



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-146P

Prostitutions : les enjeux sanitaires

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN, Danielle JOURDAIN-MENNINGER, Dr Julien EMMANUELLI,
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2012 -

Synthèse

Les questions de santé constituent, avec celles relatives à l'ordre public, une préoccupation traditionnelle des pouvoirs publics lorsqu'on parle de prostitution. Mais l'approche des enjeux sanitaires liés à la prostitution a sensiblement évolué depuis l'époque où elle s'identifiait à la prophylaxie des maladies vénériennes.

Au souci de la santé publique s'ajoutent ceux relatifs à la santé de populations qui n'accèdent pas toujours facilement à la prévention et aux soins. Par ailleurs les préoccupations autrefois circonscrites aux infections sexuellement transmissibles s'inscrivent dans une approche de santé globale prenant en compte l'ensemble des déterminants associés, qui incluent les droits sociaux, le contexte d'exercice et de vie des publics concernés.

Il n'y a pas une mais des prostitutions.

Le terme de prostitution recouvre des réalités diverses, contrastées, en constante évolution : le fossé est grand entre l'« escort » travaillant à son compte en appartement à partir d'un site internet et l'étrangère sans papier qui se prostitue dans la rue pour le compte d'un réseau.

Féminine pour l'essentiel, la prostitution peut aussi concerner des hommes ou des personnes transgenres/transsexuelles, et elle est pratiquée sur une très large tranche d'âge, par des personnes de nationalité française ou étrangère. Elle peut être régulière ou occasionnelle, se pratiquer sur la voie publique ou à l'intérieur (prostitution dite « indoor »), de façon plus ou moins contrainte ou autonome.

Ces réalités sont difficiles à appréhender et leur connaissance demeure limitée et partielle : le nombre total des personnes qui se prostituent est inconnu et les estimations varient de 1 à 20 selon les sources.

La part, dans ce champ, des différents profils et formes d'exercice est encore plus difficile à évaluer. Les seules données disponibles émanent des autorités en charge de la sécurité publique et des associations de terrain et portent essentiellement sur la prostitution visible. Elles décrivent une population très largement constituée de femmes étrangères en situation irrégulière, et vivant dans des conditions plus ou moins précaires. Mais ce tableau ne concerne que la seule prostitution de rue, et ne saurait être extrapolé. Il s'agit d'un segment de l'activité sexuelle tarifée, qu'on confond trop souvent avec la prostitution dans son ensemble.

Une part sans doute importante de l'activité prostitutionnelle demeure invisible et très mal connue. Il s'agit notamment de la prostitution qui se pratique à l'intérieur, en appartement ou en hôtel, ou à partir d'établissements divers (bars, salons de massage) et qui recrute sa clientèle de façon plus ou moins explicite, par des canaux variés, sur Internet ou par petites annonces. Le développement de ces formes de prostitution prend appui sur l'évolution des techniques et des pratiques sociales, avec la montée en puissance d'Internet et des réseaux sociaux. Par ailleurs il pourrait résulter, selon diverses analyses, de la tendance convergente des autorités publiques, en France mais aussi à l'étranger, à lutter contre une activité prostitutionnelle trop visible sur la voie publique.

Ces prostitutions différentes induisent des problèmes et des besoins variables en termes de santé.

La difficulté est encore plus grande pour appréhender la situation sanitaire des populations qui se prostituent. Les études et données épidémiologiques sur le sujet sont particulièrement rares et la France accuse dans ce domaine un retard significatif, qui s'explique sans doute, au moins partiellement, par l'acuité des clivages et débats idéologiques.

Les risques sanitaires spécifiquement liés à la pratique de la prostitution sont connus: **VIH/sida, hépatites, autres infections sexuellement transmissibles**, IVG et problèmes divers de santé sexuelle constituent des risques accrus par une activité sexuelle multipartenaires si la prévention n'est pas parfaitement maîtrisée. Par ailleurs les **violences** et leurs conséquences sanitaires constituent une autre catégorie de risques très souvent associée à la prostitution. Ces violences peuvent être perpétrées par les clients mais aussi par les proxénètes, les passants, les personnes prostituées entre elles, ou liées à l'environnement institutionnel.

Mais ces risques, communs à toutes les formes de prostitution, se manifestent avec **une acuité très variable selon les modes et conditions d'exercice, et selon le profil des personnes** qui se prostituent. Leur niveau d'information et de sensibilisation sur les questions de prévention, leur capacité à se protéger par rapport aux risques sexuels, notamment par l'emploi systématique du préservatif, à réagir en cas d'accident, notamment par le recours au traitement post-exposition et à la contraception d'urgence, se traduisent par des niveaux de prévalence très divers selon les publics, notamment pour ce qui concerne le VIH/sida. De même les personnes qui se prostituent sont plus ou moins en situation d'assurer leur sécurité par rapport aux agressions éventuelles et leurs conséquences.

De façon générale, **l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des facteurs d'aggravation des risques** en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention. L'inexpérience, notamment chez les jeunes, la pratique occasionnelle de la prostitution et la méconnaissance des codes constituent d'autres facteurs de risques.

A côté de ces risques spécifiques on rencontre, selon les publics et les situations, **diverses pathologies qui ne sont pas nécessairement imputables directement à l'exercice de la prostitution** mais reflètent plus largement les conditions de vie et d'environnement : troubles psychiques, infections broncho-pulmonaires, troubles alimentaires, usage de produits psychoactifs... Ces pathologies observées chez les personnes qui se prostituent sur la voie publique sont présentes également, indépendamment de toute activité prostitutionnelle, chez les publics en situation précaire.

Une partie des populations qui se prostituent présente en effet des **facteurs de vulnérabilité individuelle et sociale**. Ainsi la prostitution de rue est essentiellement constituée d'étranger(e) en situation irrégulière qui éprouvent de grandes difficultés à faire valoir leurs droits et à accéder aux dispositifs de droit commun. Ces personnes sont en outre fréquemment originaires de pays de forte endémie (VIH, tuberculose). **La reconnaissance et l'effectivité des droits constituent des conditions indispensables pour la prévention, le suivi médical et les soins des personnes qui se prostituent.**

Les interventions associatives méritent d'être confortées et élargies pour s'adapter aux diverses formes de prostitution.

Les personnes qui se prostituent ne sont pas facilement accessibles : turn-over, méfiance des institutions, réticence à révéler une activité souvent stigmatisée freinent leur accès aux institutions et dispositifs de droit commun.

Le milieu associatif a développé pour la prostitution de rue des modalités d'intervention spécifiques qui ont démontré leur pertinence. Elles combinent généralement des tournées mobiles pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité à un accueil sans rendez-vous dans un local fixe.

Ce schéma permet de développer des actions de prévention, d'aider les personnes à accéder aux droits et aux soins dans le dispositif de droit commun, et éventuellement d'engager avec elles des démarches à plus long terme d'insertion ou de réinsertion sociale. La distribution de matériel de prévention sanitaire par les associations de santé dans le cadre de leurs tournées offre un support à la prise de contact et contribue à la réduction des risques sanitaires spécifiquement liés à l'activité prostitutionnelle (au premier plan desquels VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles), mais elle s'inscrit aussi dans une perspective plus large de santé globale. Le recours, pour certaines d'entre elles, aux services de personnes issues des publics visés facilite les contacts et permet de mieux adapter les modes d'intervention.

Ces démarches rencontrent pourtant **des obstacles et des limites**. Les associations s'accordent ainsi à dénoncer des **difficultés accrues pour accéder aux publics prostitués**, qui résulteraient notamment des effets de la loi de 2003 pour la sécurité intérieure, les conduisant à rechercher sur **un périmètre géographique plus étendu** et en **des lieux moins accessibles** (comme les forêts) des personnes qui se dissimulent pour échapper au délit de racolage passif. Par ailleurs les **restrictions des budgets des associations**, liées à une diminution significative des subventions publiques, les obligent souvent à réduire la fréquence des tournées, compromettant l'efficacité d'un travail qui demande un minimum d'intensité et de régularité sur le long terme.

Mais surtout, **elles laissent assez largement de côté d'autres formes de prostitution, moins visibles**, mais probablement appelées à tenir une place croissante dans la prostitution. Celles-ci donnent lieu à des expériences associatives qui visent à transposer les principes d'action développés dans la rue en allant à la rencontre des personnes qui se prostituent « à l'intérieur », par Internet ou par téléphone. Les premiers éléments de bilan démontrent la difficulté mais aussi la nécessité de mettre au point et développer des modalités d'intervention adaptées en direction de populations qui restent à l'écart des actions d'information et de prévention actuelles.

Aux termes de ses investigations la mission estime que **les enjeux sanitaires liés à la prostitution justifient une approche de type « mainstreaming »**. En effet, l'exercice de la prostitution ne permet pas de définir une catégorie de population dont les caractéristiques et les besoins communs appelleraient une politique dédiée. Une « politique de la prostitution » en tant que telle apparaîtrait donc inadaptée. En revanche il est nécessaire de **mieux prendre en compte les problématiques prostitutionnelles dans les différentes politiques menées**, et tout particulièrement d'évaluer l'impact sanitaire des mesures prises dans les domaines de la sécurité et de l'ordre public, de l'immigration, et du régime juridique de la prostitution.

Quelles que soit les orientations retenues à cet égard, il apparaît nécessaire de conforter et développer l'approche préventive. Les moyens techniques et financiers confiés aux associations sont actuellement insuffisants pour assurer l'efficacité des actions menées, laquelle est étroitement corrélée à leur intensité. Les personnes qui se prostituent peuvent et doivent, par leur intermédiaire, être outillées et renforcées dans leur capacité à être des acteurs de première ligne de la prévention.

Les publics les plus fragiles méritent une attention particulière. La mission s'inquiète tout particulièrement de la situation des **jeunes mineurs qui se prostituent**. Ce phénomène est actuellement largement occulté et il importe d'évaluer la pertinence des dispositifs existants à cet égard, notamment dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Par ailleurs, la mission souligne la part importante parmi les publics qui se prostituent des **personnes en situation de précarité et notamment des étranger(e)s en situation irrégulière**. L'amélioration de leur condition sanitaire passe par un meilleur accès aux droits et aux soins et s'inscrit donc dans le cadre plus général de la gestion des dispositifs de la CMU et de l'AME qui a fait l'objet de recommandations dans divers rapports antérieurs.

Il importe enfin de mieux approcher la « face cachée » de la prostitution (notamment sur Internet) qui reste actuellement à l'écart des actions de prévention. La connaissance de ce terrain, la mise au point de modalités d'intervention adaptées doivent être encouragées et donner lieu à évaluation et mutualisation des résultats.

De façon plus générale, **l'amélioration de la connaissance concernant les différentes formes de prostitutions constitue un préalable indispensable** pour assurer la prise en charge des enjeux sanitaires liés à l'activité prostitutionnelle. Le manque de données prive actuellement les autorités publiques d'indicateurs pour conduire leur action, et contribue à alimenter les controverses sur une question qui reste très polémique. Il n'y a pas de consensus sur les finalités d'une action publique dans ce domaine. Le développement des enquêtes et des études pour recueillir des données objectives, l'établissement d'éléments de diagnostic partagés au niveau local et national, l'évaluation des actions menées doivent être considérés comme des priorités.

Ce n'est que sur cette base que les pouvoirs publics pourront **développer une approche pragmatique visant à organiser et faire converger les efforts de tous les acteurs**, au-delà des clivages idéologiques et des blocages actuels. Il leur appartient en effet d'assurer un pilotage d'ensemble, de favoriser le développement des complémentarités au lieu des concurrences et des rivalités, d'organiser les interventions de façon à tirer parti des compétences et spécialités des différents opérateurs et d'assurer ainsi la meilleure couverture des besoins.

