIDA.

Plusieurs discours soulignent par ailleurs **un manque d'intégration des services**, avec d'un côté le pénal et de l'autre la santé ; l'aspect psychosocial est peu pris en compte. Cette femme est présidente d'une association de PS et assiste les femmes victimes pour aller porter plainte, par contre lorsqu'elle a subi des violences elle-même, elle n'est pas

¹¹¹ Sexuellement transmissibles, les condylomes sont des verrues génitales ou anales bénignes.

allée à la police comme son état physique ne lui permettant de se déplacer ; des services intégrés aurait permis une prise en charge plus complète : « *Ça m’est sorti de la tête parce que j’avais vraiment mal !* » (EI, femme, 35 ans, Moramanga). Un **manque de diversification des services** entrave l’accès des MSM et hommes cis-genre victimes de VBG aux services de prise en charge ou d’hébergement.

- Les services de réduction des risques

Les ruptures de stock sont fréquentes dans les centres de santé, « *les médicaments, préservatifs, ARV, réactifs sont souvent en rupture et cela affecte les activités de dépistage et de traitement de VIH/SIDA.* » (FG, EP, Antananarivo). La non-disponibilité du **préservatif féminin** est soulignée par les MSM qui l’utilisent pour éviter l’exposition lors du *stealth*. La **prophylaxie VIH/SIDA** semble par ailleurs peu disponible ou alors peu connue alors que femmes et MSM sont dans des situations qui démontrent une grande complexité face à l’utilisation des préservatifs autant en termes d’accès que de refus de la part des clients mais aussi d’une surexposition au *stealth* et aux agressions sexuelles. Le besoin de renforcer l’accès aux intrants de RdR et aux informations est ainsi soulignée.

Les PS rencontrées n’ont souvent **pas accès à la contraception de leur choix** et ce en lien avec des ruptures d’intrants récurrentes et/ou de manque de formations du personnel pour certaines méthodes de PF (implant/ Dispositif Intra Utérin). Aucune des femmes interviewées n’a parlé de **contraception d’urgence**. Cela peut refléter un manque d’information sur cette méthode contraceptive et fort probablement un manque d’accès à cette dernière. Alors qu’interdite à Madagascar, la pratique **de l’avortement (médicalisé ou non)** a été mentionnée par les interlocutrices. Certaines achètent des médicaments abortifs « Cytotec » en pharmacie ou ont recours à des *reninjaza* ou matrones traditionnelles.

3.4 FACTEURS DE PROTECTION FACE AUX VBG

3.4.1 Identification des risques

Professionnel.les du sexe et mineur.es qui vendent du sexe identifient une multitude de risques encourus au cours de leur activité et soulignent le besoin de rester alerte à tout moment. Des facteurs de risque ainsi que des signes d’alerte spécifiques sont identifiés en rapport avec (1) **les modalités de travail** – travailler tard le soir, dans des quartiers à risque ou peu éclairés, (2) **le lieu de l’acte** – en dehors de chambres habituelles, chez le client, chez la/le PS, dans un lieu éloigné, la présence d’objets fétichistes, (3) **le comportement du client ou son état** - agressif, grossier, en état d’ivresse, les clients qui négocient trop le prix ou qui proposent un prix fort et ne négocient pas, la présence de drogues ou proposer à boire ou enfin (4) **l’état de la /du PS** – être soûle ou droguée (de son plein gré ou non).

3.4.2 Mécanismes d’autoprotection

Les PS se sentent souvent seul.es ou du moins entre elles/eux face aux VBG et ont développé des stratégies pour se protéger ou se défendre. **La fuite** (souvent sans être payé.e) est le mécanisme d’autoprotection le plus fréquemment présenté. Parfois **l’auto-défense** est utilisée mais ce mécanisme peut mener à des bagarres et des violences

physiques. Appeler au secours est une stratégie parfois utilisée avec succès, mais parfois sans réponse.

« Après nous être mis d'accord, s'il ne me paye pas tout, alors je ne prends pas cet argent. Je ne le reçois pas tout simplement. Je préfère penser l'avoir fait gratuitement et c'est mieux pour moi mais c'est lui qui n'aura pas la conscience tranquille après ça. » (El, femme, 51 ans, Antananarivo).

Une minorité de PS rencontrés ont développé des **stratégies d'autoprotection psychologique : ne pas accepter les demandes du client lorsque celles-ci vont à l'encontre de leur volonté** ou encore ne pas accepter les paiements incomplets. Ces deux stratégies impliquent souvent le non-paiement. Pour la majorité des PS, de telles situations sont **identifiées en tant que violences mais sont vécus comme inhérentes au métier et comme ne pouvant pas être évitées**. La prière est plus souvent évoquée comme moyen de faire face aux situations difficiles (mais sans les changer).

3.4.3 Pratiques de prévention et de réduction des risques de VBG

Les PS adoptent également des stratégies de prévention des VBG en lien avec les risques identifiés. **Par rapport aux modalités de travail**, des femmes disent rentrer plus tôt le soir, éviter les quartiers considérés plus à risque de nuit, certains maris accompagnent leurs femmes pour intervenir en cas de problèmes. **En ce qui concerne l'acte**, femmes et MSM considèrent les chambres comme étant plus sécurisées pour éviter les cas de *sélection*, LGBT et mineur.es cachent leur activité, leur orientation sexuelle et/ou leur âge pour accéder aux chambres. Plusieurs PS n'acceptent pas de se rendre chez le client ni d'accomplir l'acte chez elles/eux. **Pour négocier le port du préservatif**, certaines PS parlent de l'importance de protéger la santé du client et de sa femme. Pour prévenir le *stealth*, certains MSM utilisent le préservatif féminin. **En ce qui concerne les IST, certaines stratégies adoptées tiennent compte des risques sans contribuer à leur réduction** : un doublement du prix des rapports non-protégés est appliqué pour compenser le coût de soigner tout éventuel IST ainsi contracté.

En ce qui concerne l'interaction avec le client, plusieurs PS soulignent l'importance de rester poli avec le client pour **bien définir les limites du contrat**. Plusieurs PS femmes demandent à être payées en amont de l'acte et en amont de toute éventuelle prolongation. Elles sécurisent ensuite l'argent et leurs affaires – parfois en les déposant à la sécurité ou auprès d'un proche. A Tamatave par contre, les MSM alertent que dans leur expérience, demander à être payé avant peut entraîner un rapport violent. Pour prévenir les vols, les PS évitent également de dormir en présence du client. Certains MSM **face au non-paiement menacent de porter plainte**. Si cette stratégie semble fonctionner dans leur cas, lorsqu'elle est utilisée par les PS femmes, celle-ci peut se retourner contre elles : le client menace de la dénoncer en tant que voleuse. Pour éviter d'être accusées de voleuses, certaines PS demandent aux clients de vérifier leurs affaires avant de partir.

Pour éviter les violences policières, les PS conseillent de toujours avoir sa CIN sur soi, de développer une relation amicale avec les patrouilles ou de les esquiver en se cachant. Les MSM passent par des contacts plus hauts placés et moins homophobes en cas de violence.

Au vu de la stigmatisation, plusieurs PS travaillent dans un autre quartier que celui de leur domicile, ceci pour éviter d'être reconnues par leurs connaissances. En cas de violences, les compères/consœurs représentent le réseau de soutien mobilisable. Contribuer aux événements heureux et malheureux de la communauté (en outre naissances, mariages, décès) participe également à réduire la stigmatisation.

3.4.4 Mécanismes d'auto-support entre pair.es

Les PS ont recours à **leurs pair.es et aux éducateur.ices pair.es du milieu associatif** soit sur le terrain soit ou au niveau de lieux d'accueil dédiés – SISAL, les DIC d'ASOS et les lieux de regroupement du Réseau LGBT sont les plus mentionnés. Les mécanismes d'auto-support dans le cadre associatif sont abordés ci-dessous dans la section 3.4.6 sur les pratiques institutionnelles et associatives identifiées par les PS comme protectrices.

En ce qui concerne les mécanismes d'auto-support en dehors du cadre associatif, les stratégies présentées visent à **identifier les auteurs de violence soit pour prévenir d'autres PS, soit pour les emmener à la police**, ou encore pour se venger. Ces pratiques soulignent le manque de confiance dans la capacité de la police à retrouver le coupable. D'autres décident de faire justice elles-mêmes. Les éventuels risques d'entreprendre de telles démarches et être exposé.es à de nouvelles violences lors de la rencontre avec l'auteur sont peu identifiés. **D'autres stratégies visent à retenir un client** soit pour le forcer à payer – en l'encerclant à plusieurs – soit pour éviter la violence physique. Enfin des **cotisations entre pairs** – parfois avec le soutien d'une association – permettent de payer une caution pour libérer un.e PS en détention arbitraire ou de soigner une PS ou ses enfants en cas de maladie.

Les PS discutent peu des VBG vécues avec leur entourage, et encore moins avec les EP ou associations. Les PS ont honte de leur activité et se blâment pour ce qui leur est arrivé. Il existe également une concurrence entre PS. De plus, le manque de formation fait que les EP abordent peu le sujet des VBG. Enfin, PS et EP considèrent le recours inaccessible – par manque de moyens financiers, à cause de la stigmatisation ou par crainte d'une revictimisation.

3.4.5 Réseau de soutien informel

Même si les professionnel.les du sexe reçoivent peu de soutien, certains contre-exemples démontrent des opportunités pour renforcer le réseau de soutien des PS, éventuellement en tentant d'inclure des personnes dans la sensibilisation sur les VBG et les droits des PS. **Au niveau des hôtels, les réceptionnistes aident pour sécuriser les biens des PS**, mais très peu ont reçu de l'aide en cas de violences ; en cas de violences physiques envers les femmes et mineures **certains gérants sont intervenus**. Il arrive que ce soit d'autres clients de PS ou alors **des couples dans l'hôtel** qui portent secours aux femmes ou les préviennent des violences qui les attendent. Plusieurs femmes et MSM ont été **prévenus par des gardiens que les hommes qui les ont amené.es sont des malfaiteurs** et les ont aidé à s'enfuir. Les PS qui sont parvenues à construire de bonnes relations avec la communauté peuvent recevoir un soutien des **voisin.es ou autres connaissances**. Enfin, certains **parents**, souvent les mères, défendent leur fille ou garçon contre l'exclusion familiale sur la base de l'activité ou de l'identité de genre. (Voir ci-dessous pour les OSC).