Sommaire

SYNTHESE	3
RAPPORT	9
1. IL N'Y A PAS UNE MAIS DES PROSTITUTIONS, RECOUVRANT DES ENJEUX SANITAIRES DIFFERENTS.....	11
1.1. <i>Les prostitutions : un phénomène pluriel, particulièrement difficile à appréhender</i>	<i>11</i>
1.1.1. Des contours mal définis	11
1.1.2. Une diversité des profils et modes d'exercice	12
1.1.3. Des conditions de vie très contrastées	17
1.1.4. Un manque de données objectives.....	18
1.1.5. Une réalité appréhendée selon des prismes déformants	21
1.2. <i>Des risques sanitaires directement liés à l'exercice de la prostitution</i>	<i>22</i>
1.2.1. Des facteurs de risque communs, inhérents à l'activité prostitutionnelle.....	22
1.2.2. Des niveaux d'exposition très variables selon les populations et modes d'exercice.	24
1.2.3. Une capacité inégale des personnes à se prémunir contre les risques de leur activité?	27
1.3. <i>D'autres risques sanitaires non nécessairement imputables à la prostitution</i>	<i>30</i>
1.3.1. Des pathologies observées dans le cadre de la prostitution de rue	30
1.3.2. Troubles psychiques et addictions, un lien débattu avec l'exercice de la prostitution	31
1.3.3. Des risques avant tout liés à la précarité des conditions d'existence.....	34
2. LES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS AFFECTENT LE NIVEAU DE COUVERTURE SANITAIRE	36
2.1. <i>Diverses voies d'accès aux droits et aux soins, comparables au droit commun</i>	<i>36</i>
2.1.1. Personnes de nationalité française, ou étrangères en situation régulière.....	36
2.1.2. Personnes étrangères en situation irrégulière	37
2.2. <i>Des obstacles à l'accès effectif aux droits avant tout liés à la précarité des personnes qui se prostituent</i>	<i>39</i>
2.2.1. Un accès effectif aux droits difficile pour les personnes précaires.....	39
2.2.2. Un risque d'instrumentalisation de la misère renforcé pour les personnes qui se prostituent	40
2.3. <i>Des freins supplémentaires liés à la situation de prostitution.....</i>	<i>41</i>
2.3.1. Une distance plus marquée encore vis-à-vis des institutions.....	41
2.3.2. La crainte des jugements de valeur et de la discrimination	42
2.3.3. Des difficultés spécifiques pour faire valoir ses droits	43
2.4. <i>Une couverture sanitaire qui souffre de plusieurs lacunes.....</i>	<i>44</i>
2.4.1. Un recours aux soins variable, souvent tardif, et des difficultés d'observance	44
2.4.2. Des besoins spécifiques liés à l'activité prostitutionnelle imparfaitement satisfaits.	45
3. DES REPONSES ASSOCIATIVES PERTINENTES DANS UN CADRE INSTITUTIONNEL QUI MANQUE DE COHERENCE	49
3.1. <i>Des interventions des associations centrées sur les besoins spécifiques des personnes qui se prostituent</i>	<i>49</i>
3.1.1. La réduction des risques, un mode d'entrée en contact avec les personnes qui se prostituent	49
3.1.2. La démarche de l'« aller vers »	50
3.1.3. L'accueil au local	51

3.1.4. Des tentatives pour toucher les formes de prostitution « indoor »	52
3.2. <i>Des autorités publiques qui peinent à dégager un cadre cohérent</i>	54
3.2.1. Une action publique rendue difficile par la diversité des situations des personnes qui se prostituent.....	54
3.2.2. Les préoccupations de santé qui entrent en conflit avec d'autres objectifs politiques.....	54
3.3. <i>Des contradictions dans la sphère sanitaire et sociale elle-même</i>	55
3.3.1. Une logique d'intervention que contredit l'organisation institutionnelle.....	55
3.3.2. Deux modes d'intervention parallèles	56
3.3.3. Une absence de complémentarité entre sanitaire et social.....	60
3.3.4. Des moyens en baisse, délégués au secteur associatif sans véritable pilotage	61
3.3.5. Un défaut général de vision stratégique, d'animation et de cohérence	63
4. RECOMMANDATIONS POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES ENJEUX SANITAIRES LIES A L'EXERCICE DE LA PROSTITUTION	66
4.1. <i>Améliorer la connaissance d'ensemble des prostitutions</i>	66
4.2. <i>Mieux prendre en compte les problématiques prostitutionnelles dans les différentes politiques</i>	66
4.3. <i>Développer des actions prioritaires en direction des jeunes</i>	68
4.4. <i>Accroître l'effort de prévention en développant les outils et moyens confiés aux associations</i>	68
4.5. <i>Améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun, en relais des interventions associatives</i>	70
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	73
SIGLES UTILISES	83
LISTE DES ANNEXES	85
ANNEXE 1 : DONNEES SUR LES PROFILS RENCONTRES PAR LES ASSOCIATIONS.	87
ANNEXE 2 : LA PROSTITUTION DES MINEURS, QUELQUES ELEMENTS.....	89
ANNEXE 3 : REVUE DE LA LITTERATURE ETRANGERE SUR LES PROBLEMATIQUES DE SANTE OBSERVEES DANS LES ETUDES PORTANT SUR LES PERSONNES QUI SE PROSTITUENT.....	91
ANNEXE 4 : TEMOIGNAGE FONDE SUR LES EXPERTISES MEDICO-LEGALES REALISEES CHEZ DES FEMMES VICTIMES DE LA TRAITE	113
ANNEXE 5 : ACCES A LA PROTECTION SOCIALE ET AUX SOINS	115
ANNEXE 6 : MORBIDITE-MORTALITE ASSOCIEE AUX PRODUITS PSYCHOACTIFS	125
ANNEXE 7 : CADRE DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE L'ETAT	127
ANNEXE 8 : PARTENARIAT POUR REPERER LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES QUI SE PROSTITUENT DANS UN CENTRE DE SANTE SEXUELLE AU ROYAUME-UNI.....	143
ANNEXE 9 : HISTORIQUE DE L'ACTION PUBLIQUE AU REGARD DES ENJEUX SANITAIRES LIES A LA PROSTITUTION	145

Rapport

Dans le cadre de son programme d'activité pour 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a conduit une mission sur les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution et leurs déterminants.

Cette mission a été confiée à Mesdames Claire AUBIN, Danièle JOURDAIN-MENNINGER et au Dr Julien EMMANUELLI, inspecteurs généraux des affaires sociales.

Elle a pour objectif d'éclairer l'exercice des activités de prostitution sous l'angle de la santé publique et de la santé des populations concernées. La santé est entendue ici au sens large comme la définit l'Organisation mondiale de la Santé, selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le recours à cette définition implique d'intégrer l'analyse des risques sanitaires la couverture sociale et les conditions d'accès à la prévention et aux soins.

Si la mission n'a pu ignorer les discussions en cours sur l'activité prostitutionnelle et le cadre, notamment juridique, de son exercice en France, il ne lui appartenait pas de prendre position dans ce débat de nature politique. Elle fait état dans le rapport des éléments et points de vue qui lui ont été communiqués par ses différents interlocuteurs sur ses interférences possibles avec les enjeux sanitaires mais s'est tenue à une stricte neutralité sur la question.

Dans ce contexte, la problématique qui a guidé les travaux peut être résumée par l'interrogation suivante : comment, par delà la question du contexte juridique d'exercice de la prostitution, améliorer la prise en charge sanitaire, de façon à mieux prendre en compte à la fois la santé des publics concernés et l'impact sur la santé publique ?

Soucieuse de s'appuyer sur des informations objectives et étayées, la mission a été confrontée à leur rareté et à la faiblesse des données épidémiologiques sur les personnes qui se prostituent. Pour pallier partiellement l'absence de travaux scientifiques récents dans le cadre français, elle a procédé à une revue de littérature internationale qui fonde de nombreuses références au fil du rapport. Celles-ci ont été complétées par des données plus empiriques et ponctuelles recueillies auprès des acteurs de terrain, notamment dans les rapports d'activité des associations au contact des publics prostitués.

Les inspecteurs généraux ont par ailleurs procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national : responsables politiques et administratifs, professionnels de la santé et du social, représentants des principales associations agissant dans ce domaine, chercheurs et universitaires, personnes qualifiées...

Ces auditions ont été complétées par des déplacements sur le terrain dans un certain nombre de métropoles régionales ou de grandes villes : Paris et sa périphérie, Lyon, Marseille, Nice, Toulouse, Nantes, Lille. La mission y a rencontré des représentants des services et administrations concernés - agences régionales de santé (ARS), cohésion sociale, droits des femmes, services de police, organismes de protection sociale - des professionnels des structures de soins (centres hospitaliers Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit et Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CDAG-CIDDIST), Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)... Par ailleurs une part importante de ses observations se fonde sur la rencontre avec les diverses associations (associations de santé, communautaires ou non, associations de réinsertion sociale), le suivi de leur activité, notamment en participant aux tournées nocturnes, et par la rencontre avec les personnes qui se prostituent, soit dans le cadre de ces tournées, soit dans les locaux d'accueil des associations, soit dans d'autres circonstances.

Au total la mission a rencontré plus de 250 personnes au niveau national ou local.

Sur le plan géographique l'enquête a été circonscrite au territoire national métropolitain. Les moyens et le cadre temporel impartis à la mission ne lui permettaient pas d'aborder l'outremer.

Le présent rapport présente les conclusions tirées de cette enquête.

Dans une première partie il expose la diversité des enjeux sanitaires, reflétant le caractère multiforme du phénomène prostitutionnel, ainsi que la grande hétérogénéité des situations et des populations concernées. La deuxième partie est consacrée à l'évaluation des voies et niveaux d'accès à la prévention et aux soins de ces populations. Dans une troisième partie sont analysées les logiques et modalités d'intervention auprès de ces publics dans le domaine sanitaire et social. Une liste de recommandations conclut ce rapport qui est par ailleurs accompagné de plusieurs annexes.

La mission tient à remercier l'ensemble des institutions et des personnes rencontrées qui lui ont réservé le meilleur accueil et ont contribué à ces travaux sans ménager leurs efforts et dans un esprit d'ouverture.

1. IL N'Y A PAS UNE MAIS DES PROSTITUTIONS, RECOUVRANT DES ENJEUX SANITAIRES DIFFERENTS

1.1. *Les prostitutions : un phénomène pluriel, particulièrement difficile à appréhender*

1.1.1. Des contours mal définis

Où commence et finit l'activité prostitutionnelle ? Qu'est-ce qu'une personne qui se prostitue ? La mission a été confrontée à ces questions pour délimiter le champ de ses travaux. Mais les réponses n'ont rien de simple ; car la définition même de la prostitution est sujette à questionnement, voire à polémique.

PROSTITUTION. Le fait de « livrer son corps aux plaisirs sexuels d'autrui pour de l'argent » (DALLOZ) et d'en faire métier ; l'exercice de ce « métier » ; le phénomène social qu'il représente.

Source : Le Petit Robert

Il n'y a pas de définition juridique ou officielle de la prostitution. La loi définit le proxénétisme, non la prostitution¹.

La jurisprudence a été amenée à se pencher sur le phénomène. Selon l'arrêt de la Chambre criminelle du 27 mars 1996 « la prostitution consiste à se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui ».

C'est à cette définition large que s'est référée la mission pour ses travaux :

- la rémunération n'est pas nécessairement monétaire et peut être procurée par des avantages en nature.
- elle décrit une pratique, sans impliquer de condition quant à son caractère régulier, et se démarque donc de l'idée d'un « métier » selon la définition communément admise.

Une telle définition permet de couvrir des conduites péri-prostitutionnelles chez les jeunes adolescent(e)s ou encore des échanges dits économico-sexuels, pratiqués par des personnes qui ne se définissent ni se reconnaissent comme des personnes qui se prostituent.

Elle a des conséquences sur la sémantique utilisée pour désigner les personnes qui se livrent à ces pratiques. Si une partie d'entre elles se réclame comme « travailleur/euse du sexe » d'autres ne veulent pas se définir comme « prostituées », bien qu'elles admettent parfaitement se livrer à la prostitution : soit parce qu'elles exercent une autre activité qui constitue dans leur esprit leur « raison sociale » principale², soit parce qu'elles refusent une étiquette vécue comme stigmatisante voire infâmante. D'autres enfin, qui, notamment chez les très jeunes, échangent occasionnellement des faveurs sexuelles contre des cadeaux, services ou avantages divers, n'ont pas conscience de se livrer à la prostitution et ne se considèrent pas comme « prostituées ».

C'est pourquoi il apparaît plus pertinent de parler de « personnes qui se prostituent » et c'est cette terminologie qui est retenue dans le présent rapport³.

¹ A noter qu'une telle définition existait dans le décret du 5 novembre 1947, aujourd'hui abrogé, qui caractérisait la prostitution comme « le fait de consentir habituellement et moyennant rémunération à des contacts sexuels avec autrui. »

² La mission a ainsi rencontré lors de tournées nocturnes des personnes qui se prostituaient tout en exerçant une activité à temps partiel d'employée de maison ou d'agent de nettoyage et tenaient à se présenter comme « femme de ménage ».

³ Même si le raccourci « prostitué » peut apparaître occasionnellement pour des raisons de commodité dans les développements qui suivent.

Si le concept de prostitution couvre « un ensemble de pratiques sociales » dont on ne connaît « ni l'étendue, ni les limites exactes, ni le principe unificateur de cet ensemble de pratique »⁴, tenter d'analyser les différentes formes de prostitution est nécessaire pour approcher les enjeux sanitaires des personnes qui se prostituent.

1.1.2. Une diversité des profils et modes d'exercice

Le phénomène prostitutionnel se caractérise par son hétérogénéité.

Sans prétendre faire une typologie des prostitutions ni en dresser une liste exhaustive, on peut citer un certain nombre de critères qui, combinés les uns aux autres, déterminent des lignes de partage plus ou moins nettes.

1.1.2.1. Prostitution « traditionnelle » ou étrangère

La prostitution dite « traditionnelle » concerne des femmes, essentiellement françaises (ou originaires du Maghreb et intégrées depuis longtemps). Elles sont généralement plus âgées que les personnes d'origine étrangère qui se prostituent⁵. Les « traditionnelles » se définissent elles-mêmes comme telles, pour se démarquer des migrantes, nouvelles venues sur le marché de la prostitution, et pour revendiquer une forme d'activité « à l'ancienne », maîtrisée et autonome, par opposition à l'activité contrôlée par les réseaux⁶. Ce sont elles qui, au moins pour les françaises, militent dans les associations et collectifs en faveur de la reconnaissance de l'activité. Il s'est agi pendant longtemps d'une prostitution de rue, voire de quartier, avec une proportion importante d'habitues dans la clientèle. Les modes d'exercice ont tendance à évoluer et intègrent une prostitution « indoor » ou par internet.

La notion de prostitution « traditionnelle » utilisée par les intéressées l'est aussi par les autorités de police, par des chercheurs et par divers acteurs qui travaillent sur la prostitution. Ils s'accordent à considérer que cette forme de prostitution est en déclin et cède progressivement la place à la prostitution organisée et gérée par des réseaux de traite étrangers.

La prostitution étrangère, souvent dans le cadre de réseaux, est en forte progression : elle a profité de l'ouverture des frontières depuis les années 1990, avec une arrivée de populations surtout féminines, en provenance des pays d'Europe de l'Est, comprenant aujourd'hui une forte proportion de bulgares, de roumaines, et de la minorité rom. Mais on observe également une importante prostitution en provenance de l'Afrique sub-saharienne : Cameroun, Sierra Léone et surtout Nigéria, les arrivées de ces pays se faisant soit directement, soit via l'Espagne ou l'Italie. Enfin, on assiste depuis quelques années au développement d'une prostitution d'origine chinoise, qui reflète l'impact des transformations économiques et sociales très rapides intervenues dans ce pays.

La plus grande partie de ces personnes est en situation irrégulière : visa touristique expiré, faux papiers, demande d'asile refusée. Elles se prostituent soit dans le cadre de réseaux de prostitution familiaux ou mafieux soit pour rembourser des réseaux de passeurs. Dans tous les cas, la dette contractée constitue le fondement d'une activité de prostitution qui peut être plus ou moins temporaire, avec retour au pays une fois les objectifs financiers atteints (c'est le cas notamment pour les chinoises) ou plus définitive. Elle peut comporter des allers-retours fréquents vers le territoire d'origine (notamment pour les pays d'Europe de l'Est).

⁴ Fossé-Poliak Claude. La notion de prostitution. Une "définition préalable". In: *Déviance et société*. 1984 - Vol. 8 - N°3. pp. 251-266.

⁵ A l'exception des femmes chinoises dont la moyenne d'âge atteint la quarantaine.

⁶ Malika Amaouche. Les « traditionnelles » du Bois de Vincennes, une ethnographie du travail sexuel » Article paru dans Liebre Marylène, Dahinden Janine, Hertz Elle (Eds) *Cachez ce travail que je ne saurais voir. Ethnographies du travail du sexe*, Lausanne, Antipodes.

1.1.2.2. Prostitution plus ou moins contrainte

La question de savoir s'il existe une prostitution « libre » à côté d'une prostitution « forcée », et l'usage même de ces termes constituent un objet de controverse, qui renvoie au débat de fond sur la nature même de la prostitution (cf. ci-dessous).

Certains, notamment parmi les personnes qui se prostituent dite « traditionnelle » et les mouvements qui militent pour la reconnaissance du « travail du sexe », insistent sur la notion de libre disposition de son corps. Les personnes concernées déclarent qu'elles ont choisi cette activité et revendiquent dans son exercice une indépendance qui les démarque de la situation des personnes exploitées par des réseaux de traite des êtres humains ou qui, sans entrer dans ce cadre, reversent directement ou indirectement une partie de leurs gains à une tierce personne.

A l'inverse, le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 considère la prostitution comme une forme de violence en soi et la résolution votée par l'Assemblée Nationale le 6 décembre 2011⁷ souligne « *la contrainte qui est le plus souvent à l'origine de l'entrée dans la prostitution, la violence inhérente à cette activité et les dommages physiques et psychologiques qui en résultent* » en concluant que « *la prostitution ne saurait en aucun cas être assimilée à une activité professionnelle* ».

Au-delà de ce débat de principe dont l'importance n'a pas échappé à la mission mais sur lequel il ne lui appartient pas de prendre position, l'examen de la diversité des situations de prostitution fait apparaître des degrés très variables dans la contrainte ou au contraire dans la liberté. Et cette gradation se traduit de façon très concrète en termes de risques sanitaires, notamment pour ce qui concerne l'effet des violences, mais aussi les possibilités d'accès aux soins comme on le verra ci-dessous.

1.1.2.3. Prostitution de rue ou « indoor »

La prostitution de rue est la plus connue, la plus visible et la mieux documentée, celle qui gêne le plus l'image du quartier, les projets de rénovation des centres ville, la tranquillité des riverains. Suite aux interpellations engendrées par la loi de sécurité intérieure de 2003 et aux arrêtés municipaux pris dans certaines villes, cette prostitution sur la voie publique a eu tendance à se déplacer vers la périphérie – dans les bois, sur des routes de campagne- ou dans des lieux moins voyants (chantiers, caves,...). Dans certains cas les mesures prises visent, comme par exemple à Paris dans le bois de Boulogne, à lutter contre le stationnement des véhicules, ce dont se plaignent les « traditionnelles » qui exercent en camionnettes, forme d'exercice à la fois plus confortable et jugée plus sûre que la prostitution « à pied ».

Le mouvement de migration géographique de l'activité prostitutionnelle à partir des centres villes vers les périphéries est décrit par l'ensemble des acteurs. Mais il revêt une acuité plus ou moins marquée selon les territoires, reflétant une mobilisation très variable, dans l'espace et le temps, des autorités municipales et policières. Dans certaines villes, la municipalité s'efforce plutôt de réduire les nuisances liées à l'activité prostitutionnelle et d'assurer une cohabitation aussi pacifique que possible avec les riverains en organisant des actions de sensibilisation et des réunions de quartier.

Il reste que la tendance à lutter contre la visibilité de l'activité prostitutionnelle sur la voie publique est générale et dépasse les frontières. Certains travaux de recherche⁸ montrent qu'il s'agit d'un élément commun dans plusieurs pays, qui transcende même les clivages entre les différents régimes de traitement juridique de la prostitution.

⁷ Assemblée Nationale, résolution réaffirmant la position abolitionniste de la France en matière de prostitution adoptée le 6 décembre 2011

⁸ Regulating sex work in the EU: prostitute women and the new spaces of exclusion Phil Hubbard, Roger Matthews and Jane Scoular, Gender, Place and Culture Vol. 15, No. 2, April 2008, 137–152

Cette tendance contribue sans doute à développer d'autres formes de prostitution, qualifiées de « indoor »⁹, sans qu'il soit possible de déterminer la part respective dans ce développement des évolutions politiques et des évolutions techniques. En effet, la montée en puissance d'Internet et de nouvelles formes de mise en relation à travers les réseaux sociaux constitue pour l'activité prostitutionnelle, comme pour beaucoup d'autres activités commerciales, une nouvelle donne.

L'activité dite « indoor », par opposition à celle qui a lieu dans la rue, peut prendre des formes très diverses : bars, salons de massage, prostitution en hôtel ou appartement. Et elle puise également à des sources variées : recherche du client dans les établissements précités, petites annonces dans les journaux gratuits ou sur internet, blogs ou sites spécialisés... Cette activité est par définition beaucoup moins visible que la prostitution de rue, plus mouvante, voire insaisissable.

1.1.2.4. Prostitution féminine, masculine, et des personnes transsexuelles ou transgenres

L'activité de prostitution ne concerne pas que les femmes, même si la population féminine est très largement prépondérante dans les publics concernés. On y rencontre aussi des hommes, des travestis et des personnes « trans »¹⁰.

La prostitution masculine est moins visible et il est sans doute symptomatique que la mission n'ait rencontré au cours de ses visites de terrain aucun homme se prostituant avec d'autres hommes, alors qu'elle a été en contact avec nombre de femmes et de personnes trans. Il s'agit pourtant d'une réalité, qui présente divers visages : la prostitution auprès d'une clientèle d'homosexuels masculins constitue un moyen de survie pour certains jeunes étrangers (notamment dans la population des mineurs étrangers isolés) ; un autre cas de figure est celui de jeunes garçons dont l'homosexualité révélée se heurte au rejet de la famille entraînant une situation d'errance et la recherche de moyens d'existence. Il existe aussi des hommes qui proposent des relations tarifées auprès d'une clientèle féminine mais il s'agit plutôt d'une prostitution « haut de gamme » qui relève de pratiques d'« escorting » très éloignées de ce qui a été précédemment décrit.

La prostitution des personnes trans, souvent d'origine sud américaine, est présente surtout sur Paris et dans certaines grandes agglomérations. L'affirmation de la transsexualité s'accompagne pour la grande majorité des personnes concernées de ruptures familiales et sociales et les conduit à des situations d'exclusion à la fois économique mais aussi symbolique dont la prostitution peut constituer le prolongement¹¹. Moyen de survie, la prostitution peut également servir à financer le recours à une filière de migration et à prendre en charge le coût des interventions esthétiques ou chirurgicales.

Comme le souligne l'IGAS dans un rapport consacré à la question du transsexualisme¹², les parcours personnels, de migration et de prostitution qu'ont connus ces personnes les ont exposées à de nombreux et sérieux risques sanitaires. Leurs conditions de vie ne les conduisent pas à accorder la priorité à leur santé, et lorsqu'elles s'y essaient elles ont le plus grand mal à trouver des professionnels de santé prêts à les aider.

⁹ La notion de « indoor » peut être traduite mot à mot par « à l'intérieur », terme français qui n'est utilisé ni par les professionnels, ni dans les différentes études consultées par la mission. C'est pourquoi celle-ci retient dans son rapport le terme « indoor ».

¹⁰ Confrontée à la diversité des situations et des sémantiques utilisées pour désigner les personnes transsexuelles et transgenres, ayant subi ou non une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle, la mission a privilégié le terme de « trans » pour désigner l'ensemble des publics concernés. Cette appellation est celle retenue dans le plan de lutte contre le VIH/SIDA et IST 2010-2014, et dans le rapport IGAS établi par H. Zeggar et M. Dahan, en décembre 2011 « Evaluation des conditions de prise en charge sanitaire et sociale des personnes trans et du transsexualisme ». Selon ce rapport, cette appellation est celle utilisée « actuellement (par) la plupart des auteurs de travaux et d'ouvrage sur le sujet. »

¹¹ Cf. l'analyse qui en est faite par l'ALC, dans le cadre d'un projet réalisé avec le soutien financier de l'INPES « Personnes transgenres d'origine péruvienne en situation de prostitution à Nice », 2010

¹² Hayet Zeggar et Muriel Dahan ouvrage précité.

Compte tenu de cette diversité, en termes de genres, des publics concernés, la vision de la prostitution comme le seul sous produit de la domination masculine, même si celle-ci explique la très forte surreprésentation des femmes dans cette activité, ne constitue pas une position consensuelle.

1.1.2.5. Prostitution régulière ou occasionnelle

La prostitution peut constituer l'activité principale voire exclusive des personnes qui l'exercent, et constituer leur seul moyen d'existence. Elle peut aussi être pratiquée de façon régulière mais à temps partiel pour compléter les revenus insuffisants d'un ou plusieurs autres emplois. C'est le cas par exemple chez les Chinoises qui ont souvent plusieurs « jobs ».

Elle peut enfin être exercée de façon ponctuelle et occasionnelle pour répondre à un besoin financier précis ou tout simplement à la nécessité de boucler les fins de mois. Il semble que la crise de l'emploi, mais aussi le développement de la « pauvreté laborieuse » et de la précarité contribuent à la croissance de ce type de prostitution qui touche notamment des mères isolées. La prostitution étudiante, souvent évoquée mais très difficile à appréhender, participe également de cette activité prostitutionnelle plus ou moins occasionnelle et non « professionnelle ». Il faut enfin citer les conduites observées chez un certain nombre de jeunes adolescentes ces dernières années¹³, qui consentent à des rapports sexuels pour des compensations parfois dérisoires.

Ces phénomènes de prostitution occasionnelle représentent du point de vue sanitaire un défi particulier car les intéressé(e)s n'ont pas nécessairement conscience des risques encourus ni l'information et les moyens nécessaires pour se prémunir, et demeurent à l'écart des circuits et acteurs de la prévention.

1.1.2.6. Prostitution selon les âges ¹⁴

Les personnes qui se prostituent peuvent être de tous âges.

A titre illustratif la répartition par âge des personnes qui se prostituent recensées dans la file active de l'association Grisélidis à Toulouse (600 personnes au total en 2011) se présente comme suit :

- 48 % de moins de 30 ans,
- 48 % de 30 à 60 ans,
- 4 % de plus de 60 ans.

Le tableau par âge de la population accompagnée par l'Amicale du Nid¹⁵ est relativement proche :

- 43 % de moins de 30 ans
- 30 % de 30 à 39 ans
- 17 % de 40 à 49 ans
- 8 % de 50 à 59 ans
- 1 % de 60 à 70 ans

¹³ Echanges de la mission avec l'observatoire de l'égalité femmes-hommes de la Ville de Paris qui évoque de comportements pré-prostitutionnels signalés par des chefs d'établissements et des infirmières scolaires. Voir aussi L. GIL, éducatrice spécialisée à La sauvegarde, Stains, Seine-Saint-Denis, Mémoire de fin d'étude sur les conduites prostitutionnelles chez des adolescentes de Seine Saint Denis. L'association ARC 75 qui intervient auprès de jeunes personnes en errance, exerçant une prostitution de survie dans le périmètre de la gare du Nord évoque également ce type de pratiques en foyer.

¹⁴ On trouvera en annexe n°1 un ensemble plus complet des statistiques par âge recueillies auprès des associations

¹⁵ Enquête 2010 Amicale du Nid, photographie de l'état de santé des personnes accompagnées (n=508 personnes).