3.4.6 Pratiques institutionnelles et associatives identifiées par les PS comme protectrices

- L'accès à la police et à la justice

L'unique recours à la justice en cas de VBG recensé lors de l'étude est celui d'une femme violée par 6 militaires dans un camp. Elle a été encouragée à porter plainte lors de son hospitalisation. Son recours à la Brigade Criminelle (BC) a abouti à un accord à l'amiable partiellement respecté.

« Une voiture est passée et m'a vue, j'étais nue à ce moment, ils avaient jeté mes habits par terre avec moi. J'étais faible après avoir été touchée par autant d'hommes. Ils m'ont emmené à l'hôpital et ils m'ont attendu là-bas. Puis ils m'ont dit de porter plainte et de ne pas en rester là, car il y a des défenseurs des droits des femmes. Ils m'ont déposé à Anosy à la BC. J'ai déposé plainte. J'étais vraiment mal, j'ai été opérée car j'ai subi d'importants chocs en moi. J'ai été hospitalisée un mois. (...) Après, on est retournés [au camp] car je me souvenais de tout le monde. Deux d'entre eux étaient absents, quatre étaient là. Ils n'ont pas nié les faits, ils ont voulu faire un arrangement : « on va prendre en charge les dépenses, et aussi les médicaments, le coût du traitement ». Ils ont dit vouloir payer le triple de l'argent convenu ce jour-là, on avait initialement convenu de 60,000 Ariary. Ils ont juste payé pour les traitements, en une seule fois, 920 000 Ariary. (...) Je n'ai rien reçu d'autre. » (EI, femme, 26 ans, Antananarivo)

La brigade criminelle d'Anosy conseille aux professionnel.les du sexe de venir directement chez eux en cas de violences : *« ils m'ont conseillé que si je subis une agression... surtout pour nous les PS de nuit, c'est seulement ici qu'on vous prend en charge, j'ai vraiment constaté avant... ils disent « on n'interfère pas dans une affaire de prostitués ! ». Autant directement aller au BC Anosy ! ».* (EI, femme, 26 ans, Antananarivo).

Alors qu'à Antananarivo, les PS sont réticent.es à se rendre dans une station de police, au vu de la prévalence perçue de la brutalité policière, **en milieu rural, femmes et mineures pensent immédiatement à aller à la gendarmerie en cas de VBG**. Plusieurs ont déjà porté plainte pour des violences en dehors de leur activité et ont reçu un accueil satisfaisant, ceci alors que dans de petites communautés, leur activité est probablement connue. Ces expériences positives de non-stigmatisation représentent encouragent le recours à la police également en cas de VBG liées au travail du sexe. Par ailleurs, même en ville, la relation avec la police s'améliore selon les EP et certaines PS femmes reçoivent même le soutien de la police dans les cas de non-paiement. La police reçoit les plaintes de réserves des PS pour violences commises dans le cadre de leur travail.

En ce qui concerne la procédure pour porter plainte, certaines femmes se sentent à l'aise de se rendre dans une gendarmerie / station de police ayant reçu une assistance par le passé – notamment en cas d'illettrisme.

« Si on ne connaît pas la personne, on vient au commissariat et on lui dit que quelqu'un a couché avec nous et il n'a pas donné d'argent et on en parle avec le commissaire. On garde toujours le papier avec nous car un jour/ nuit comme il est un homme qui aime sortir, il va revenir et à ce moment-là, tu peux en parler même avec la police de circulation. La police en voyant ta lettre de plainte, il va t'aider. » (FG, EP Antananarivo).

« Si un policier ne donne pas l'argent : on prend son nom ou le numéro du badge et on va au commissariat (...) pour expliquer le fait en soulignant qu'on est PS. (...) Si c'est un client : si on connaît le client ou si le CIN a été dans la chambre, on peut aller dans le fokontany pour le chercher (sans dire qu'on est PS). » (FG, EP Antananarivo).

La connaissance des procédures permet de pouvoir pleinement en bénéficier comme en témoigne le discours ci-dessus. Savoir quelles informations sont utiles à la police renforce également le pouvoir d'agir. D'autres informations utiles à garder entre consœurs / compairs ont été proposées par un représentant de la PMPM tel le numéro de la / du PS et l'immatriculation du véhicule si un.e collègue part en véhicule.

Les MSM semblent entretenir des relations cordiales avec la police en dehors de la capitale. Dans les zones rurales d'Analamanga, où officiers de quartier et MSM se connaissent, tel semble également être le cas. Par ailleurs, il a été souligné que la stigmatisation des LGBT par les forces de l'ordre n'est pas généralisée : le Réseau LGBT sait mobiliser des contacts « gay-friendly » en cas d'injustice.

- L'accès à la santé et au soutien

La proximité des services ainsi que **la disponibilité et accessibilité des éducateur.ices pair.es**¹¹² des association partenaires (AFSA, FIVEMIMAD, Réseau LGBT et SISAL) et des DIC d'ASOS est clairement appréciée dans toutes les localités de l'étude. Femmes et MSM sont assistés par les EP face aux violences notamment à travers **une information et un soutien moral** pour les aider à choisir parmi les recours disponibles. Un accompagnement physique est également fourni lorsque nécessaire. Le soutien – orientation, information, conseils et accompagnement – des responsables du Réseau LGBT en cas de VBG est souligné par les MSM rencontrés. Les responsables aident également à sortir de cellule les LGBT victimes de détention arbitraire. Le réseau participe par ailleurs à la sensibilisation des acteurs de proximité sur les VBG envers la communauté LGBT et palie au déni de services face aux violences. Parfois une enquête est menée par les membres et les responsables entament ensuite un « *plaidoyer à la police ou au Fokontany* ». D'autres plus petites « Associations de PS » implantées au niveau local accompagnent également les professionnel.les du sexe ayant subi des violences. A Moramanga, la présidente, avec une représentante du ministère de la population, accompagne les femmes victimes à la police pour les aider à porter plainte.

Les associations jouent un grand rôle dans l'accès au dépistage soit en offrant des services au niveau communautaire, soit en accompagnant les PS au niveau des centres de dépistage. **SISAL**, à travers leur dispensaire, leur bus et les activités de leurs EP, est connu par la plupart des professionnel.les du sexe à Antananarivo. La fluidité des services – y compris la livraison des antirétroviraux à domicile – est particulière appréciée. SISAL est le centre le plus fréquenté pour le dépistage et traitement des IST et du VIH/SIDA. L'association accompagne les PS victimes de VBG qui souhaitent déposer plainte.

Les drop-in centres (DIC) d'ASOS représentent un modèle de structure qui convient aux professionnel.les du sexe ; ils fournissent des services en SSR dans un cadre où leur activité et leur orientation sexuelle sont acceptées. Les DIC permettent de fournir un

¹¹² Il est évident que les résultats présentés ici sont biaisés par le fait que nos interlocuteur.trices ont été identifiées à travers les associations partenaires de MdM ainsi que les DIC d'ASOS.

service confidentiel et ciblé ce qui encourage l'accès aux soins et évite la stigmatisation. Les EP des DIC assistent également dans le recours aux soins externes au centre et ont identifié les lieux où l'accueil est équitable : « *le médecin sait déjà qu'ils sont gay alors, ils sont gentils.* » (FG MSM, Antananarivo). Ces espaces de convivialité favorisent l'échange de conseils et fournissent un soutien psychologique aux PS à travers les EP. Les centres ont une cuisine et servent d'hébergement d'urgence pour ceux et celles en difficulté. Un centre fournit du maquillage pour aider à valoriser les utilisatrices. Ces lieux sont également très appréciés par les MSM qui soulignent le manque de lieux de partage et de loisirs à leur disposition. **Les lieux de rencontre du Réseau LGBT** fournissent des espaces de convivialité similaire.

Les PS identifient d'autres services de santé (publics et privés) où l'accueil est considéré satisfaisant et non-stigmatisant : Befelatanana à Antananarivo, « *l'hôpitaly kely* » (CSB) appuyé par Mad'Aids à Tamatave, le cabinet médical privé affilié à Marie Stopes et « *l'hôpitaly be* » (CHRD) à Brickaville et le CSB Ankanin'ny tanora à Moramanga. Malgré la politique nationale de gratuité des méthodes de planification familiale dans les CSB¹¹³, les femmes doivent parfois payer des sommes qu'elles considèrent élevées – pour lesquelles elles doivent économiser – pour accéder à une contraception de leur choix. **Les réseaux de cabinets libres et de services ambulants de PSI** qui proposent des offres de PF gratuites plus élargies sont ainsi très attendus par les PS.

4. CONCLUSION

Cette étude témoigne de la forte prévalence des VBG vécues au cours de l'exercice du travail du sexe dans les localités cible du projet de MDM et ses partenaires. La grande majorité des femmes et MSM mineur.es et majeur.es rencontrée.es ont fait face à des violences dans le cadre de leur travail ainsi qu'en dehors de l'exercice de leur activité. Les PS identifient des violences spécifiques à leur métier. « **L'abus de confiance** » englobe les VBG sexuelles et économiques qui ne respectent pas le contrat verbal défini avec le client. **Un décalage entre les attentes du client et de la PS** est souvent constaté. Les PS distinguent leur consentement initial à un acte sexuel du (non-)consentement à des pratiques sexuelles non-incluses dans le prix. Les clients, par contre, semblent considérer que le fait de payer pour l'acte sexuel signifie un consentement de la/le PS à toute pratique sexuelle. Le fait de prolonger l'acte sans rémunération additionnelle est également ressenti comme une forme de violence sexuelle et économique.

Une des formes d'abus de confiance considérée la plus grave par les PS rencontrées est **la « sélection »**, lorsque plus de « clients » (agresseurs) se présentent que ce qui a été convenu et qu'il s'en suit un viol collectif (sans paiement). Cette forme de violence se déroule majoritairement au domicile d'un des agresseurs. Les MSM apparaissent ainsi comme surexposés à cette forme de violence, l'accès aux établissements hôteliers étant restreint au vu de la prévalence de l'homophobie. Femmes et MSM sont par ailleurs victimes du **retrait non-consenti du préservatif** (stealththing).