Les jeunes, voire les très jeunes, sont concernés, bien au-delà des conduites péri prostitutionnelles évoquées plus haut. Leur manque d'expérience, une vulnérabilité particulière vis-à-vis des exigences du client et la méconnaissance du fonctionnement de leur propre corps, soulignée par la plupart des acteurs rencontrés par la mission, rendent l'exercice de la prostitution particulièrement dangereux pour ces publics et maximisent les risques encourus au plan sanitaire.

La présence de jeunes mineur(e)s est une question qui a été posée de façon systématique par la mission. Elle a observé un écart considérable entre les données de source policière et judiciaire, selon lesquelles le phénomène serait quasi inexistant, et l'expérience de nombreuses associations qui, tant au niveau national que sur le terrain, y voient une réalité préoccupante dont l'ampleur est loin d'être négligeable. Le décalage apparaît de façon éclatante lorsqu'une association de prévention déclare connaître nommément dans une ville donnée une quinzaine de jeunes mineures qui se prostituent, chiffre qui égale le nombre de cas recensés sur une base annuelle au plan national par les statistiques de l'Office central de répression de la traite des êtres humains (OCRETH). Les acteurs rencontrés dans les régions par la mission soulignent l'inadaptation des structures et des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance, nombre des jeunes concernés faisant l'objet d'une mesure de protection dans ce cadre mais fuyant de façon systématique pour échapper aux lieux d'accueil qui leur sont destinés.

La prostitution des mineurs constitue un phénomène aux aspects multiples qui met en jeu de nombreux acteurs publics (police, justice, services départementaux de l'aide sociale à l'enfance,...) et privés et dépasse largement le champ imparti à la présente mission, axée sur les aspects sanitaires de la prostitution. La carence d'information et d'analyse concernant un problème d'une telle gravité constitue aux yeux de la mission une situation particulièrement préoccupante.

Encadré 1 : La prostitution des mineurs ¹⁶

La prostitution des mineurs, un problème mal appréhendé par les pouvoirs publics

Le relatif déni du problème par les acteurs institutionnels s'accompagne d'un faible investissement sur ce sujet, qui n'est pas traité en tant que tel mais occasionnellement abordé dans le cadre d'actions sur la prostitution en général, ou sur les mineurs étrangers isolés, par exemple.

Il n'existe pas de structure institutionnelle spécialisée pour traiter de la prostitution des mineurs et sa prise en charge est particulièrement éclatée : entre l'Etat, compétent en matière de prostitution et le Département, compétent en matière de protection de l'enfance, mais aussi entre les services de police, de justice et les services sociaux .

Au niveau des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'accueil de mineurs victimes de prostitution ne semble pas repéré comme une problématique spécifique. Le phénomène échappe très largement aux services de la protection de l'enfance. Ainsi sur un millier de signalements en 2004 en provenance de l'ASE de Paris, à peine 0,1% l'ont été pour ce motif¹⁷.

Ce constat de carence est confirmé dans le rapport commandé par la PJJ sur « *la prostitution de mineurs à Paris* » qui constitue l'une des rares sources disponibles sur le sujet.¹⁸ Selon lui « *les entretiens menés auprès des professionnels de l'ASE (de Paris) confirment que la problématique de la prostitution des mineurs demeure totalement inexplorée et désinvestie. Les situations de prostitution ne constituent jamais le motif d'entrée des jeunes, et les structures disent n'accueillir quasiment pas de mineurs victimes de prostitution.* »

La mobilisation pour lutter contre la prostitution des jeunes mineurs semble limitée à quelques opérateurs associatifs de terrain - Hors la rue, Aux captifs la libération- ou filiales françaises d'organisations internationales luttant contre l'exploitation des enfants -ECPAT France, ACPE, La voix de l'enfant...qui se situent dans le cadre de l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant (ONU)

Source : Mission IGAS

¹⁶ Cf. annexe n° 2

¹⁷ Source Observatoire parisien de l'enfance en danger (OPED).

¹⁸ *La prostitution de mineurs à Paris : données, acteurs et dispositifs existants*, rapport final –octobre 2006, Cabinet Anthropos.

A l'autre extrémité de la pyramide des âges on observe une prostitution de personnes vieillissantes voire très âgées, pour lesquelles cette activité constitue la principale voire la seule ressource. Lors des permanences mobiles du Bus des femmes à Paris en 2011, plus de 450 passages de personnes âgées de plus de 60 ans se prostituant (sur 12249 soit près de 4 %, sous estimation probable d'après l'association) ont été comptabilisés¹⁹. A Nantes Médecins du monde a recensé 18 % de personnes entre 40 et 60 ans dans la file active des personnes proposant des services sexuels tarifés auprès desquelles elle est intervenue en 2011. L'association Grisélidis à Toulouse note dans son rapport d'activité pour la même année que la part des personnes âgées accueillies augmente un peu chaque année. (...) Elle précise qu'il s'agit de femmes françaises, parfois immigrées (originaire du Maghreb ou du Cameroun) qui pratiquent la prostitution depuis de longues années et qui, faute d'indemnités de retraite, n'ont pu cesser leur activité.

1.1.3. Des conditions de vie très contrastées

Toutes ces différences, dans les profils individuels mais aussi dans les formes d'exercice de la prostitution, se traduisent par des conditions de vie très contrastées. Il y a à l'évidence d'importantes inégalités de revenu et de mode de vie dans l'ensemble des personnes qui ont en commun l'exercice d'une activité prostitutionnelle. Le fossé est grand entre l'« escort » travaillant à son compte en appartement et pratiquant des tarifs suffisamment élevés pour déterminer son niveau d'activité et choisir ses clients, d'une part, et l'étrangère sans papiers qui, travaillant dans la rue, doit faire le plus grand nombre de passes à quelques dizaines d'euros pour payer sa dette au réseau qui l'exploite, et assurer sa survie, voire celle de sa famille, d'autre part. Il n'en reste pas moins que l'exercice de la prostitution les expose à une part de risques communs, notamment au plan sanitaire.

La mission, à l'occasion des divers entretiens qu'elle a menés, à Paris comme dans les régions où elle s'est rendue, a pu appréhender de façon concrète cette diversité dont elle rend compte dans le rapport.

Encadré 2 : Différents visages de la prostitution

C. est roumaine. Elle a d'abord exercé la prostitution dans un « club » en Espagne avant de venir travailler dans la rue en France. S'exprimant très bien en français, elle explique qu'elle se prostitue pour des raisons économiques, sa nationalité ne lui permettant pas d'obtenir une autorisation de travail en France pour y exercer un « métier normal ». C. a deux médecins : l'un en ville, auquel elle s'est présentée comme femme de ménage, et l'autre à l'association de santé communautaire, pour les questions impliquant son activité de prostitution.

M., âgée d'une trentaine d'années est « escort ». Elle a commencé à exercer dans des bars. Aujourd'hui elle recrute ses clients grâce à Internet. Très soigneusement sélectionnés, beaucoup sont des habitués. Avec certains elle entretient des relations de nature quasi amicale, qui ne se limitent pas aux seuls rapports tarifés. C'est pourquoi il lui arrive de ne pas utiliser de préservatif avec eux. M. travaille pendant que ses enfants sont à l'école, dans un appartement loué à cette fin. Elle souligne l'important rapport financier de son activité, qui lui permet de ne l'exercer qu'à temps très partiel.

J, nigériane d'une vingtaine d'années, a été contrainte de se prostituer pour rembourser 60 000 euros, prix de son arrivée en France avec de faux papiers. Mais les menaces et le non respect par sa proxénète des engagements pris ont amené J., voyant que sa dette ne s'éteindrait jamais, à la dénoncer et à quitter le travail de rue, aidée par une association de lutte contre la traite. Mue par la colère contre ceux qui l'ont exploitée, J. ne regrette rien mais vit dans l'angoisse des représailles contre sa famille restée au pays. Elle s'est engagée dans un parcours de réinsertion, en commençant par des cours de perfectionnement en français, qu'elle parle déjà fort bien. Mais la procédure de régularisation, qui devait être la contrepartie de sa démarche auprès des autorités de police, s'annonce très difficile faute de passeport.

R, transsexuelle venue d'Amérique latine, travaille dans la rue. Lorsque la mission l'a rencontrée lors d'une « maraude » nocturne, elle portait au visage les traces d'un très gros hématome, mal dissimulé sous un épais maquillage. Elle raconte qu'elle s'est battue avec un client qui voulait lui reprendre le prix d'une prestation

¹⁹ Les personnes de plus de 60 ans représentent environ 4% de la file active des associations ALC de Nice (document remis à la mission) et Grisélidis de Toulouse (rapport d'activité 2011).

qu'il n'avait pu mener à son terme. Cette situation engendre une discussion animée entre la travailleuse sociale et la médiatrice culturelle de l'association de santé communautaire, l'une faisant valoir le caractère disproportionné du risque pris pour quelques dizaines d'euros, l'autre, elle-même transsexuelle issue du milieu de la prostitution, considérant qu'il s'agit d'une question de principe et qu'il faut se faire respecter.

S. à la cinquantaine pimpante. Elle exerce en camionnette depuis des années avec une clientèle d'habitues. La prostitution correspond pour elle à un choix assumé: « j'aime le sexe et l'argent ». Elle gagne confortablement sa vie et s'offre chaque année de longues vacances au soleil. Elle est bien insérée, paye ses impôts et cotise au régime social des indépendants. Mais ses enfants ne connaissent pas son vrai métier. Elle revendique un rôle social auprès de ses clients, et de conseil auprès des jeunes étrangères qui arrivent sans aucune formation sur le marché de la prostitution. A la question de savoir pourquoi elle ne choisit pas une forme d'exercice « indoor » plus confortable, elle répond que cette pratique lui paraît beaucoup trop dangereuse, et préfère la camionnette, qui lui permet de sélectionner de visu les clients.

R. est camerounaise. Elle a un emploi à temps partiel dans le nettoyage et se prostitue dans la rue pour compléter ses revenus. Pour elle la prostitution est « ce qui me nourrit, nourrit mes enfants, et soigne mon père au pays ». Elle refuse une étiquette qu'elle récuse : « je ne suis pas prostituée, je suis femme de ménage ». Elle rit beaucoup et se moque volontiers des travers de ses clients qu'elle juge ridicules.

Source : Mission IGAS. Entretiens menés avec des personnes qui se prostituent dans différentes villes.

1.1.4. Un manque de données objectives

Le flou de la notion même de prostitution, son périmètre variable, la diversité des modes d'exercice et des conditions de vie qui y sont attachés contribuent à expliquer le manque de données objectives sur le phénomène prostitutionnel. Il est aussi difficile d'évaluer l'ampleur globale du phénomène prostitutionnel en France que d'apprécier la part, en son sein, des différents types de prostitution.

1.1.4.1. Des écarts de 1 à 20 dans l'estimation du nombre des personnes qui se prostituent

Les données quantitatives sont rares, limitées à la seule prostitution visible, celle qui s'exerce dans la rue, et sont de façon générale incapables de rendre compte de la multiplicité des réalités.

Les statistiques disponibles proviennent essentiellement des services de police et ne sont donc pas exemptes de tout biais puisqu'elles reflètent pour partie l'activité policière et son évolution : mises en cause pour racolage, procédures dans le cadre de la lutte contre le proxénétisme et pour le démantèlement des réseaux.

Ces données sont complétées par des estimations concernant la prostitution sur internet, sachant qu'il est impossible de repérer tous les sites d'annonces, et que ceux qu'on repère ne donnent qu'une idée grossière du nombre des personnes en activité (turn over important des annonces, plusieurs annonces pour une même personne, ou plusieurs personnes pour une même annonce...).

Au total, l'OCRETH évalue entre 20 000 et 40 000 le nombre de personnes qui se prostituent en France²⁰. L'avis du Conseil national du SIDA reproduit cette estimation.

Mais on constate un écart de 1 à 20 entre ces statistiques et les ordres de grandeur évoqués par un organisme comme le Syndicat du travail sexuel (STRASS) qui parle de 400 000 personnes qui se prostituent.

²⁰ OCRTEH, rapport annuel 2010.

1.1.4.2. Une appréhension encore plus malaisée des diverses composantes

La difficulté est plus grande encore pour évaluer au sein du phénomène prostitutionnel la part des différents profils et des divers modes de prostitution. Selon l'OCRTEH plus de 90 % des personnes qui se prostituent sur la voie publique sont aujourd'hui d'origine étrangère, chiffre contesté par le STRASS qui dénonce un biais lié au mode de recueil des données (les personnes d'origine étrangères seraient beaucoup plus souvent interpellées pour racolage et leur part serait donc surestimée dans les statistiques en résultant). Mais les données recueillies par les associations lors de leurs tournées sur le terrain confirment, sinon ce chiffre du moins la part très largement prédominante des personnes étrangères (entre 60 et 80 % selon les associations).

Concernant l'éventuelle prostitution des mineurs la différence devient « abyssale »²¹ entre l'évaluation par les autorités de police pour lesquelles il s'agit d'un phénomène très marginal, les cas détectés se limitant à quelques unités par an et les estimations d'origine associative pour lesquelles il s'agit d'un problème d'ampleur préoccupante qui concerne plusieurs milliers de jeunes par an.