¹¹³ Les consommables, tels que les compresses, par contre ne sont pas gratuits.

Le non-paiement, est considéré comme très répandu, mais n'est pas pour autant banalisé. Au vu de la précarité de la majorité des interlocuteur.ices, **l'impact économique des violences est mis en avant**. En plus du non-paiement, les VBG entraînent des dépenses imprévues (pour se soigner ou porter plainte) et une perte de revenus si un arrêt de l'activité est nécessaire suite à des blessures.

Les PS définissent la violence en termes de situations qui entravent au bon déroulement de leur travail. Les VBG sont vécues comme une atteinte l'objectif de leur travail qui est d'assurer le bien-être (matériel et émotionnel) de leurs enfants. La perception de leur travail comme un choix contraint et difficile – au cours duquel elles « souffrent déjà » – pour atteindre cet objectif renforce la gravité perçue des VBG. Les VBG envers les enfants sont identifiées comme parmi les violences les plus graves.

Des **meurtres et disparitions**, ainsi que des **agressions physiques et sexuelles** ont été documentés en particulier au niveau des grandes villes. Les PS considèrent que ces actes résultent parfois d'une vengeance (ciblée ou généralisée contre les PS) suite aux vols commis par certain.es PS contre leurs clients. Les corps de certaines femmes ont été retrouvées mutilées. Leurs compères les considèrent victimes d'un trafic d'organes ou d'un prélèvement de parties du corps pour des « pactes avec le diable ». Ces meurtres, ainsi que certaines agressions, apparaissent comme prémédités. Certaines femmes ont été droguées avant d'être violées. Certains MSM ont été violentés par un agresseur qui se faisait passer pour un client sur les réseaux sociaux. Les PS identifient cependant les **clients habitués autant que les inconnus** comme des potentiels agresseurs – les actes de *sélection* étant souvent orchestrés par un client fixe. Par ailleurs, les femmes en particulier sont plus exposées à l'insécurité (vols et viols) lorsqu'elles attendent un client ; parfois les « bandits » qui les agressent sont les maris d'autres PS.

Deux formes d'**exploitation dans la cadre du travail du sexe** ont été présentées au cours de l'étude : (1) des situations où des mineures, jeunes filles ou femmes mariées sont contraintes à la vente de services sexuels par leur entourage et (2) des situations où une partie des gains des PS mineur.es ou majeur.es est retenue contre leur gré par la famille, par d'autres PS ou par un patron. Par ailleurs, des jeunes MSM rejetés par leur famille entrent dans des relations avec ceux qui les hébergent qui s'apparentent à de l'exploitation selon les acteurs associatifs.

La stigmatisation et la discrimination sociale représentent des facteurs importants de surexposition des professionnel.les du sexe à toutes les formes de VBG. Les femmes sont stigmatisées sur la base de leur activité alors que les LGBT sont stigmatisés principalement sur la base de leur identité de genre et leur orientation sexuelle. Pour les femmes, leur corps apparaît comme disponible pour assouvir tout besoin sexuel ou autre, ceci sans égard pour le ressenti, et parfois la vie, des PS. Pour les LGBT, la discrimination et le rejet social sont généralisés au niveau de la société et parfois des familles ; leur activité les expose davantage à la violence policière ou à celle de la communauté.

La précarité est un deuxième facteur qui restreint la capacité d'agir en termes de prévention, de protection et de prise en charge des VBG. Pour subvenir à leurs besoins, les professionnel.les du sexe peuvent admettre une plus grande prise de risques ; d'autres ont dit accepter par nécessité des pratiques non-souhaitées ou des actes considérés violents. Enfin, en cas de VBG, les barrières financières aux services de prise

en charge sont importantes. **L'âge est un autre facteur de surexposition aux VBG** : mineur.es et femmes âgées adoptent des modalités de travail qui pourraient les exposer davantage aux VBG, notamment en s'isolant pour éviter la concurrence des autres PS ou pour se cacher des autorités (dans le cas des mineur.es). Mineur.es et femmes âgées sont surexposées au non-paiement sur la base de leur âge. Des clients (et mineur.es) interprètent **l'illégalité de la prostitution des moins de 18 ans comme une proscription à tout recours** à la police (y compris face aux VBG). La loi qui criminalise les rapports avec et entre **LGBT de moins de 21 ans** exerce un impact similaire sur l'accès aux droits chez les MSM. Par ailleurs, les connaissances en matière de VBG, de services disponibles et de SSR sont d'autant plus réduites chez les mineur.es.

La violence policière et militaire est perçue comme une forme extrêmement grave de VBG, en raison de sa fréquence et de sa nature, tout en bafouant le rôle de protection qui devrait être assuré. Deux cas de viol collectif brutaux par des militaires ont été documentés. L'abus d'autorité policière est prévalente à la capitale : des PS femmes ont été violées sous menace. Des PS travestis quant à eux ont été brutalement tabassés par des policiers lors de contrôles d'identité. Femmes (sans CIN) et travestis (avec ou sans CIN) sont également détenus arbitrairement et seulement libérés suite au paiement de sommes importantes. Face à la violence des forces de l'ordre, les PS se sentent d'autant plus impuissantes, un seul cas de recours (à l'amiable) a pu être documenté. La prévalence des violences policières a un impact important sur la perception des forces de l'ordre chez les PS, ce qui **impacte la volonté de porter plainte** en cas de VBG.

Dans les 4 localités de l'étude, **la revictimisation** lors de l'accès aux services de prise en charge des VBG est très présente dans les discours : insultes, dénigrement, déni de service sont documentés. Lors du recours à la police, la revictimisation prend parfois la forme de sollicitations sexuelles et financières à Antananarivo ; dans toutes les localités, la violence morale est prévalente. L'anticipation d'une stigmatisation, associée à **l'intériorisation d'un sentiment d'infériorité**, réduit la capacité d'agir des PS face aux VBG. Les mineur.es et LGBT rencontré.es ont d'autant moins recours à la police : filles de moins de 18 ans et LGBT de moins de 21 ans se cachent de la police au vu des **lois qui criminalisent** leur situation. La **définition restrictive du genre** dans la loi sur les VBG, le manque d'inclusion de la communauté LGBT dans le développement des textes et actions liées à son application, le manque de lois protectrices des personnes LGBT, le manque de diversification des services VBG, renforcent la double stigmatisation des PS LGBT et **empêchent l'accès de la communauté LGBT aux droits en termes de VBG et de SDSR**.

Par ailleurs, chez tou.tes les interlocuteur.ices, le manque d'informations sur les démarches et services disponibles est perçu comme un réel frein d'accès aux droits. Les professionnel.les du sexe font également face à une **stigmatisation lors de l'accès aux services publics de santé**, sous la forme de propos moralisateurs pouvant aller dans certains cas jusqu'au déni de service.

Les PS identifient néanmoins des **structures et individus spécifiques qui fournissent un accueil sans préjugés** à l'égard de leur activité ou leur orientation sexuelle. La confidentialité, l'accessibilité (financière et géographique) des services, les informations, la convivialité et le soutien moral fourni par **les associations et les éducateur.ices pair.es sont particulièrement appréciés**. Les associations représentent souvent l'unique structure où les PS, en particulier les LGBT, peuvent avoir accès à un soutien

psychologique. Toutefois, les filles mineures accèdent peu à ces services notamment étant donné la concurrence avec les PS majeures et les violences intracommunautaires. Par ailleurs, les services fournis par les associations sont limités par le contexte juridique du pays, en outre en ce qui concerne la prise en charge des LGBT mineurisé.es par la loi (de moins de 21 ans) ou encore l'accès à l'IVG.

Malgré les défis majeurs auxquelles les PS font face, elles et ils témoignent de **résilience face aux VBG** - ceci est moins le cas chez les mineur.es qui apparaissent plus vulnérables et isolé.es face aux VBG. Les PS identifient une multitude de risques associées à leur métier et définissent la violence de manière élargie (en particulier chez les majeur.es). La sensibilité des PS aux VBG et la reconnaissance des situations à risque permet un ajustement des pratiques ; des mécanismes de prévention et de protection face aux VBG ont été développés par certain.es pour faire face à l'impact physique et psychologique des violences. Dans d'autres cas, les PS sont résigné.es face aux VBG. Les PS victimes de violences perçoivent ces dernières comme constitutives de leur métier et par conséquent comme inévitables. Les interlocuteur.ices se sentent souvent seul.es, ou du moins entre elles/eux face aux violences et soulignent l'importance des stratégies de prévention et de protection.

5. RECOMMANDATIONS

5.1 EMPOWERMENT DES PS FACE AUX VBG

1. Renforcer les connaissances en VBG (de la prévention à la PEC) et en droits
2. Renforcer le lien entre PS et services de PEC des VBG
3. Renforcer les instances et lieux de partage entre pair.es
4. Favoriser les échanges de pratiques (mécanismes de protection et prévention)
5. Renforcer l'estime de soi des PS à travers des événements et loisirs
6. Mettre en place des actions spécifiques à destination des mineur.es
7. Accompagner l'accès des PS à un pièce d'identité
8. Renforcer l'autonomie et la résilience financière des PS

L'étude permet d'identifier des pistes pour renforcer la capacité d'agir des professionnel.les du sexe et des mineur.es qui vendent du sexe pour mieux prévenir les VBG et, le cas échéant, y faire face. **PS et EP ont demandé d'être formé.es/renforcé.es en matière de VBG** – définition des VBG et des cas pouvant être pris en charge, services et démarches disponibles, procédures et informations utiles à la police – **et de SSR** – services disponibles, PF, RdR en SSR, conduite à tenir suite à un rapport non-protégé, automédication et utilisation de l'amoxicilline, l'impact de la ménopause sur les rapports sexuels, l'anatomie sexuelle et reproductive, et condylomes.

Une attention particulière au ciblage des mineur.es ressort comme essentielle étant donné leur faible niveau de connaissances (en termes de VBG et de SSR) et leur réseau de soutien limité. Le réseau d'EP des associations partenaires et des DIC, représentent une force dans l'identification des mineur.es qui vendent du sexe. Des groupes de parole dédiés aux mineur.es permettrait une plus grande mise en confiance et encouragerait la

participation et le partage d'expériences entre pair.es. Par ailleurs, une collaboration avec d'autres projets à destination des mineur.es et des jeunes permettrait d'élargir l'éventail de services proposés – par exemple Centre Vonjy, ECPAT, SOS Village enfants, UNICEF, Manda, Hardi, Graines de Bitume etc. La référence à ces services pourra être orientée en fonction de la situation et des souhaits des personnes concernées.

La sensibilité des PS aux VBG et la reconnaissance des situations à risque permet un ajustement des pratiques à travers des mécanismes de prévention et de protection. Les **groupes de parole apparaissent comme un format apprécié** – PS et EP ont explicitement demandé à continuer de telles rencontres. Ce format permet de valoriser les connaissances et compétences psychosociales. Il fournit également un cadre pour répondre aux éventuelles mécompréhensions ou craintes. Les groupes de parole peuvent également renforcer les réseaux de soutien et créer/renforcer les espaces de convivialité. L'étude montre par ailleurs un besoin de partager le vécu personnel en termes de VBG ; des activités qui permettent aux femmes d'être validées dans leur expérience renforcent leur motivation d'accéder aux services de prise en charge. En termes de SSR, des groupes de paroles pourraient permettre d'aborder la perception des IST (en outre l'impact de la prise en charge gratuite du VIH sur la perception de la gravité de cette maladie ou encore la perception des condylomes recherchés par certains clients) ou encore les stratégies utilisées pour encourager le port du préservatif – par exemple à travers des jeux de rôles.

La présence d'acteurs engagés présente une deuxième opportunité. Des rencontres entre parties prenantes – PMPM, BFP, CECJ, Centre Vonjy, CSB – et professionnel.les du sexe, pourront renforcer le lien et réduire les barrières socio-culturelles. **Des exercices de mise en situation** pour préparer un dépôt de plainte pourraient être intégrés. **Des journées portes ouvertes** au niveau des acteurs clés, ou des événements de proximité, tels ceux organisés par le Ministère de la population, pourront également être envisagés.

En ce qui concerne la protection, des **cours en auto-défense** sont prévus par le projet. Pour améliorer la prise en charge, **l'identification des cas de VBG pourra être renforcée** en intégrant le sujet des VBG lors des descentes terrain menées par les EP et en créant / renforçant les espaces de dialogue et d'écoute impartial au niveau de centres d'accueil. Un format de **centre d'accueil informel intégrant une offre de services VBG et SSR de proximité**, un espace de convivialité, et un hébergement d'urgence, semble particulièrement adapté. La mise en place d'un système de feedback – qui favorise l'oral plutôt que l'écrit – sur les services de PEC formels et associatifs pourra alimenter l'orientation et l'accompagnement des victimes ainsi que le plaidoyer.

Afin de réduire les stigmates intériorisés et promouvoir une meilleure estime de soi pour les personnes concernées, il est recommandé de créer de nouvelles expériences positives à travers des activités collectives entre pair.es, tels les sorties de loisirs organisées par le réseau LGBT.

Par ailleurs, **un soutien dans l'accès à l'identité** semble important pour les PS n'ayant pas de CIN ou récemment majeur.es. Ceci en vue d'éviter les violences policières et d'assurer l'accès aux démarches et à une prise en charge. Une collaboration avec, ou un référencement vers, les ONG qui travaillent sur l'accès à l'identité est à envisager (par exemple l'association Koloaina implantée dans les quartiers défavorisés de la capitale).

La grande majorité des personnes rencontrées souhaitent avoir **une activité génératrice de revenus** soit pour arrêter le travail du sexe – ceci est particulièrement le cas chez les filles mineures et les femmes âgées rencontrées – soit comme complément de revenus. Pour développer un programme qui corresponde étroitement aux attentes des PS, il s’agira de les impliquer dès la conception du programme pour notamment assurer un travail commun d’identification des AGR / formations à proposer. **L’éducation financière, l’accès à une banque, l’accès à une épargne formelle ou informelle** (au niveau associatif) et, idéalement, à des prêts – en informant des modalités – contribueraient au renforcement de la capacité d’agir et de la résilience des interlocuteurs face aux VBG.

5.2 EMPOWERMENT DES EP EN MATIÈRE DE VBG

Un renforcement des compétences en VBG a été demandée par les EP rencontrés (certaines actions proposées ici sont en cours ou prévues dans le cadre du projet) :

- **Former les EP sur les VBG et les recours disponibles** pour leur permettre de mieux identifier et orienter puis accompagner les victimes de VBG ;
- **Organiser une formation des EP et responsables de zone dispensée par la PMPM ou la BFP sur la prévention / protection face aux VBG**, sur les informations utiles à la police et les procédures relatives aux démarches de recours ; une telle formation permettrait d’établir / de renforcer le lien entre EP et services ;
- **Assister les EP dans l’intégration des VBG dans les actions communautaires existantes**, en outre lors des activités de sensibilisation et de dépistage des IST ;
- **Consolider les compétences en SSR ;**
- **Former les EP en premiers secours psychologiques** et fournir les outils pour que les EP puissent aider les personnes en détresse à affronter une situation difficile avec calme et en confiance ;
- **Mener des ateliers de clarification de valeurs tout au long du projet** vis-à-vis des VBG, de la DSSR, des droits des LGBT et des droits des mineur.es auprès des EP, des responsables de zone et des dirigeants ;
- **Former les EP à l’écoute active, au non-jugement et à la confidentialité ;**
- **Renforcer les compétences des EP et Responsables de zone en modération de groupes de parole ;**
- **Fournir les outils pour faciliter la tenue de groupes de parole sur les thématiques SSR et VBG** et assurer un suivi rapproché de cette activité pour éviter toute revictimisation ;
- **Mettre en place un système de remontée et de partage d’informations** – au sein et entre partenaires – sur les services de PEC pour assurer la remontée des bonnes pratiques et des défis rencontrés à travers les plateformes VBG régionales et nationales.

5.3 EMPOWERMENT DES ACTEUR.ICES COMMUNAUTAIRES

Des actions pourront être menées pour renforcer la capacité des **acteur.ices de proximité en matière de VBG** :

- **Afficher les services de PEC des VBG disponibles** et leur modalité d'accès (gratuité, confidentialité, etc.) au niveau des bureaux de fokontany, CSB, sites communautaires, écoles, etc. ;
- **Renforcer le lien entre le projet et les services de proximité en VBG et SSR** – BFP, DIC d'ASOS, Marie Stops et PSI (Top réseau) ;
- **Envisager une action complémentaire à celle d'ASOS au niveau des DIC en fournissant une offre VBG** en complément des services médicaux, de soutien et d'échange d'expériences existants ;
- **Renforcer les acteurs communautaires en matière de droits, VBG** et services de prise en charge : associations locales, chefs fokontany, chefs secteurs et agents communautaires (AC) ;
- **Tenir des ateliers de clarification de valeurs** tout au long du projet ;
- **Tenir des rencontres avec les directeurs d'établissements scolaires et les enseignants sur l'égalité des droits et l'équité entre élèves** et réfléchir ensemble à des stratégies de prévention et réponse face aux VBG envers les enfants de PS ; leur partager le circuit de référencement en cas de VBG ainsi que les démarches à suivre ; proposer des activités d'éducation complète à la sexualité intégrant les VBG au niveau des écoles ;
- **Implication des autres acteurs et leaders de proximité y compris au niveau universitaire** – pour sensibiliser autant les professionnels que les utilisateurs ;
- **Former les CSB partenaires et AC à la diffusion de messages de sensibilisation sur les VBG / la SSR** et fournir des supports didactiques.

5.4 SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE

Pour prévenir les VBG, les PS identifient le besoin de **renforcer la sensibilisation communautaire à propos de l'égalité des droits**. Un travail important de la part des associations a été entamé à ce sujet et plusieurs des recommandations présentées ci-dessous sont en cours ; elles sont listées ici pour les valoriser.

- **Coordonner l'action avec les acteurs communautaires déjà impliqués** dans les efforts de lutte contre les VBG (associations et leaders communautaires) ;
- **Impliquer les responsables des lieux de travail des travailleurs et travailleuses du sexe dans la lutte contre les VBG** (hôtels, karaokés/bars, salons de massage et autres) : la tenue d'**ateliers participatifs** sur les droits peut les encourager à développer des mesures concrètes pour en assurer le respect ;
- **Sensibiliser le grand public sur l'égalité de droits de tous** au moyen de chansons, projection communautaire de films, spot radio etc.

5.5 RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES VBG

Professionnel.les du sexe et acteur.ices du domaine font le constat d'un **manque de clarté sur le circuit de référencement** en cas de VBG. Une **offre de services limitée** et des **freins d'accès importants** sont soulignés. En même temps, l'étude a permis de rencontrer des personnes favorables à un accès équitable des PS et des LGBT aux services et aux droits. L'implication de représentants institutionnels engagés – en tant que formateurs, lors de la sensibilisation ou dans le plaidoyer – peut contribuer à renforcer la qualité des services.

Les priorités identifiées en termes des services de PEC incluent des actions pouvant être menées directement par MdM et ses partenaires ainsi que d'autres qui impliquent une collaboration et un plaidoyer au niveau des acteurs du secteur. Il s'agit notamment de :

- **Cartographier les services** VBG disponibles et diffuser largement l'information ;
- **Contribuer au dynamisme des plateformes VBG** et à l'inclusion des besoins spécifiques des PS, des mineur.es qui vendent du sexe, et des LGBT ;
- **Renforcer la qualité de l'offre** de prise en charge plus généralement :
 - **documenter et capitaliser sur les bonnes pratiques institutionnelles**
 - **intégrer les VBG dans la formation initiale et continue** des acteur.ices de PEC – en particulier les soignants et les forces de l'ordre
 - **tenir régulièrement des ateliers de clarification des valeurs** – vis-à-vis des droits, du travail du sexe et du genre – auprès des acteurs de PEC
 - **poursuivre l'accompagnement des CSB** et intégrer une formation en cascade ou une passation des informations (affichage) à destination des stagiaires sur la PEC des VBG, la confidentialité, et l'accueil des PS et LGBT
 - **organiser des réunions de suivi périodique** entre responsables de zone et CSB pour renforcer la relation, assurer une transparence sur l'utilisation des intrants et faciliter la collaboration à long terme
 - **documenter les défis de PEC et les cas de violation des droits**
 - **mettre en place un système de remontée des plaintes et des défis rencontrés dans l'accès aux services de PEC** qui pourront être partagés lors des plateformes VBG
- **Diversifier l'offre de PEC** médicale, juridique et psychologique tout en renforçant le lien entre structures ou en proposant des **services intégrés** :
 - **hébergements d'urgence à destination de divers publics** – femmes, mineur.es, LGBT y compris de moins de 21 ans, hommes
 - **services inclusifs des LGBT**
 - **démarches sans dénonciation**
 - **soutien au recours juridique** (en plus de l'arrangement à l'amiable)
- **Réduire les freins financiers d'accès à la procédure de dépôt de plainte** – notamment pour le certificat médical ;
- **S'assurer de la disponibilité et de la gratuité des intrants SSR** (au niveau CSB et/ou associatif), en particulier en termes de :
 - préservatifs masculins / féminins et gel lubrifiant
 - disponibilité des différentes options de PF
 - contraception d'urgence

- traitement post-exposition et prophylaxie VIH/SIDA
- accès au dépistage du cancer du col de l'utérus.