De façon générale les rapports d'activité des associations qui viennent en aide aux personnes qui se prostituent constituent en effet une source d'information très riche, dont la mission a pu observer qu'elle était souvent sous-exploitée (cf. ci-dessous). Mais comme les données d'origine policière elles ne portent très généralement que sur la prostitution de rue.

1.1.4.3. Des données qui ne portent sur la partie « émergée » du phénomène

La principale et très grave lacune des données disponibles porte sur la prostitution « invisible », celle notamment qui s'appuie sur Internet, dont on ne connaît ni l'ampleur ni les caractéristiques. Cette lacune contribue à alimenter pour une large part la polémique sur l'étendue réelle du phénomène prostitutionnel. Elle est d'autant plus dommageable qu'il semble probable que cette forme de prostitution, également non dénuée de risques sanitaires, soit en forte progression et appelée à progresser encore d'avantage à l'avenir, et que l'on ait très peu de prise sur elle.

1.1.4.4. La rareté des études sur la santé

De même, les études sur la santé des personnes qui se prostituent sont assez rares et les données épidémiologiques les plus solides remontant à près de vingt ans. Cela peut tenir au caractère tabou et parfois caché de cette activité, et de manière plus générale, à la difficulté d'accéder aux publics qui se prostituent dans des conditions plus ou moins précaires. A l'instar de ce qui s'est observé pendant longtemps avec l'usage de drogues, on peut également évoquer la crainte du contrôle social, la crainte de la stigmatisation²² et une forme de réserve vis-à-vis des pouvoirs publics, tant du point de vue des intéressés que de certaines des associations qui leur viennent en aide.

Pour autant, cela n'empêche par la réalisation d'études épidémiologiques régulièrement actualisées depuis les années 2000 dans certains pays voisins comme l'Espagne (10 études publiées), le Royaume-Uni (10 études), l'Italie (5 études), la Suisse (3 études), les Pays Bas (3 études) ou la Belgique (3 études).

De ce point de vue, le retard français se nourrit également de la prédominance d'approches subjectives, voire idéologiques, qui peuvent nuire à la conduite d'études objectivées (cf. ci-dessous).

²¹ Pour reprendre l'expression de la mission parlementaire.

²² Comme l'écrit l'association Autres Regards dans son rapport d'activité 2011, « être porteur du VIH, au sein de la communauté des personnes en situation de prostitution, est vécu, si cela venait à se savoir, comme une exclusion de cette même communauté. Cela a pour conséquence, très souvent, le secret, en ce que les personnes ne révèlent pas leur infection, et font tout pour qu'elle ne soit pas connue. Le fait que certaines personnes de la communauté puissent être au courant pourrait entraîner la « mort » professionnelle de la personne concernée ».

Les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de l'étude Prosanté sur la santé des personnes qui se prostituent, menée en 2010-2011 par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), en sont un exemple. Le manque de collaboration entre associations a affecté la réalisation de l'étude, qui porte sur un échantillon à la fois moins important que prévu et restreint aux personnes rencontrées dans les structures d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale.

Encadré 3 : Etude PRO SANTE

Il s'agissait de la première étude d'ampleur (500 personnes initialement visées) sur la santé des personnes qui se prostituent, avec un double objectif :

- mieux connaître l'état de santé global, l'accès aux droits et aux soins des personnes concernées;
- améliorer leur prise en charge sociale et médicale avec notamment un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et la réalisation d'un examen clinique complet.

Sa mise en œuvre était aussi l'occasion d'améliorer la prise en compte des problématiques de santé dans les structures sociales, de sensibiliser le personnel médical aux spécificités de ce public et de favoriser des partenariats entre acteurs du social et du sanitaire.

En termes de méthode :

Un premier volet médico-social, menée sous la responsabilité scientifique de la Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS) dans les structures spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes qui se prostituent visait à documenter l'état de santé des personnes et les déterminants associés.

Les personnes interrogées se voyaient ensuite proposer de participer à un second volet clinique et biologique réalisé sous la responsabilité scientifique de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sous forme de consultations médicales dans des structures assurant un cadre anonyme et gratuit : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

D'après les auditions menées par le Conseil National du Sida²³ qui pointe les « principes éthiques souvent antagonistes » et la complexité des relations entre associations de réinsertion sociale et associations de santé, les associations de santé n'ont pas été associées à la conception de l'étude et celles pressenties pour participer au recueil de données y ont renoncé faute d'avoir été impliquées dans sa préparation. Du fait de leur expertise, les questionnaires de l'étude ont cependant été soumis pour avis à ces associations pour recueillir leurs remarques et les intégrer dans la mesure du possible. Il a été aussi convenu de les associer à une première restitution des résultats pour recueillir leur point de vue (fin 2012).

Comme le précise son protocole, cette étude ne prétend donc pas être représentative de l'ensemble de la population des personnes qui se prostituent en France. Elle porte sur un échantillon de 251 personnes recrutées dans une vingtaine de structures d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale sur quelques grands sites urbains, et vues pour une partie d'entre elles (n=78) dans des CIDDIST et CPEF impliqués dans le volet clinique et biologique de l'étude.

Malgré sa représentativité limitée, on peut penser que les enseignements de cette étude permettront de poser les bases d'un recueil de données plus large et plus concerté.

Source : Mission IGAS d'après les auditions menées et l'avis du Conseil National du Sida

Au total, ces incertitudes privent les autorités publiques d'indicateurs fiables pour conduire leur action, tout en contribuant à alimenter les idées reçues et les controverses.

²³ VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins, Conseil National du Sida, avis suivi de recommandations, septembre 2010

1.1.5. Une réalité appréhendée selon des prismes déformants

Le manque de données objectives, sur un sujet tel que la prostitution comportant une forte composante passionnelle, ne peut que favoriser la circulation d'idées reçues et de préjugés qui ne reflètent pas la réalité ou n'en donnent qu'un reflet partiel et déformé, en méconnaissant sa complexité. Il contribue par ailleurs à figer le débat qui, faute de s'alimenter à des références factuelles généralement admises, tend à se transformer en une guerre de tranchée idéologique préjudiciable à une approche opérationnelle.

1.1.5.1. Des idées reçues ou reflétant une vision partielle de la réalité

Le cadre juridique de l'exercice de la prostitution est souvent compris de façon erronée. Pour une partie du public la prostitution serait une activité interdite. Le caractère furtif ou tabou de son exercice, les interpellations pratiquées à la suite de la loi sur la sécurité Intérieur de 2003 (LSI) contribuent sans doute à accrédiéter l'idée d'une prohibition légale qui ne concerne pourtant que le proxénétisme et la traite. Par ailleurs, sans doute en raison de la relance récente d'un débat très médiatisé autour de la nécessité de responsabiliser le client, la pénalisation de ce dernier serait déjà effective dans l'esprit de nombreuses personnes. Une enquête menée auprès du public étudiant sur l'image de la prostitution entre 2009 et 2001 par l'Amicale du Nid de Montpellier en lien avec l'Université Paul Valéry – Montpellier III, fait apparaître que seul un tiers des répondants sait que la prostitution est autorisée en France et que 59 % pensent que le fait d'être client est interdit²⁴.

Les réalités de la pratique de la prostitution semblent tout aussi mal appréhendées, se nourrissant d'images souvent dépassées transmises à travers les âges et/ou véhiculées notamment par la littérature et le cinéma :

- l'image de la « prostituée traditionnelle » reste ainsi très largement prévalente alors qu'elle concerne aujourd'hui une minorité de personnes dont la part tend à diminuer ;
- la prostitution peut aussi être associée à l'image de la jeune fille réduite à l'esclavage sexuel par la violence physique d'un réseau criminel alors qu'elle ne reflète, là aussi qu'une partie d'une réalité plus complexe (la violence, par exemple, semblant souvent morale, à travers la famille restée au pays) ;
- enfin la vision « glamour » de l'escort vivant dans le luxe, correspond à une situation beaucoup plus marginale dans les faits que sa place dans l'imagerie.

Les chiffres de 80 % de personnes qui se prostituent d'origine étrangère ou de 80 % de sans papiers sont abondamment repris dans les médias sans mention de source, et pour cause, puisqu'ils ne se fondent sur aucune statistique officielle et représentent tout au plus des ordres de grandeur très approximatifs.

Les risques sanitaires liés à l'exercice de la prostitution restent, dans l'esprit du public, mais aussi d'une partie de professionnels non spécialistes, personnels de police ou travailleurs sociaux, cantonnés aux « maladies vénériennes » dont la personne qui se prostitue et son client sont supposés être des agents transmetteurs, alors que la réalité, là encore, est infiniment plus complexe et nuancée.

Toujours dans le domaine sanitaire, l'image de la prostitution liée à la toxicomanie « pour se procurer les doses » correspond à des situations bien réelles mais qui semblent moins prégnantes aujourd'hui. Même si l'activité prostitutionnelle peut, comme on le verra, s'accompagner de dépendances, les liens paraissent souvent d'une nature plus complexe.

²⁴ *Amicale du Nid*, Les représentations de la prostitution étudiante : résultats du questionnaire, *Montpellier 2009/2010/2011*.

1.1.5.2. Des approches idéologiquement marquées

L'absence de données objectives susceptibles de constituer une base de référence généralement admise fige le débat sur la prostitution. En effet, les discussions autour d'une réalité que les uns et les autres appréhendent à travers une grille de lecture très différente reflètent des désaccords sur la nature même du phénomène, qui pour les uns constitue nécessairement une violence faite aux femmes alors que pour d'autres il existe des formes de prostitution choisie, traduisant la liberté des personnes de disposer de leur corps. Il s'agit d'un sujet sensible, éminemment clivant, qui divise bien au-delà des oppositions traditionnelles entre la gauche et la droite, et qui traverse le mouvement féministe.

Ces controverses se répercutent dans la vision qu'ont les un(e)s et les autres des objectifs et conditions d'une intervention publique et affectent tout particulièrement la définition des actions à privilégier dans le champ sanitaire et social, qui peut varier selon l'objectif poursuivi :

- un objectif de réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle : il s'agit d'améliorer le sort des personnes qui se prostituent, et de limiter les répercussions défavorables de cette activité sur leur santé personnelle et son impact éventuel en termes de santé publique (VIH, IST...). Les actions à privilégier visent à faciliter l'accès à la prévention et aux soins en tenant compte des conditions spécifiques de vie et d'activité de ces personnes, et à leur offrir un accompagnement social en tant que de besoin.
- un objectif de résorption de l'activité prostitutionnelle : il s'agit de promouvoir la réinsertion professionnelle et sociale par des actions adaptées qui peuvent inclure un accompagnement psychologique lourd pour les personnes ayant besoin de se reconstruire, mais aussi des formules ciblées pour aider à résoudre d'importants problèmes d'accès à la formation, à l'emploi et au logement. Se pose dans cette perspective la question de l'accompagnement sanitaire et social des personnes qui resteraient malgré tout dans l'activité prostitutionnelle avec éventuellement des conditions d'exercice et de vie dégradées et une approche encore plus difficile de ce public si l'on se situe dans une perspective de pénalisation pour combattre la prostitution.

Le débat philosophique et politique tend ainsi à se déplacer et peut avoir sur l'approche opérationnelle des effets négatifs, comme on en verra par la suite plusieurs exemples dans le domaine sanitaire :

- lorsqu'il tient lieu de grille d'analyse pour l'octroi de subventions qui ne se fondent plus sur un examen pragmatique des actions proposées,
- lorsque, faute de pouvoir faire travailler en commun des associations d'obédiences diverses, il contrarie les études visant à développer la connaissance, ou retarde les initiatives visant à mettre au point un guide des droits,
- lorsqu'il entraîne des phénomènes de concurrence ou de surenchère entre acteurs de terrain dans leurs actions auprès des personnes qui se prostituent.

1.2. *Des risques sanitaires directement liés à l'exercice de la prostitution*

Par delà la diversité des situations, l'exercice de la prostitution comporte un certain nombre de risques communs, qui se manifestent toutefois avec une acuité très variable selon les profils et modes d'exercice.

1.2.1. **Des facteurs de risque communs, inhérents à l'activité prostitutionnelle**

Deux catégories de risques potentiels sont en filigrane de toute pratique prostitutionnelle : ceux qui ont trait à la santé sexuelle, d'une part, ceux qui résultent de faits de violences, d'autre part.

1.2.1.1. La santé sexuelle

Historiquement, la question des risques sanitaires liés à la prostitution a été surtout appréhendée à l'aune du « péril vénérien » et de l'hygiène publique. De par son caractère d'urgence et de gravité, l'épidémie de VIH-Sida a par la suite largement renforcé cette approche, au point parfois d'éclipser d'autres risques liés à l'activité prostitutionnelle. La maîtrise de ces risques relatifs à l'activité prostitutionnelle est liée à la plus ou moins grande appropriation des politiques de prévention, et tout particulièrement à l'usage ou non du préservatif.

VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées sont des risques pour toute forme de prostitution même si la prostitution n'en a pas l'exclusivité : ils sont inhérents à l'activité sexuelle, renforcés par le multipartenariat, lorsque la protection est insuffisante ou mal maîtrisée.

Si la prévalence du VIH est très variable et ne s'élève significativement que pour certaines catégories de publics qui se prostituent (cf. ci-dessous), celle des infections sexuellement transmissibles apparaît dans son ensemble, supérieure à la population générale. Les études européennes font état de taux d'infection (gonococcie, chlamydia, syphilis notamment) plusieurs fois plus élevés qu'en population générale selon certains auteurs (tableau 1).

En France, l'association Médecins du monde²⁵ observe que « plus du 1/3 des femmes (qui se prostituent rencontrées sur Paris) disent avoir déjà eu des IST »²⁶.

Ces risques concernent à la fois les personnes qui se prostituent et leur clientèle et comportent à travers celle-ci un risque de diffusion plus large.

La prévalence des infections sexuellement transmissibles pose problème à plus d'un titre. D'une part, elle témoigne d'un risque plus important de contracter le VIH, les IST étant à la fois marqueurs de pratiques sexuelles à risque et génératrices de lésions génitales facilitant la transmission du virus. D'autre part, leur suivi et leur traitement n'étant pas toujours de qualité, ces infections peuvent donner chez les femmes qui se prostituent à des problèmes très invalidants (stérilité, douleurs pelviennes chroniques, grossesses extra-utérine).

Par ailleurs, plusieurs études menées auprès de femmes se prostituant en Europe occidentale font état de prévalences de papillomavirus humain à haut risque très supérieures à la population générale de même âge associées à un sur-risque important de lésions précancéreuses²⁷. Pour les auteurs, ces constats plaident pour un dépistage périodique adapté à ces populations.

1.2.1.2. Les violences

Témoignages et études convergent vers un constat : les violences font partie du paysage de la prostitution quelle qu'en soit la forme et le mode d'exercice. Il s'agit, pour une part importante, de violences perpétrées par le client, et dans la majorité des cas, les victimes ne portent pas plainte, le plus souvent par manque de confiance envers les institutions. Les violences à l'encontre des personnes qui se prostituent viennent aussi des proxénètes et des réseaux²⁸, des personnes prostituées entre elles (concurrence et conflits de territoires), de prédateurs qui voient en elles des porteuses d'argent liquide, des passants et des riverains (virées en bande, insultes, jets d'objets).

²⁵ Lotus Bus : enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris/MDM 2009

²⁶ Taux supérieur à la population en Ile de France : Parmi les Franciliens de 18 à 69 ans, 15,1% des hommes et 20,7% des femmes déclarent en 2010 avoir déjà eu au moins une IST au cours de leur vie, « connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 », Nathalie Beltzer, Leïla Saboni, Claire Sauvage, Cécile Sommen et l'équipe KABP, ORS IDF, décembre 2011.

²⁷ Parmi les papillomavirus humains, certains peuvent être à l'origine de cancers du col de l'utérus (mais aussi de cancers du vagin, de la vulve ainsi que du pénis et de cancers anaux chez les hommes).

²⁸ Violence physique, sexuelle, et/ou psychologique (lien par la dette pouvant constituer une menace pour l'intégrité de la personne ou de sa famille, emprise du « juju » observé avec les femmes nigériennes).

Ces violences peuvent être physiques, allant des coups et blessures aux violences sexuelles. Leur prise en charge est loin d'être systématique, soit que la gravité en soit sous-estimée par les victimes, soit que celles-ci renoncent à se présenter aux urgences par peur d'être identifiées. Ces violences peuvent aussi être verbales et psychologiques (insultes et stigmatisations pouvant engendrer ou renforcer une carence d'estime de soi).

Une étude américaine estime que les violences contribuent principalement avec l'usage de drogues à un taux de mortalité deux fois plus important chez les femmes se prostituant dans la rue par rapport à une population d'âge, de sexe et d'origine ethnique comparable.²⁹

En plus des violences liées à l'environnement, il faut rappeler que pour nombre d'acteurs politiques et associatifs³⁰ la prostitution constitue une violence en soi, susceptible en tant que telle de retentir sur la santé : il y aurait toujours une part de contrainte, plus ou moins marquée et reconnue selon la situation.

1.2.2. Des niveaux d'exposition très variables selon les populations et modes d'exercice

1.2.2.1. Certaines populations plus touchées par le VIH et les IST

Les études internationales publiées dans la dernière décennie (annexe n°3) et les remontées du terrain s'agissant de la prostitution de rue vont dans le même sens : la prévalence du VIH apparaît relativement basse chez les femmes qui se prostituent d'origine européenne non-usagères de drogues. Des taux nettement plus élevés sont en revanche observés chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne et celles qui consomment des drogues par voie injectable.

Parmi les populations qui se prostituent, les hommes apparaissent plus exposés au risque de VIH (prévalences comprises entre 11 et 17 % selon les études). Mais c'est chez les personnes trans que les taux les plus élevés sont observés, la prévalence pouvant atteindre les 30 %.

Le Conseil National du Sida (CNS) considère que les « femmes africaines en provenance de régions à forte prévalence et les personnes trans³¹ sont des populations particulièrement touchées par le VIH », tout en évoquant le cas des hommes qui se prostituent occasionnellement.

On retrouve dans la file active de l'Amicale du Nid des prévalences du VIH de 3 % chez les femmes (9/301), de 15 % chez les hommes (16/108), et de 26 % chez les personnes trans (26/99)³².

²⁹ Dans cette étude (cf. annexe 3 étude [56]), le rapport des taux de mortalité est même de 1 à 6 si on ne tient compte que de la période de prostitution et de 1 à 18 si on ne tient compte que des homicides.

³⁰ Dans son projet associatif 2012-2015, l'Amicale du Nid évoque les « violences dans l'enfance et l'adolescence (abandons, éviction, homophobie, violences psychologiques et physiques, violences sexuelles dont inceste...), violence de l'exil, de l'errance et de la pauvreté, violence de la prostitution elle-même et de tout ce qui l'entoure (violences des proxénètes, violences de clients, viols, injures etc., violences policières) ». Le Mouvement du Nid parle également de la prostitution comme d'une violence en soi dans son document « La prostitution : une violence sans nom ».

³¹ Dans une étude française récente (cf. annexe 3 étude [91]), la prévalence du VIH est de 17,2% chez les personnes trans s'étant déjà prostituées, et de 36,4% chez les personnes trans s'étant déjà prostituées nées à l'étranger (n=4).

³² Photographie de l'état de santé des personnes accompagnées à l'Amicale du Nid en 2010.

Tableau 1 : prévalences VIH/IST dans les études européennes parmi les personnes qui se prostituent

	VIH	gonococcies	syphilis	chlamydiae	Papillomavirus à haut risque
Femmes	[0-1.5 %]	[0.6-3.7 %]	[2.2-2.5 %]	[4.7-14 %]	56 %
Femmes usagères de drogues	[13.6-23.8 %]				
Prostitution masculine	[10.8-16.9 %]	1.7 %	12.5 %	9.7 %	
Personnes Trans	[17.2-37.5 %]		[14-40 %]		
Population générale	0.2 %	< 0.1 %	0.001 %	[1.4-1.6 %]	14.3 %

Source : études européennes citées en annexe n°3

La même gradation est globalement observée pour les risques d'hépatites virales.

S'agissant de l'hépatite virale B (VHB) transmise notamment par voie sexuelle, les études étrangères réalisées auprès de personnes qui se prostituent font état de prévalences (infection passée ou présente) de 1.6% à 34.8 % chez les femmes, de 29 % chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et de 53% chez les personnes trans (la prévalence de l'infection chronique par le VHB est de 0.65 % en population générale)³³. En tout état de cause, ces études soulignent l'importance de la vaccination contre l'hépatite B dans ces populations.

S'agissant de l'hépatite virale C (VHC), virus surtout transmis par voie sanguine mais possiblement transmissible par voie sexuelle, plusieurs études menées chez des femmes et des personnes trans en Europe retrouvent enfin des prévalences comprises entre 0.7 % et 14 %, les prévalences les plus hautes étant observées au sein de populations dont une partie est usagère de drogues. A titre de comparaison, la prévalence du VHC en population générale est de 0.84 %³⁴.

S'agissant des autres IST, les études retrouvent également des prévalences plus marquées, chez les personnes originaires d'Afrique du nord et d'Europe de l'est, les plus jeunes et celles se prostituant depuis moins d'un an semblant particulièrement touchées.

1.2.2.2. Une influence des modes d'exercice difficile à apprécier

Que ce soit du point de vue de la santé sexuelle ou des violences, le niveau des risques sanitaires est souvent mis en relation avec les formes de prostitution mais ce lien est particulièrement difficile à établir faute de données. Les conclusions des études divergent autant que les positions des acteurs.

Diverses études internationales associent le fait de se prostituer dans la rue à un niveau de risque accru par rapport aux autres modes d'exercice « indoor ». Comparées à celles se prostituant dans la rue, une étude anglaise montre ainsi que les femmes exerçant en salon de massage présentent un meilleur état de santé, consomment moins de drogues, se font plus souvent dépister pour les IST et pour le cancer du col et bénéficient d'un meilleur suivi médical³⁵.

Cela peut tenir à la plus grande vulnérabilité des publics concernés (plus grande précarité, nationalité étrangère, moins bonne connaissance des risques du fait d'une mobilité accrue qui limite la portée des actions de prévention, moindre capacité à imposer l'usage du préservatif) mais aussi aux contraintes qui s'exercent dans la rue.

³³ Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, Institut de veille sanitaire.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Cf. annexe 3, étude [17].

En France, les associations estiment que la loi de 2003 pénalisant le racolage passif, mais aussi le durcissement des politiques d'immigration ont eu pour effet d'exposer les personnes exerçant sur la voie publique à un surcroît de risques sanitaires et de violence.

Elles soulignent que la tendance au déplacement géographique de la prostitution de rue, depuis les centres-villes vers des lieux plus éloignés et moins accessibles (routes nationales, forêts, aires d'autoroute), se traduit par un isolement et une moindre visibilité des personnes concernées, qui constituent des facteurs de risques accrus. Ainsi selon Médecins du Monde ³⁶ la peur d'être interpellées « *les force à adopter des stratégies d'évitement pour ne pas être repérées : réduire le temps de négociation, changer de lieu de prostitution, s'isoler. Elles sont alors plus exposées à d'autres formes de violence, et sont moins à même de négocier des pratiques à moindres risques avec leurs clients* ».

Mais l'isolement est aussi un facteur de risque particulièrement présent dans l'exercice « *indoor* » de la prostitution qui, par définition, échappe à la vue du public et aux actions de prévention menées dans la rue. Ces formes de prostitution comportent aussi des risques spécifiques. D'après l'association Grisélidis, Internet serait la source de violences qui se manifestent par des démarches de harcèlement ou d'intrusion informatique et par des situations de chantage à la dénonciation (à des fins de rapports sexuels) de la part de clients. Ces violences sont peu reconnues et font rarement l'objet de plainte, les personnes redoutant plus que tout de sortir de leur anonymat et d'être mises à jour par leurs proches.

Les « escorts » sont également amenées à prendre parfois des risques supplémentaires parce qu'elles font confiance à certains clients familiers ou parce qu'il peut être plus difficile pour elles de refuser certaines pratiques à risque. Par ailleurs, la pression de sites de clients très organisés, qui évaluent les prestations renforcerait la concurrence entre elles, poussant certaines à prendre des risques. C'est d'autant plus le cas qu'elles offrent un service forfaitaire sur un temps long se substituant à la négociation précise d'une prestation ponctuelle et de ses modalités. Une call girl, « invitée » sur un yacht pour un week-end peut ainsi être exposée à des risques qu'elle n'est guère en situation de maîtriser.

La prostitution occasionnelle est un autre facteur de risque compte tenu de la méconnaissance par les personnes concernées des pratiques de prévention et des codes spécifiques à la prostitution et de la difficulté des associations à entrer en contact avec elles.

La jeunesse et l'inexpérience constituent un autre facteur de risque pour des raisons similaires.

1.2.2.3. Une exposition globale aux risques particulièrement élevée pour les victimes de la traite

Les risques encourus dans le cadre de l'exercice de la prostitution par les personnes victimes du proxénétisme et de la traite apparaissent particulièrement graves.

Dans le cadre des affaires où les personnes qui se prostituent portent plainte contre les proxénètes, des expertises médico-judiciaires font état de lésions génitales importantes, entraînant des séquelles physiologiques chroniques (annexe n°4)³⁷.

Les expertises que la mission a pu examiner font également état de troubles psychiques graves (dégout de soi, honte, peur des autres, prostration sociale, troubles des conduites alimentaires, du sommeil, dépression, idées et tentatives suicidaires, syndromes de stress post-traumatiques).

³⁶ Rapport d'analyse préliminaire « Violences liées au racolage », Médecins du monde, 2012.

³⁷ Hors de ce contexte, certains centres de planning familial mentionnent les excisions subies par une partie des femmes africaines rencontrées par les associations. Dans l'enquête Excision et Handicap publiée par l'INED 2009, l'excision est associée à une plus grande fréquence d'infections urinaires, de problèmes gynécologiques ou obstétricaux, de gênes dans la vie quotidienne (mal-être, difficultés dans leur vie sexuelle)

Ces personnes connaissent en effet un niveau de violence particulièrement élevé, lié à une volonté de contrôle de la part des proxénètes et des réseaux. Le rapport d'information parlementaire précité sur la prostitution souligne que les victimes de la traite sont toujours l'objet de contraintes physiques et/ou morales, le chef de l'OCRETH évoquant un "parcours de dressage" s'agissant de certains réseaux.