5.6 ACTIONS DE PLAIDOYER

Pour renforcer l'accès équitable et respectueux aux droits et aux services de tou.tes, un soutien aux **actions de plaidoyer** entamées par les partenaires semble essentiel. Les axes prioritaires suivants sont identifiés pour protéger de manière plus explicite les droits de la population malgache sans discrimination sur la base de la profession ou de l'identité de genre. Sont intégrés deux axes de plaidoyer pour renforcer l'accès aux droits sexuels et reproductifs.

1. **Analyse par un juriste du cadre légal vis-à-vis du travail du sexe** dans l'objectif d'identifier les axes de plaidoyer prioritaires (intégrer dans l'analyse la question du port de la CIN) ;
2. **Intégrer les droits des LGBT** dans la 2019/008 sur les VBG – sa formulation et sa mise en œuvre – et assurer la concertation de la communauté LGBT ;
3. **Décriminaliser la situation des LGBT de moins de 21 ans** en ajustant la loi 98-024 ;
4. **Promouvoir un processus judiciaire transparent et équitable** à travers des réformes législatives et administratives en collaborant avec avocats, experts juridiques, organisations de défense des droits de l'homme, groupes anti-corruption, ou encore journalistes d'investigation et en documentant les cas de violation des droits ;
5. **Appuyer l'initiative ministérielle pour intégrer l'éducation complète à la sexualité** – qui comprend une composante VBG – dans le programme scolaire ;
6. **Garantir l'accès à un avortement sécurisé** – un plaidoyer initialement autour de l'ITG aura plus de chances d'aboutir.

6. BIBLIOGRAPHIE

Aantjes, C., Crankshaw, T., & Freedman, J. (2022). Impacts of Colonial Legacies on the Rights and Security of Sex Workers in Southern Africa. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, 2(1), 273-297.

AFD (2016) Profil genre Madagascar

Afp, L. M. A. (2021, 8 octobre). La Californie interdit le « stealthing », le retrait non consenti du préservatif pendant une relation sexuelle. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/international/article/2021/10/08/la-californie-interdit-le-stealthing-le-retrait-non-consenti-du-preservatif-pendant-une-relation-sexuelle_6097688_3210.html

AFP, L. R. A. (2020, 2 janvier). A Madagascar, une loi soupçonnée d'être la porte ouverte au mariage pour tout.e.s. KOMITID. <https://www.komitid.fr/2020/01/02/a-madagascar-loi-porte-ouverte-mariage-pour-toutes>

Andrianasolo, Andry Herisoa. (2016) « *Mais que pensez-vous que je puisse faire ?* » *Étude qualitative des recours des femmes victimes de violence conjugale dans deux villes de Madagascar* dans Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées, Pourette D., C. Mattern, C. Bellas Cabane & B. Ravololomanga, L'Harmattan. Coll. Anthropologies & Médecines.

Bauer, Greta R., Churchill, Siobhan M., Mahendran, Mayuri, et al. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM-population health*, 2021, vol. 14, p. 100798.

Bautista Cosa, O. (2023). Adolescentes en situation de prostitution à Madagascar - facteurs de risque et de protection. In *Vulnérabilités et droit des femmes à Madagascar* [Conférence]

Bodo Ravololomanga : "Travail, mendicité, délinquance : est-ce le circuit obligé des enfants de la rue à Madagascar ?", *Cahier de Marjuvia* n° 6, 1998, pp. 22-26.

Browne, Kath. Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International journal of social research methodology*, 2005, vol. 8, no 1, p. 47-60.

C. Moncoiffé. Reflection on a hygiene and sexual health education project in the context of child prostitution in Madagascar. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2020. dumas-03321452. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321452>

Caterina Arciprete, Sebastian Silva Leander. Inégalités de genre à Madagascar. UNICEF, Oxford Policy Management, INSTAT. Avril 2022

Chellig Nacime, « Le « jargon professionnel » comme technique normative du lien social », *Le Sociographe*, 2021/2 (N° 74), p. XXIII-XXXI. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2021-2-page-XXIII.htm>

Cripps A., O. Ramananjahary, M. L. Ranorovololona, E. Souffrin (2022). Diagnostic genre Koloaina, Appui à l'intégration du genre au projet « d'empowerment » des femmes accompagnées par ATIA en Inde et à Madagascar. [Rapport d'étude]

Cripps, A., O. Ramananjanahary, (2021) « Etude sur le profil socio-anthropologique des enfants en situation de rue et de leurs familles à Antananarivo » [Rapport d'Etude]

Deneffe Dobrzynsky, M. (2018) Santé sexuelle et reproductive des adolescents.e.s. et jeunes : les déterminants socio-culturels des grossesses non désirées et de leur prise en charge ainsi que des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à Antananarivo, Madagascar.

Durkheim, É. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. Revue de métaphysique et de morale, Tome VI

ECPAT (2016) Rapport global de suivi de la mise en œuvre des actions de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciaux

Fassin D., 1990, « DÉCRIRE. Entretien et observation », in Fassin D. et Jaffré Y. (dir.), Sociétés, développement et santé, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 87-106.

Fassin D., 1990, « Démarche de la recherche », in Fassin D. et Jaffré Y. (dir.), Sociétés, développement et santé, Paris : Les Éditions Ellipses, pp. 68-86.

Freedman, J., Mina Rakotoarindrasata, Jean De Dieu Randrianasolorivo, « Remise en cause des frontières supposées entre travail du sexe et sexe transactionnel à Madagascar - cas de Nosy be », Institut du Genre en Géopolitique, décembre 2020.

Freedman, J., Rakatoarindrasata, M. & Randraianasolorivo JdD (2020). Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes 'populations clés' à Madagascar. Durban: HEARD.

Goldenberg S., R. Thomas, A. Forbes, S. Baral (2021). Sex Work, Health, and Human Rights Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action, Springer

H. M. Bemananjara. (2022) Défis de l'Administration/Management de santé publique. Cas de la Direction Régionale de la Santé Publique Vatovavy, Munich, GRIN Verlag

Hentgen, V., et al. (2002) "Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar)." Bull Soc Pathol Exot 95.2: 103-108.

Institut National de la Statistique et ICF. 2022. *Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Rapport de synthèse*. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.

Kabeer, N., « Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment », Development and Change, 1999, 30, p. 435-464.

Lachaud Jean-Pierre, « Quand la pauvreté affecte plus les villes, affecte-t-elle plus les femmes ? Le cas de Madagascar », Revue d'économie du développement, 2010/2 (Vol. 18), p. 73-100. URL : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2010-2-page-73.htm>

Médecins du Monde (2013), Accès aux soins, les déterminants socioculturels. Culture et Santé. 23 mai.

Médecins du Monde (2017) Santé et droits es travailleuses/eurs du sexe : note de positionnement

Médecins du Monde (2020) Guide empowerment

Médecins du Monde, Cadre de référence Santé Sexuelle et Reproductive

Médecins du Monde, Politique Genre et Guide de l'approche Genre

Médecins du Monde, Prévention et réponses aux violences liées au genre. Guide méthodologique.

Médecins du Monde, Stratégie de Réduction des Risques 2017-2021

Moisand A. (2020) "Are humanitarian organizations uniquely positioned to advance LGBTQ+ inclusion in the workplace?" MSc International Human Resource Management: Grenoble École de Management

Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149.

Multiple Indicator Cluster Surveys, (2018). Madagascar, Violences Domestiques

Olivier De Sardan, Jean-Pierre. La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. La rigueur du qualitatif, 2008.

Parazelli, Michel. Jeunes en marge : Perspectives historiques et sociologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 20, no 1, p. 50-79.

PNUD (2019) Rapport de l'évaluation de l'environnement juridique sur la protection des droits des jeunes populations clés en matière de VIH à Madagascar

Pourette, D., Rakotomalala, O. et Mattern, C. (2020) « Donner naissance à Madagascar. Articulation des recours « traditionnels » et biomédicaux autour de la naissance » ; Quashie H., Pourette D., Rakotomalala O.r et Andriamaro F. (2014) « Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des "reninjaza" »

Rakotomalala, M. (2012). À cœur ouvert sur la sexualité merina, Madagascar : une anthropologie du non-dit. KARTHALA Editions.

Souffrin E., A. Cripps (2022). Étude socio-anthropologique et recommandations pour l'intégration des enjeux protection, genre et inclusion dans la gestion des risques de catastrophes dans l'Océan Indien : Madagascar et les Comores.

Steelex (2019) Perception de l'homosexualité à Madagascar [Résultats de sondage]

Stoebenau, K., Hindin, M. J., Nathanson, C. A., Rakotoarison, P. G., & Razafintsalama, V. (2009). "... But then he became my sipa": the implications of relationship fluidity for condom use among women sex workers in Antananarivo, Madagascar. *American journal of public health*, 99(5), 811-819

U.S. Department of State (2011), Country Report on human rights practices: Madagascar

U.S. Department of State (2022), Country Report on human rights practices: Madagascar

UNAIDS, Plan Stratégique National de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et sida 2018 – 2022

UNICEF (2018) La violence envers les enfants à Madagascar

USAID (2020) Madagascar Gender Analysis for the 2020–2025 Country Development Cooperation Strategy

7. ANNEXES

7.1 CRITÈRES D'ÉCHANTILLONNAGE

Des critères d'échantillonnage ont été développés et validés par le COPIL de l'étude.