De façon plus générale et au-delà même des violences qu'elles peuvent engendrer, les situations de contrainte constituent un facteur de risques supplémentaire. Elles réduisent la maîtrise des personnes qui se prostituent sur les conditions d'exercice de leur activité et affectent leur capacité à se prémunir contre les risques. Ainsi l'obligation de rapporter un certain produit financier fixé et exigé par les proxénètes diminue leur capacité de négociation avec les clients. Dans certains cas la personne qui se prostitue est obligée pour des raisons économiques d'accepter des prestations à risques.

Comme cela a été rapporté à la mission l'usage du préservatif lui-même peut être détourné de sa fonction de prévention des risques pour devenir un moyen de gestion et de contrôle par le proxénète de la personne qui se prostitue lorsque le calcul du nombre de passes s'effectue sur la base du nombre de préservatifs consommés par rapport à une « allocation » de départ.

1.2.3. Une capacité inégale des personnes à se prémunir contre les risques de leur activité

La vulnérabilité des personnes qui se prostituent au VIH et aux IST est directement corrélée au niveau d'usage du préservatif.

1.2.3.1. Le niveau d'utilisation du préservatif³⁸

Dans le cadre de leur activité prostitutionnelle, le niveau d'utilisation du préservatif est élevé parmi les personnes qui se prostituent, qui pour la plupart le considèrent comme un outil de travail, mais avec des variations selon les pratiques et les publics :

Au sein de la population des femmes qui se prostituent, l'usage du préservatif serait quasi systématique dans le cadre des relations avec pénétration mais il apparaîtrait moins fréquent en cas de rapports bucco-génitaux³⁹.

S'agissant des hommes exerçant la prostitution avec des hommes, population moins visible et plus difficile d'accès, les données sont plus rares⁴⁰. En France, le Net Gay Baromètre 2009 portant sur les hommes fréquentant les sites de rencontre internet gay montre une exposition claire à des prises de risques sexuelles des hommes⁴¹ ayant reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles par rapport aux autres internautes.

Dans son rapport d'activité 2011, l'association Grisélidis observe pour sa part que « les escorts HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) qui ne se considèrent ni gay ni bi ne se sentent pas ou peu concernés par la transmission des IST/VIH et ont très peu de connaissances en la matière ».

³⁸ Les développements qui suivent concernent le préservatif masculin, le préservatif féminin est peu utilisé, jugé peu pratique par les personnes qui se prostituent et souvent refusé par les clients.

³⁹ De 90 à 100 % pour les relations vaginales/anales et de 66 à 84 % lors de fellation, selon les études.

⁴⁰ Selon les études, les hommes migrants qui se prostituent seraient particulièrement exposés au VIH parce que moins informés et moins éduqués à la réduction des risques sexuels.

⁴¹ Ils déclarent plus souvent au moins une relation anale non protégée avec leurs partenaires (61,2 % vs 37,5 %), des prises de risque régulières (36,8 % vs 19,6 %) ou systématiques (19,5 % vs 8,1 %) et à déclarer des pratiques « bareback » (pratique de rapports sexuels non protégés) (51 % vs 28,5 %). Ces personnes sont plus nombreuses à être séropositives au VIH/sida (15,8 % vs 11,5 %).

Les données sur les personnes trans qui se prostituent sont également rares, mais quelques études suggèrent que le niveau de protection pourrait être un peu moins important que chez les femmes⁴², ces personnes étant « particulièrement fragiles et très exposées en raison notamment de la stigmatisation dont elles sont victimes et de leurs pratiques (rapports non protégés souvent exigés des clients notamment) »⁴³.

Dans le cadre de la vie affective privée, les intervenants de terrain comme les études étrangères soulignent la faible fréquence de l'usage systématique du préservatif (de 10 % à 30 %), attitude qui refléterait la volonté de scinder l'activité prostitutionnelle de la sphère privée et personnelle, mais qui exposerait de fait à des risques de grossesses non désirées (notamment en l'absence d'autres formes de contraception) voire d'IST.

1.2.3.2. Une appropriation inégale des messages et pratiques de prévention

La majorité des personnes se prostituant dans la rue sont d'origine étrangère. Certaines d'entre elles sont issues de pays où l'éducation sexuelle et la prévention des IST sont encore peu développées⁴⁴. Leur non maîtrise de la langue, conjuguée à leur méconnaissance des dispositifs (CDAG-CIDIST notamment), ainsi que le fait de dépendre parfois d'un réseau pouvant les maintenir hors de l'action des associations, rendent très aléatoire leur appropriation des messages de prévention et des procédures d'urgence en cas d'exposition au VIH (Traitement Post Exposition). De surcroît, le seul usage du préservatif ne garantit pas une protection absolue lorsqu'il ne s'accompagne pas de procédures d'emploi rigoureuses⁴⁵. De fait, on observe une fréquence parfois élevée des ruptures.

Dans un contexte d'activité marquée par la demande de rapports non protégés de la part des clients, les études font apparaître d'autres facteurs de risques plus ou moins intriqués contrariant les pratiques de prévention.

Outre d'établir un lien direct entre rapports non protégés et violences des clients, la littérature étrangère retrouve un usage moins systématique et moins maîtrisé du préservatif chez les personnes présentant une vulnérabilité psychique et recommande la prise en compte de cette dimension dans les actions de prévention.

La prise de drogues, d'alcool ou de médicaments psychotropes apparaît également nettement associée à la prise de risque sexuel vis-à-vis des VIH/IST⁴⁶ du fait du relâchement des comportements de prévention induit dans ce contexte⁴⁷.

1.2.3.3. Une demande de rapports sexuels non protégés de la part des clients

La littérature met en lumière le rôle des clients dans les dynamiques de prise de risque. L'usage du préservatif avec les personnes qui se prostituent semblerait d'autant moins systématique que les clients seraient âgés et recourraient fréquemment à la prostitution.

Par ailleurs, alors que le risque de VIH et d'IST est habituellement imputé aux personnes qui se prostituent, plusieurs études concluent que les clients eux-mêmes présenteraient un haut niveau de risque sexuel avec des prévalences de VIH et d'IST supérieures à la population générale.

⁴² Cf. annexe 3, études [7, 20, 50, 51].

⁴³ « Evaluation des conditions de prise en charge sanitaire et sociale des personnes trans et du transsexualisme, Rapport IGAS établi par H. Zeggar et M Dahan, décembre 2011.

⁴⁴ D'après MDM, 60% des personnes originaires de Chine disent ne pas être renseignées sur l'usage de préservatif, les VIH /IST et méconnaissent souvent l'utilisation du préservatif et du gel, ainsi que des autres moyens de contraception.

⁴⁵ 30% des femmes au moins une fois dans les derniers mois dans certaines études, 70% des personnes qui se prostituent d'origine chinoise dans l'étude du Lotus Bus de MDM. Ces ruptures sont liées à l'utilisation insuffisante de gel (43% des femmes du Bus), à celle de produits lubrifiants non adaptés ou encore à des pratiques inappropriés (utilisation de deux préservatifs, douches vaginales, ou assèchement des muqueuses vaginales).

⁴⁶ Avec les drogues, le VIH peut aussi être associé au partage de seringues.

⁴⁷ Moindre capacité à refuser l'usage du préservatif, désinhibition favorisant la prise de risque.

Les clients de la prostitution seraient également moins enclins à protéger leurs partenaires hors relations tarifées, ce qui en pourrait en faire des vecteurs de dissémination potentiels de l'épidémie en population générale. Ce point est d'autant plus important qu'une fraction significative de la population masculine déclare avoir recours à des prestations sexuelles tarifées : en France plus d'un homme sur quatre a eu au moins un rapport sexuel payé dans sa vie⁴⁸. Dans une note d'orientation, l'ONUSIDA invite les programmes traitant du VIH dans le contexte prostitutionnel à inclure des mesures relatives à l'éducation des clients⁴⁹.

En France, les associations évoquent les demandes de rapports non protégés des clients et leur acceptation possible de la part de certaines personnes, du fait de la précarité, d'habitudes prises avec des clients réguliers⁵⁰, du regain de concurrence lié à l'accroissement de l'offre prostitutionnelle dans un contexte de crise⁵¹, en soulignant la recrudescence de ce phénomène. Le CNS évalue selon les sources entre 10 et 50 % la part des demandes de rapports non protégées par les clients. Pour Grisélidis, cela concernerait au moins un client sur cinq (rapport d'activité 2011).

Les associations communautaires considèrent que l'éducation du client est une donnée essentielle du problème⁵². Le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 prévoit à cet égard de « communiquer et agir spécifiquement auprès des personnes qui se prostituent et auprès des clients ».

Encadré 4 : Un exemple d'action en direction des clients de Lille⁵³

Réalisées entre 2004 et 2007 dans le cadre des journées mondiales de lutte contre le sida avec le concours des personnes se prostituant et en partenariat avec sida info service et la DDASS de Lille, ces campagnes menées par l'association Entr'actes consistaient en l'affichage sur les bus de la métropole lilloise de message interpellant les clients sur la nécessité d'utiliser le préservatif dans les rapports sexuels avec les personnes qui se prostituent⁵⁴. Ces affiches visaient également à susciter un débat sur les conditions d'exercice de la prostitution et des violences qui y sont liées.

Ces messages étaient relayés pendant quelques semaines dans les journaux d'annonces et sous formes d'une carte d'information (remise/présentée par les personnes se prostituant en réponse à la demande de relation non protégé intitulé « Clients, le port du préservatif ne se discute pas » et comprenant un rappel sur les risques encourus en cas de rapport non protégés en insistant sur les rapports bucco-génitaux (souvent perçus comme ne présentant pas de risque).

Les personnes qui se prostituent interrogées ont déclaré que cette carte leur avait permis de modifier le comportement de certains clients et de mieux résister à la pression de ceux qui ne sentaient pas concernés, même si c'était au prix d'une certaine tension et parfois de la perte du client.

A la suite de cette expérience, un modèle simplifié a été édité sous forme d'une carte mise à la disposition des personnes se prostituant fréquentant le local de l'association qu'elles peuvent présenter en cas de demande de relations non protégées⁵⁵.

Source : Mission IGAS d'après les éléments fournis par l'association Entr'actes

⁴⁸ Enquête sur le comportement sexuel des français, INSERM-INED, 2006.

⁴⁹ Le VIH et le commerce du sexe-note d'orientation de l'ONUSIDA, 2009.

⁵⁰ Mentionné dans l'enquête Lotus Bus MDM auprès de femmes prostituées d'origine chinoise, dans le rapport d'activité 2011 de Grisélidis et par une escort rencontrée par la mission.

⁵¹ Dans son rapport d'activité 2011, Grisélidis considère que le « *contexte de crise se traduit par une baisse du nombre des clients et des revenus des personnes en situation de prostitution et une augmentation de la pression des clients pour obtenir des relations sexuelles non protégées* » tandis que Cabiria note que « *les demandes de relations non protégées sont en hausse, et certains clients n'hésitent pas à faire jouer la concurrence pour obtenir des services sexuels sans préservatif* ».

⁵² L'étude de SIDA Info Service menée en 2005 témoigne d'une méconnaissance par les clients appelant des risques liés à la sexualité (6 entretiens sur 10 font état d'une situation potentiellement à risque de contamination par le VIH et les IST), le préservatif étant mal ou non utilisé entre 6 à 8 fois sur 10.

⁵³ Grisélidis et Cabiria sensibilisent les clients via des brochures et des interventions sur les forums internet.

⁵⁴ « Clients, sans préservatifs, je ne monte pas », « Clients, le port du préservatif ne se marchande pas ».

⁵⁵ « Je suis une travailleuse du sexe sans risques. Clients, sans préservatifs je ne monte pas ».

1.3. D'autres risques sanitaires non nécessairement imputables à la prostitution

La plupart des études réalisées sur la santé des personnes qui se prostituent sont centrées sur la santé sexuelle. Pourtant les quelques travaux publiés à l'étranger sur la santé globale des personnes qui se prostituent pointent en commun l'existence de troubles chroniques, souvent liés aux conditions de vie et à la précarité.

1.3.1. Des pathologies observées dans le cadre de la prostitution de rue

Les études et les observations effectuées sur le terrain par les associations permettent de dresser un tableau des pathologies présentes dans certaines populations qui se prostituent. Là encore les données se rapportent à la seule prostitution de rue, les autres formes de prostitution échappant à l'analyse. La plupart de ces pathologies interviennent dans le contexte d'une activité prostitutionnelle mais ne sont pas directement imputables à cette activité.

Les problèmes respiratoires le plus souvent retrouvés sont à type d'infections broncho-pulmonaires et d'asthme. Les associations soulignent le rôle du tabagisme et de l'attente postée à l'extérieur. Quelques rares études s'intéressent au risque de tuberculose au sein de certaines populations de personnes se prostituant, notamment des migrants originaires de régions de forte endémie tuberculeuse où se concentrent parfois des bacilles multiresistants⁵⁶. La plupart des associations ont noué des liens avec les Centres de Lutte Antituberculeux (CLAT) mais n'ont dans la pratique identifié qu'un faible nombre de personnes concernées. Médecins du Monde à Nantes qui organise déjà des sorties sur le terrain avec le CLAT s'interroge sur la façon d'améliorer encore le repérage des personnes qui se prostituent porteuses de tuberculose.

Parmi les autres problèmes recensés, les dermatoses tiennent une place importante (une personne sur cinq, selon la littérature). Dans son rapport d'activité 2011, l'association Autres Regards évalue à 13 % la part des consultations médicale pour problèmes cutanés.