7.1.1 Critères de ciblage entretiens individuels

Entretiens individuels			
Lieu	Professionnel.les du sexe à rencontrer	Responsable de l'identification	
Antananarivo	Mineure 15 - 18 ans rencontre organisée en ligne	AFSA	
	Femme/fille 15-25 ans - rencontre virtuelle/ call-rose	AFSA	
	Femme âgée vulnérable ¹¹⁴	AFSA	
	Femme vulnérable proxénétisme	AFSA	
	Étudiante - Karaoke	DIC 67 Ha	
	Mineure vulnérable moins de 15 ans	DIC 67 Ha	
	Femme >25 vulnérable, resto/bar/rue	DIC 67 Ha	
	LGBT majeur.e >21 ans boîte de nuit	Réseau LGBT	
	LGBT mineur.e <21 ans	Réseau LGBT	
	Homme « <i>jombilo</i> » hétérosexuel	Réseau LGBT	
	Femme / jeune femme vulnérable - rue	DIC Tsaralalana	
	Femme / jeune femme - hôtel de luxe (escorte)	DIC Tsaralalana	
	Femme / jeune femme qui cible les « <i>Vazaha</i> »	DIC Tsaralalana	
Brickaville	Mineure vulnérable	FIVEMIMAD	
	Femme vulnérable 18-25 ans	FIVEMIMAD	
	Femme vulnérable >25 ans	FIVEMIMAD	
Tamatave	Mineure vulnérable <18 ans	Profils variés en termes des modalités de travail et du vécu en termes de violences	FIVEMIMAD
	Femme vulnérable 18-25 ans		FIVEMIMAD
	Femme vulnérable >25 ans		FIVEMIMAD
	Femme vulnérable - proxénétisme		FIVEMIMAD
	MSM mineur		Réseau LGBT
	MSM majeur.e		Réseau LGBT
Moramanga	Mineure vulnérable	AFSA	
	Femme vulnérable 18-25 ans	AFSA	
	Femme vulnérable >25 ans	AFSA	

¹¹⁴ Un niveau socio-économique faible et notamment la résidence dans un quartier défavorisé a été utilisée comme critère pour définir la vulnérabilité.

7.1.2 Critères de ciblage focus group

7.1.2.1 Professionnel.les du sexe

Le tableau ci-dessous présente le ciblage des participant.es aux focus groups.

Focus groups professionnel.les du sexe					
Lieu	Genre / typologie	Nombre	Age	Modalité de travail	Responsables
Tana	Filles	10	< 18 ans	Modalités variées	AFSA
	Femmes vulnérables	10	> 25 ans		AFSA
	Femmes	10	18 à 25 ans		DIC Tsaralalana
	LGBT (Travesti et MSM)	10	> 21 ans		Réseau LGBT
	LGBT (Travesti et MSM)	8	< 21 ans		DIC 67 ha
Brickaville	Femmes	10	Tout âge		FIVEMIMAD
Tamatave	LGBT (Travesti et MSM)	8	Tout âge		Réseau LGBT
	Femmes	8	18 à 25 ans		FIVEMIMAD
	Femmes	8	> 25 ans		FIVEMIMAD
Moramanga	Femmes	8	Tout âge		AFSA

Pour les cibles à inclure lors des focus groups, l'objectif était d'inclure un maximum de diversité par rapport au vécu de la personne (modalités de travail / violences). Nous avons proposé les profils suivants qui ont été complétés par les EP / responsables de zone.

Pour le focus groups avec les mineur.es :

- Age : 15-17 ans et moins de 15 ans (si possible)
- Situation de vie : en couple ou non, avec un enfant à charge / à la charge d'un.e autre mineur.e / habite avec ses parents / habite avec un autre membre de la famille / habite dans la rue / ayant vécu une rupture amoureuse
- Découragés / lycéennes
- Pression / exploitation familiale
- Type de client : nationalité, âge

Pour les focus groups avec les majeur.es :

- Age : Femmes 18 à 25 ans ou plus de 25 ans en fonction de focus group
- Diversification des modalités de travail : rues, bars, restaurants, karaoké, boîte de nuit / discothèque, hôtel/hôtel de passe, en ligne, téléphone, salon de massage, maison familiale, plage, forêt, stationnement de camion, « de luxe »
- Fréquence du travail du sexe : occasionnelle ou régulière
- Type de client : nationalité, âge

- Différentes situations de vie : en couple ou non / avec un enfant à charge / habite avec un autre membre de la famille / niveau de vulnérabilité / habite dans la rue
- Différents niveaux d'éducation : niveau de base jusqu'à un niveau universitaire

Pour les focus groups avec les LGBT, les critères de diversification additionnels aux ont été développés :

- LGBT de moins et de plus de 21 ans (majorité légale)
- Travestis, MSM, transgenre

7.1.2.2 Educateur.ices Pair.es

Focus groups Educateur.ices Pair.es			
Lieu	Association	Nombres	Genre
Antananarivo	Sisal	10	Femmes
	AFSA	10	Femmes
	Réseau LGBT	10	LGBT
	DIC Tsaralalana	10	Femmes
	DIC 67 ha	3	LGBT
Brickaville	Fivemimad	3	Femmes
Tamatave	Fivemimad	10	Femmes
	Réseau LGBT	3	LGBT
Moramanga	AFSA	3	Femmes

7.1.3 Réajustement des critères de cible

Un point sur les caractéristiques des personnes rencontrées et les types de cibles pas encore rencontrés a été fait avec le COPIL suite à la première semaine de terrain à Antananarivo pour permettre d'ajuster la liste des PS encore à rencontrer.

7.2 ACTEUR.ICES RENCONTRÉS

Structure	Responsabilité
AFSA	Coordinatrices, Responsables de Zone & EP
ASOS : Drop-in center - 67 Ha	Responsable de zone & EP
ASOS : Drop-in center - Ambohitsoa	Responsable de zone
ASOS : Drop-in center - Tsaralalana	Responsable de zone & EP
Association de Professionnelles du sexe - Moramanga	Présidente

BFP - Antananarivo	Commandante
BFP - Tamatave	Commandant
CECJ Tsimbazaza	Intervenant social
Centre Vonjy - Antananarivo	Directeur Adjoint Technique à la Maternité de Befelatanana
Centre Vonjy - Tamatave	Assistante Sociale
CHU HJRA	Chef d'unité du service des urgences CHU HJRA
CPCI Manjakaray	Intervenant social
CSBII Isotry Central	Médecin Cheffe CSB
ECPAT	Directrice, Responsable des programmes opérationnels, Chargé du pool social, Chargé de la mobilisation sociale, Responsable suivi-évaluation
FITIA	Directrice, et responsable d'intervention sociale+
FIVEMIMAD	Présidente, Responsable de Zone & EP
Fleur éveillée	Présidente
Fokontany - Moramanga	Président
Fokontany - Tsaralalana	Président
Maison des jeunes - Brickaville	Responsable
Médecins du Monde Madagascar	Coordinatrice générale, Coordinateur médical, Référente VBG, Coordinatrice du Projet, Responsables médicales
Médecins du Monde Paris	Spécialistes TDS et VBG
Ministère de la justice	Juriste
Ministère de la population - Antananarivo	Responsable National des centres de prise en charge de VBG
Ministère de la population - Tamatave	Coordinatrice de la plateforme VBG régionale
Ombiasy - Brickaville	Tradipraticienne
PMPM - Tamatave	Commandant Chef de service de la région & Lieutenant Président de la plateforme VBG région Atsinanana & responsable pour la partie policière au niveau du centre Vonjy
Réseau LGBT - Antananarivo	Présidente, Coordinateur & EP
Réseau LGBT - Tamatave	Responsable de Zone & EP
SISAL	Coordinateur, Responsables de suivi évaluation, responsable de IEC de Zone & EP
UNICEF	Spécialistes protection de l'enfance Officier protection de l'enfance - prévention

7.3 FICHE DE CONSENTEMENT

7.3.1 Fiche de consentement direct

L'enquêteur présentera l'étude ainsi que le consentement en malgache

MISSION D'ETUDE DIAGNOSTIQUE QUALITATIVE SUR LES VIOLENCES BASÉES SUR LE
GENRE ENVERS LES TRAVAILLEURS.EUSES DU SEXE A MADAGASCAR

Monsieur/Madame (nom, prénom)

..... est d'accord pour participer à cette étude.

- J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dont Médecins du Monde est responsable ;
- Je peux poser toutes les questions que je veux et j'aurai des réponses adaptées ;
- J'ai bien compris que j'ai le droit de refuser et me retirer de l'entrevue en tout temps sans avoir à me justifier et sans n'en supporter aucune conséquence ;
- J'ai bien compris que les données concernant ma vie ou mon foyer recueillies lors de cette étude, resteront confidentielles et ne pourront être consultées que par des personnes mandatées et astreintes au secret professionnel ;
- J'accepte que les données concernant ma vie ou mon foyer fassent l'objet d'une saisie informatique, les identités soient remplacées par un code ;
- Au terme de cette étude je pourrai aussi, si je le souhaite, être informé(e) des résultats globaux.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude et une copie de ce document vous sera remise. Je peux contacter Médecins du Monde (tel : 033 50 255 17 ou 033 11 075 57) ou une des enquêtrices si je souhaite plus d'informations (034 94 668 78 ou 0 34 89 280 62).

A remplir par la personne interviewée

Fait à.....le.....

Signature :

7.3.2 Fiche de consentement indirect

Je suis une travailleuse sociale qui suit le parcours des jeunes mineurs au sein du programme de :

..... (nom de l'organisation)

Dans le cadre de la présente étude, j'ai parcouru le formulaire d'information avec le jeune mineur qui a démontré son intérêt à participer à l'étude, formulaire qui lui a été présenté par l'enquêteur ou un traducteur-interprète, et que le jeune a lui-même pris le temps de lire ou bien de se faire lire par l'enquêteur ou un traducteur-interprète. Le jeune a aussi pu leur poser toute question relative aux conditions de sa participation et aux objectifs de l'étude.

En l'absence de tuteur légal, et en tant que personne qui suit son parcours, j'ai évalué la capacité de ce jeune mineur à répondre à l'étude. J'atteste que le jeune a bien compris les conditions de sa participation à l'étude et que l'étude ne présente pas de risques disproportionnés pour lui/elle.

Je lui ai demandé son avis concernant sa participation à cette étude. Le jeune mineur accepte de participer à l'étude.

Prénom et nom de le/la travailleur.euse sociale :

Signature :

Date :

7.4 GUIDE D'ENTRETIEN

<p>1) Pouvez-vous me parler de vous, votre situation familiale, votre origine</p> <p>Age Genre (LGBT : demander comment vous considérez-vous ? femme / homme / non-binaire) Avec qui habitez-vous ? Situation matrimoniale Enfants (nombre, genre, âge) Où habitez-vous ? (<i>si pas V&D</i>) Pouvez-vous me décrire votre quartier ? Votre maison ? Depuis combien de temps habitez-vous ici ? Où êtes-vous né.e.s ? Où habite votre famille ? D'où sont-ils originaires ? Religion ? Jusqu'en quelle classe été à l'école ? A l'aise pour lire un document officiel, écrire une lettre ? Autres personnes présentes lors de l'entretien lieu de l'entretien</p>	
<p>2) Pouvez-vous me parler un peu de votre activité de PS</p> <p>Comment contactez-vous vos clients ? Où exercez-vous ? Quand (jour/nuit) régularité / occasionnel Est-ce qu'il vous donne des cadeaux ou vous paye le restaurant ou vous donne de l'argent ? Depuis quand faites-vous ça ? Comment avez-vous commencé ? Comment voyez-vous votre future dans 5 ans ? <i>Mineur.e.s</i> : Explorer l'entrée dans la prostitution en plus de détails (influence familiale, après séparation, enfant à charge, (dé)scolarisation, construction d'appartenance sociale, précarité financière, risque sociaux (réseaux sociaux, masseuses) Quels clients recevez-vous ? (niveau de vie, local/vazaha, réguliers/passagère, mineurs, LGBT...) Avez-vous déjà eu des rapports transactionnels avec une personne du même sexe que vous ? Pouvez-vous choisir entre vos clients ? (droit de refus ?) Avez-vous une autre activité ? (laquelle, depuis quand, activité précédente) Qui est au courant pour votre travail ? Est-ce que votre entourage sait ? (compagnon, famille, ami.e.s) Quelle est leur réaction (compagnon, famille, ami.e.s) ? Êtes-vous obligé.e de cacher votre activité ? LGBT - Êtes-vous obligé.e de cacher votre orientation sexuelle ? Vous êtes-vous déjà senti.e stigmatisée / discriminé.e / exclu.e par vos proches ? exemples... Pourquoi ça arrive selon vous ? Comment vous sentez-vous par rapport à ça ? Comment améliorer la situation ? Qu'avez-vous essayé ? Résultats ? Avec qui parlez-vous de votre travail ?</p>	<p>Modalités de travail</p> <p>Réaction /stigmatisation entourage</p> <p>Isolement</p>
<p>3) Typologie des violences</p> <p>• Comment ça se passe avec vos clients ? Vous-a-t-on déjà demandé de faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire ? Comment avez-vous réagi ? Pourquoi ? Pouvez-vous imposer le port du préservatif ?</p> <p>• Pouvez-vous me décrire une situation difficile que vous avez pu vivre avec l'un de vos clients ? Où un client vous a fait du mal ? Pouvez-vous m'en parler s'il vous plaît. - Qu'est-ce qui est arrivé ? Racontez-nous en détail.</p>	<p>Typologie des violences</p> <p>Attitudes envers les VBG</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous-vous êtes sentie ? (douleur, peur, honte etc) - Qu'avez-vous fait en premier ? (quand, où, détails) détails étape par étape, pourquoi a agi ainsi, résultat recherché / résultat effectif <p><i>(si a fait recours possibilité de passer aux questions ci-dessous puis revenir)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment c'est arrivé ? C'était qui ? Connaissiez-vous cette personne avant ? Vous avait-elle déjà fait ça ? Comment décririez-vous cette personne ? - Avez-vous reçu / demandé de l'aide ? Sur qui pouvez-vous compter ? Avez-vous eu de l'aide de d'autres PS ? - En avez-vous parlé à quelqu'un ? (réaction ami.e.s / compagnon / famille) Que vous a-t-on conseillé ? Que pensez-vous de ces conseils ? - Pourquoi aviez-vous choisi de parler à cette personne ? En avez-vous aussi parlé à votre compagnon ? à des membres de votre famille ? (réaction/pourquoi pas) - Est-ce que d'autres personnes étaient présentes/au courant ? Comment ont-iels réagi ? - Que pensez-vous de cette situation ? (la violence) - Pourquoi c'est arrivé selon vous ? - Comment cette situation vous a-t-elle affecté ? Que faites-vous pour gérer ? - Avez-vous reçu un soutien moral /émotionnel de quelqu'un ? Sur qui pouvez-vous compter ? - Avez-vous ajusté votre façon de travailler depuis cet/ces événement(s) ? - Auriez-vous aimé recevoir plus de soutien ? quel type ? de qui ? - Avez-vous déjà aidé d'autres PS dans des situations similaires ? - Est-ce que c'est arrivé d'autres fois ? <i>si oui</i> : fréquence, réexplorer nouveaux cas. - Comment réagiriez-vous si ça arrivait de nouveau ? <p>• Le risque & les facteurs favorisant / réduisant le risque</p> <p><i>Femmes</i> : Dans quelles situations sentez-vous le plus à risque ? Que faites-vous pour éviter d'être maltraité.e ?</p> <p><i>LGBT /mineur.e.s</i> : Est-ce que vous pensez qu'il y a des risques spécifiques pour les PS LGBT /mineur.e.s ? Comment vous prenez-ça en compte ? Sur qui vous pouvez compter (famille, ami.e.s, association) ?</p> <p><i>Tou.te.s</i> : Avant de commencer ces relations sexuelles aviez-vous déjà été victime de violences ? (viol, harcèlement sexuel...)</p> <p>• Quelles autres formes de violences avez-vous vécues ?</p> <p>• Quelle est votre relation avec le propriétaire des lieux où vous travaillez ?</p> <p>Est-ce qu'ils vous laissent librement travailler ? Avez-vous le droit de faire ce travail dans ce lieu selon vous ? Demandent-ils quelque chose en retour ?</p> <p>Comment réagissent-ils s'il y a un problème avec un client ? Vous ont-ils déjà aidés ?</p> <p>Il y a-t-il déjà eu des problèmes avec les propriétaires ? Ça arrive souvent ?</p> <p>Vous sentez-vous en sécurité dans ce lieu /dans le lieu où vous attendez les clients / dans le lieu où vous allez avec le client ?</p> <p>• Quelles interactions avez-vous avec la police / les autorités ?</p> <p>(Comment sont les policiers/ les autorités envers vous en tant que PS ?)</p> <p>• Comment ça se passe avec les autres PS ?</p> <p>• Avez-vous un compagnon / d'autres partenaire(s) sexuel(s) (qui ne paient pas) ?</p> <p>Utilisez-vous un préservatif avec eux ? Est-ce votre choix ?</p>	<p>Niveau d'identification / de tolérance</p> <p>Facteurs d'exposition</p> <p>Faire face aux VBG</p> <p>Stratégies individuelles et collectives</p> <p>Prévention</p> <p>Réseau de soutien</p>
--	--

<p>Comment ça se passe votre vie avec lui/eux ? Savent-il(s) pour votre travail ? Que pensent-ils ?</p> <p>Vous êtes-vous déjà sentie maltraitée ? Comment ? (physique, sexuel, émotionnel, économique)</p> <p>Qu'avez-vous essayé de faire pour améliorer la situation ? Quels résultats ont-ils constaté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec qui d'autre interagissez-vous au quotidien ? Comment ça se passe ? • Comment ça se passe avec la communauté ? <p>Quelles sont les attitudes de la communauté envers les PS / PS LGBT / PS mineur.es (selon public) ?</p> <p>Comment ça vous affecte personnellement (exemples)</p> <p>Comment sont traités vos enfants ?</p> <p>Que ressentez-vous par rapport à ces attitudes / ces situations ?</p> <p>Pourquoi ça arrive selon vous ? Comment améliorer la situation ?</p> <p>Qu'avez-vous essayé de faire pour améliorer la situation ? Quels résultats ont-ils constaté ?</p>	<p>Par public : Stigmatisation / violences /risques spécifiques / prévention</p>
<p>4) Quand c'est arrivé, quelle était votre inquiétude principale ? (émotionnel, santé, sécurité, honte...) Pourquoi ? Êtes-vous allée voir quelqu'un à propos de ça ?</p> <p>Après ce qui vous est arrivé, êtes-vous allé.e voir un.e professionnel.le / une structure ? (médecin, police, fokontany, association, autre) Qu'est-ce qui vous a motivé à y aller ? Vous en a-t-on parlé ? Vous a-t-on conseillé d'y aller ? Qui ? Est-ce que vous connaissez d'autres personnes qui y sont allées ?</p> <p>Dans quel cas est-ce que vous y allez / vous iriez là-bas ? (si pas allé.e : y êtes-vous déjà allé.e ?)</p> <p>En allant là-bas quel résultat souhaitiez-vous ?</p> <p>Comment ça s'est passé ? <i>Si médical passer à la section 4, si juridique, passer à la section 5, si social ou association autre passer à la section 6. Revenir aux autres sections après.</i></p>	<p>Recours</p> <p>Motivation</p> <p>Réseau de communication</p>
<p>5) Par rapport à votre santé suite à cet événement, qu'avez-vous fait ?</p> <p>Avez-vous pris des médicaments / se reposer / tradipraticien / massage... etc</p> <p>Avez-vous continué votre travail ? Pourquoi ? Ajustements ?</p> <p>Quelles étaient vos inquiétudes principales par rapport à votre santé ?</p> <p>Avez-vous consulté ? En avez-vous parlé à une personne médicale ?</p> <p><i>(Si a consulté) Avec qui ? Où ? (distance, accès, privé ou CSB) Était-ce votre médecin habituel ?</i></p> <p>Est-ce que quelqu'un vous a accompagné.e ?</p> <p>Quand est-ce que vous y êtes allés <i>(délai ? raisons du délai ?)</i></p> <p>Comment ça s'est passé ? (temps d'attente, qualité de l'accueil, coût, disponibilité des médicaments)</p> <p>Quel était votre objectif de consulter ? <i>(santé, porter plainte)</i></p> <p>Est-ce que tout c'est déroulé comme vous vouliez ?</p> <p>Comment vous-vous êtes senti en racontant / après avoir raconté votre problème ? (Écoute, orienté, soigné, rassuré etc.) Qu'est-ce qui vous a été dit/conseillé ? Avez-vous suivi ces conseils ?</p>	<p>Connaissances, attitudes et comportements de recours médical</p> <p>Leviers et barrières d'accès</p> <p>Stratégies face aux barrières</p>

<p>Vous ont-ils donné un traitement ? Avez-vous suivi ce traitement ? Etiez-vous soulagée après ?</p> <p>Vous êtes-vous sentie respecté.e ? Ont-ils su pour le travail du sexe ? (si n'en a pas parlé) Avez-vous demandé un certificat médical ? <u>(Si n'a pas consulté)</u> Pourquoi ? Auriez-vous aimé consulter ? Qu'est-ce qui vous en a empêché ?</p> <p>Qu'est-ce qui aurait pu vous donner envie de consulter ?</p> <p>Avez-vous déjà consulté pour ce genre de situation par le passé ? (si « oui » : comment ça s'est passé ? - reprendre questions « oui » ci-dessus) <u>(Dans les deux cas)</u></p> <p>Quels sont les risques de santé liés à un tel événement ?</p> <p>Qu'est-ce qui arrive si on ne consulte pas pour ces problèmes de santé ?</p> <p>Connaissez-vous le certificat médical ? A quoi il peut servir ? Comment avoir ce certificat ?</p> <p>Est-ce qu'on vous a conseillé de consulter ? Qui ? Qu'en pensent vos ami.e.s ? Votre famille ? Votre compagnon ? les autres PS ? Êtes-vous d'accord ?</p> <p>Dans quel cas est-ce que vous allez au CSB / vous iriez ? (violences / rapports non-protégés)</p>	
<p>6) D'après vous, quels seraient les possibles risques pour votre santé qui seraient liés aux violences dans le cadre de votre activité ?</p> <p><i>Si suffisamment de temps :</i></p> <p>Comment vous vous protégez des possibles maladies liées à votre activité ?</p> <p>Comment faite-vous pour éviter de tomber enceinte ?</p> <p>Quand vous-êtes malade, où allez-vous ? Comment êtes-vous reçu.e ?</p> <p>Avez-vous déjà consulté pour votre santé intime ? (qui, où, fréquence) Pourquoi vous allez là-bas ?</p> <p>Comment s'est passé votre dernière visite médicale pour la santé intime ? (Raison, déroulement...)</p> <p>Vous a-t-on déjà refusé une pris en charge ? si oui, pourquoi ? (si ça s'est mal passé) Est-ce pour cela que vous n'avez pas consulté suite à l'événement dont vous nous avez parlé ?</p>	<p><i>Section à couvrir s'il y a le temps</i></p> <p>Expérience antérieure avec le médical et attitudes</p> <p>Freins d'accès</p> <p>Habitudes</p>
<p>7) Êtes-vous allé.e à la police / au fokontany ?</p> <p><u>(Si oui)</u> Racontez-moi depuis le début.</p> <p>Y êtes-vous allé.e.s le jour même ?</p> <p>Est-ce que vous êtes allé.e seul.e ?</p> <p>Qui vous a reçu ? Comment avez-vous été reçu.e ? Comment vous-vous êtes senti en racontant / après avoir raconté votre problème ? (Écoute, orienté, soigné, rassuré etc.)</p> <p>Vous êtes-vous sentie respecté.e ? Ont-ils su pour le travail du sexe ?</p> <p>Pourquoi vous y êtes allé.e ? Qu'avez-vous fait là-bas ? Avez-vous fait un signalement ?</p> <p>Comment ça s'est passé ? (étape par étape) Avez-vous rencontré des difficultés ? Qu'avez-vous fait ?</p> <p>Avez-vous dû payer ? Combien ? Est-ce abordable selon vous ? Est-ce un frein pour porter plainte ?</p>	<p>Freins et leviers au signalement</p> <p>Connaissance de la procédure</p> <p>Attitudes personnelles et de l'entourage</p>

<p>Pour vous, quel a été l'issue ? Êtes-vous satisfait.e ?</p> <p>Que diriez-vous sur cette démarche à une autres personne dans la même situation ?</p> <p>Connaissez-vous d'autres personnes qui ont porté plainte ? Comment ça s'est passé ?</p> <p>Connaissez-vous des services qui peuvent vous aider avec la procédure ?</p> <p>En avez-vous parlé à la brigade féminine de proximité ? (Connaissez-vous ce service ?)</p> <p><i>(Si n'a pas fait de signalement)</i> Pourquoi ? Aviez-vous envie de porter plainte ? <i>(si oui)</i> Qu'est-ce qui vous a empêché de porter plainte ? <i>(si non)</i> Pourquoi ? Que pensez-vous de cette procédure ?</p> <p>Savez-vous comment porter plainte ? Auprès de qui ? De quels documents as-t-on besoin ?</p> <p>Savez-vous s'il y a un coût ? Combien ? Est-ce abordable selon vous ?</p> <p>Qu'est-ce qui pourrait faire que vous portiez plainte ?</p> <p><i>(Dans les deux cas)</i></p> <p>Avez-vous déjà demandé de l'aide de la police en cas de violence ? Raconter</p> <p>Avez-vous déjà porté plainte par le passé ou entendu parler de d'autres personnes qui ont porté plainte ? Comment ça s'est passé ?</p> <p>Quelle violence faut-il / ne faut-il pas signaler selon vous ?</p> <p>Quelle est l'utilité selon vous de porter plainte ? Quel est le résultat / l'impact ?</p> <p>Quelles difficultés envisagez-vous ? Que feriez-vous face à ces difficultés ?</p> <p>Quel type d'accompagnement / d'aide aimeriez-vous recevoir ?</p> <p>Connaissez-vous des services qui peuvent vous aider avec la procédure ? Les avez-vous déjà approchés ? (associations, BFP)</p> <p>Que pense votre famille / vos amis de cette démarche ? Est-ce acceptable au niveau de la société de porter plainte ? Que pensez-vous de ces opinions ?</p> <p>Avez-vous eu peur de représailles ?</p> <p>Vous sentez-vous capable de mener de telles procédures ? (illettrisme, coût, à l'aise d'aller dans des bureaux officiels en tant que femme vulnérable / LGBT etc)</p>	
<p>8) En cas de violence où pouvez-vous aller ?</p> <p>Est-ce que des organisations/associations existent pour ça ? Les connaissez-vous ? Que font-elles ?</p> <p>Où en avez-vous entendu parler ? Qu'en pensez-vous ? Y êtes-vous déjà allé.e ? Comment ça s'est passé ? Avez-vous envie d'y aller / retourner ? Qu'en disent les autres PS ? Votre entourage ?</p> <p>Êtes-vous membre d'un groupe / d'une association ? Depuis quand ? Qu'est-ce que ça vous apporte ?</p> <p>Comment l'association vous a-t-elle aidé ? (vie professionnelle ? sécurité ? soutien psychologique ?)</p> <p>Si vous vous sentez mal sur le plan émotionnel après des violences, que faites-vous ?</p> <p>Est-ce que les PS s'organisent ensemble pour éviter la violence ? Entraide en cas de violence ?</p>	<p>Autres options de recours</p>
<p>9) Pouvez-vous me raconter une expérience dans laquelle vous avez réussi à vous protéger ou à protéger une autre PS ?</p>	

<p>10) Selon vous qu'est-ce qui constitue de la violence ? Quelles formes de violence existent ? (si n'en a pas parlé) Avez-vous déjà entendu parler de la violence sexuelle ? qu'est-ce que c'est selon vous ? Violence émotionnelle ? Violence économique ?</p>	<p>Connaissances sur les VBG</p>
<p>11) Selon vous, que dit la loi sur les violences ? (PS femmes / mineures) Selon vous quels sont les droits des femmes ? En pratique ça se passe comment ? Quels sont les droits des PS ? Que dit la loi sur votre situation ? Avez-vous le droit d'exercer ? Quel est l'impact quand une violence survient ? Vous sentez-vous à l'aise pour consulter / signaler ? (PS LGBT) Est-ce que les LGBT ont des droits ? Lesquels ? Que dit la loi sur leur/votre situation ? Quel est l'impact quand une violence survient ? Vous sentez-vous à l'aise pour consulter / signaler ? Quels sont les droits des PS ? Que dit la loi sur votre situation ? Avez-vous le droit d'exercer ? (tou.te.s) Dans quels cas considérez-vous que vos droits ne sont pas respectés ? Pourquoi ? Que faites-vous face à cette situation ? Qu'aimeriez-vous qui soit fait ? Quel est le rôle de la police ? de la justice ? Avez-vous déjà décidé de garder le silence face à une violence ? Pourquoi ? (détails) Avez-vous déjà reçu /cherché des informations sur vos droits ? Auprès de qui ? Comment vous informez-vous ? Quel est le meilleur moyen selon vous pour informer les PS ?</p>	<p>Connaissances des lois / droits et attitudes envers les VBG, les LGBT et la place des femmes</p>
<p>12) Attentes & recommandations Quels conseils donnerait vous à une autre PS qui se retrouverait dans une situation de violence ? Qu'aimeriez-vous qui soit mis en place pour les PS pour éviter les violences ? Qu'aimeriez-vous qui soit mis en place pour quand la violence arrive ? Quel soutien / changements souhaiteriez-vous en ce qui concerne la sécurité ? de la police ? Quel soutien/ changements souhaiteriez-vous en ce qui concerne la santé ? Par rapport à vos capacités, que souhaiteriez – vous encore améliorer : formation ? relation ? action ? niveau de connaissance ? etc. Connaissez-vous le travail de XXX (partenaire) ? Qu'en pensez-vous ? Comment ils pourraient aider ? Qui d'autre peut contribuer dans la lutte contre la violence faite aux PS ? Avez-vous des propositions ? Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?</p>	<p>Priorités Besoins Suggestions</p>



Ethno Logik

L'anthropologie au service de l'action