Outre les pathologies hépatiques mentionnées dans les études (hépatites virales, atteintes digestives en lien avec l'alcool), les associations évoquent également des troubles digestifs liées au stress (reflux gastro-œsophagien, douleurs abdominales, ulcères gastroduodénaux). Ces troubles représentent 14 % des consultations médicales à Autres Regards.

Les troubles musculo-squelettiques constituent également des problèmes récurrents évoqués. Outre les traumatismes faisant suites aux violences, plusieurs associations évoquent les dorsalgies et les troubles du retour veineux (varices, notamment) liés au temps passé debout dehors, ainsi que les douleurs et lésions des pieds en lien avec le port de chaussures à talons aiguilles.

Les associations évoquent également les problèmes spécifiques rencontrés au sein de la population des personnes trans dans le cadre de leur parcours de féminisation : problèmes liés au suivi de l'hormonothérapie, complications faisant suites aux injections de silicone⁵⁷.

A côté de ces pathologies constituées, les associations de terrain soulignent très souvent les perturbations des conduites alimentaires. Celles-ci peuvent être imputées aux rythmes de vie décalés et aux horaires nocturnes ainsi qu'à un mode d'existence plus ou moins précaire avec des hébergements peu propices à une alimentation équilibrée. Ces troubles alimentaires s'accompagnent de malnutrition et de surpoids, exposant de fait aux risques d'obésité, de problèmes cardiovasculaires, de maladies métaboliques⁵⁸. Par ailleurs, les déséquilibres alimentaires, associés au manque d'hygiène et de suivi bucco-dentaire, ainsi parfois qu'à la prise de drogues sont responsables de nombreux problèmes dentaires.

⁵⁶ Selon le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015, 80% des cas de tuberculose sont concentrés dans une vingtaine de pays dont le Brésil (4ème rang), la Chine (6ème), la Russie (8ème), et le Nigéria (14ème), la Chine et le Nigéria faisant également partie des pays les plus concernés par les résistances à la tuberculose.

⁵⁷ Evaluation des conditions de prise en charge sanitaire et sociale des personnes trans et du transsexualisme, Rapport IGAS établi par H. Zeggar et M Dahan, décembre 2011.

⁵⁸ Le diabète représente 17% des consultations médicales à l'association Autres Regards.

Enfin, la plupart des associations évoquent le vieillissement d'une partie de la population qu'elles rencontrent. D'après Autres Regards, les personnes qui se prostituent dites « traditionnelles » arrivent à un âge où l'activité se réduit, avec des problèmes de santé plus fréquents pouvant parfois en entraîner l'arrêt. Certaines personnes continuent à travailler malgré un âge parfois avancé.

1.3.2. Troubles psychiques et addictions, un lien débattu avec l'exercice de la prostitution

1.3.2.1. Troubles psychiques

Les troubles psychiques sont souvent évoqués dans la littérature internationale au sein des populations qui se prostituent : troubles psychosomatiques, troubles anxio-dépressifs, dépression, états de stress post-traumatique⁵⁹ ...

En France, les intervenants de terrain témoignent de l'existence de troubles psychiques divers qui ne sont pas nécessairement verbalisés. Pour l'Amicale du Nid Toulouse, cette souffrance est souvent difficile à exprimer (peur des personnes d'être considérée comme folles, sous-estimation par les intéressées, nomadisme).

Sans pouvoir en évaluer la fréquence, les associations de santé évoquent le plus souvent des troubles de somatisation (maux de ventre, céphalées, dorsalgies, dermatoses, ..) ainsi que des troubles du sommeil et des troubles anxieux.

Dans leurs rapports d'activité 2011, l'association Autres regards évoque aussi des problèmes de santé mentale parfois importants chez une frange de publics très précaires qui cumulent les vulnérabilités et l'association Cabiria fait état de troubles psychiques importants chez des personnes très désocialisées, qui n'exercent souvent plus la prostitution et qui multiplient les difficultés (impossibilité d'adhérer aux dispositifs de soins, absence de domicile fixe,..).

Le niveau de prévalence des troubles psychiques et la question de leur imputabilité plus ou moins directe à l'exercice de la prostitution ne fait pas consensus. Les divergences sur ce sujet s'inscrivent dans le cadre du débat plus général sur la nature même de la prostitution.

⁵⁹ PTSD ou post traumatic stress disorder : Trouble anxieux sévère faisant suite à un ou plusieurs traumatismes.

Encadré 5 : Troubles psychiques et exercice de la prostitution

L'Amicale du Nid estime qu'entre 50 et 70 % des personnes rencontrées dans ses délégations de Paris et de Marseille présenteraient des troubles psychiques allant de la fragilité psychologique aux problèmes psychiatriques (dépressions, troubles psychotiques, syndromes post traumatiques, ...). Une des manifestations de ces troubles consisterait en un « clivage entre ce qui est vécu et ce qui est ressenti, à l'origine de l'absence de prise en compte des besoins de santé et des signaux d'alerte comme la douleur »⁶⁰. Les bases théoriques de ce trouble également observé par le Mouvement du Nid ont été formalisées par des cliniciens sur la base d'entretiens avec les personnes qui se prostituent et d'éléments de littérature sur les psycho-traumatismes.

Dans sa thèse sur la « décorporalisation »⁶¹, le Dr Trinquart décrit une dissociation réflexe du corps, visant à se protéger des effractions et du ressenti de violence liée à l'activité prostitutionnelle comme répétition d'actes sexuels non désirés et amenant les personnes à négliger leur santé. Cette dissociation toucherait toutes les formes de prostitution à des degrés variables (indépendamment des conditions d'exercice qui peuvent jouer un rôle aggravant par ailleurs) mais elle ne serait pas nécessairement repérée du fait de l'insuffisance des diagnostics et de l'ambivalence des personnes qui se protègent ainsi contre un risque d'effondrement. Elle s'accompagnerait de troubles psychiques (addictions, dépression, maladies psychosomatiques) et physiques (aggravation des problèmes de santé) et nécessiterait l'arrêt de la prostitution pour mettre en place un accompagnement thérapeutique approprié.

Les associations communautaires contestent le systématisme de cette approche de la prostitution pour laquelle « toutes les personnes qui se prostituent souffriraient de troubles psychologiques les empêchant d'avoir une parole crédible sur leur activité »⁶².

Les troubles psychiques évoqués par les associations de santé sont souvent mis en lien avec les violences et pressions de l'environnement, la peur des contrôles de police, les conditions de vie précaires⁶³, la stigmatisation, le vécu de l'éloignement ou les difficultés rencontrées dans le cadre du parcours migratoire par les personnes d'origine étrangère (notamment demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière).

Selon les études étrangères, les troubles psychiques peuvent être associés aux conditions d'exercice de la prostitution (stress dû à l'insécurité et à la peur des agressions, violences environnementales, stigmatisation sur fond d'isolement), aux profils individuels (violences précédant l'activité prostitutionnelle telles que les abus et traumatismes dans l'enfance ou à l'adolescence, addictions, troubles psychiatriques préexistants) et/ou aux déterminants sociaux (précarité, exclusion).

Source : Mission Igas d'après les auditions menées et les rapports d'activité.

Par delà ces controverses, la plupart des associations travaillent en lien direct avec des psychologues ou des psychiatres dans le cadre de partenariat afin de proposer un soutien psychologique aux personnes qui se prostituent qui le souhaitent.

⁶⁰ « Prostitution : guide pour un accompagnement social » C Ayerbe, M Dupréla Tour, P.Henry, B Vey, Eres.

⁶¹ « La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins » 2001- 2002, Thèse de Doctorat d'Etat de Médecine Générale.

⁶² Rapport d'activité 2011 de Cabiria qui renvoie à l'article « Santé mentale et usage idéologique de l'état de stress post-traumatique dans les discours sur la prostitution et la traite », Recherches sociologiques et anthropologiques 39-1/2008, M. David.

⁶³ Pour Autres Regards, l'exclusion et l'isolement seraient de plus en plus mis en avant (rapport activité 2011).

Le partenariat noué entre l'Amicale du Nid Paris et le Centre Médico-psychologique (CMP) St Anne, soutenu par la Ville de Paris est le plus ancien (2002). La mission a rencontré l'équipe soignante qui lui a décrit sa file active (une centaine de patients, 582 consultations en 2011). Il s'agit souvent de personnes issues de réseaux de prostitution africains. La plainte peut porter sur des aspects de la vie quotidienne (isolement, difficultés administratives, précarité,...) mais elle peut également prendre la forme de tableaux où la dépression prédomine. Parmi le reste de la patientèle, on note des états limites, de problématiques identitaires de type psychotique plus ou moins compensées. Les problématiques d'exclusion et addictions sont récurrentes. Des partenariats du même type ont été mis en place notamment par le Lotus Bus de Médecins du monde avec le Centre Psycho-Médical et Social de l'Elan retrouvé qui propose des psychothérapies en langue étrangère et avec le Centre d'Action Socio-Psychologique de La Clepsydre doté d'une équipe de psychologues psychanalystes dont un parlant chinois. Un autre exemple est fourni par l'Amicale du Nid Lyon avec le Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitements de Lyon.

1.3.2.2. Usage de produits psycho-actifs et addictions

Menée sur plus de 70 études, une revue de la littérature étrangère fait état de consommations d'alcool fréquentes chez les femmes qui se prostituent (usage quotidien variant de 20 à 30 % en moyenne). Il est plus difficile d'apprécier les quantités consommées, même si quelques études pointent des consommations souvent excessives. L'alcool apparaît notamment comme un moyen de composer avec des conditions de vie difficiles, en particulier dans le cadre de problèmes psychiques⁶⁴.

En France, l'alcool semble également assez présent, le Mouvement du Nid et l'association Entr'actes constatent que son usage est même devenu visible sur certains lieux de prostitution ces dernières années. Dans les études de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publiées en octobre 2004 sur la consommation de drogues dans les milieux de la prostitution féminine et masculine⁶⁵, 42 % des femmes et 79 % des hommes en consomment de façon régulière⁶⁶.

S'agissant des drogues illicites, une étude réalisée en France auprès de personnes qui se prostituent en 1995⁶⁷ évaluait à 16 % la part des d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne. Les auteurs n'excluaient pas une sous-déclaration, la consommation de drogues étant *« l'une des informations les plus difficiles à obtenir car elle est mal acceptée par les personnes qui n'en consomment pas »*.

Dans son rapport d'activité 2011, l'association Grisélidis considère également que « la consommation de drogues et les addictions sont très taboues dans le milieu de la prostitution de rue. De plus, il s'agit de pratiques stigmatisées, considérées comme non professionnelles dans un milieu où il faut rester alerte et maître de soi ».

D'après l'enquête réalisée par l'Amicale du Nid de Paris en 2010⁶⁸, 17 % de sa file active consommeraient des drogues illicites autre que du cannabis, niveau de prévalence analogue à celui retrouvé dans une étude de l'OFDT de 2004⁶⁹. En tout état de cause, même si elles ne rapportent pas d'usages de drogues particulièrement importants, les associations de terrain ont parmi leurs référents des structures de prise en charge des addictions, et certaines d'entre elles proposent du matériel de réduction des risques dans leur local à l'attention des personnes usagères de drogues.

Les prévalences de l'usage des drogues illicites autres que cannabis retrouvées dans les études étrangères varient de 20 à 75 %, avec des prévalences le plus souvent comprises entre 30 et 50 %.

⁶⁴ Cf. annexe 3, étude [89].

⁶⁵ Cf. annexe 3, études [61, 62].

⁶⁶ Grisélidis fait état dans son rapport d'activité 2011 d'un fort usage d'alcool et de médicaments (femmes, transgenres) et de drogues (hommes). L'usage d'alcool et de cocaïne est aussi évoqué par Autres Regards.

⁶⁷ Cf. annexe 3, étude [81].

⁶⁸ Photographie de l'état de santé des personnes accompagnées à l'Amicale du Nid en 2010.

⁶⁹ Cf. annexe 3, étude [61].

Le niveau de consommation dans les populations qui se prostituent n'est pas la seule question qui se pose. Il y a débat sur la question de savoir si cette consommation est directement liée à l'activité prostitutionnelle ou plus généralement aux conditions de vie, dans la mesure où le recours aux produits psycho-actifs concerne aussi, indépendamment de toute prostitution, une part importante des personnes en situation de précarité. On observe enfin que les personnes qui font usage de drogues peuvent se prostituer de façon plus ou moins régulière pour financer leur consommation. L'association Entr'actes à Lille qui compte une part importante d'usagers de drogues dans sa file active observe que « l'usage d'héroïne (et d'alcool) aiderait certaines personnes à supporter le froid, la fatigue et même les violences. Pour d'autres, la prostitution est un moyen relativement rapide de se procurer l'argent nécessaire à l'achat des produits ».

1.3.3. Des risques avant tout liés à la précarité des conditions d'existence

Une grande partie des pathologies exposées plus haut se rencontrent chez les publics en situation de précarité, qu'ils se prostituent ou non.

La prostitution peut conduire à cumuler des facteurs de risque dont certains sont liés directement à son exercice -séropositivité au VIH ou IST- et d'autres tiennent plutôt à des caractéristiques individuelles ou sociales, telles que les comportements addictifs ou une hygiène de vie précaire (incluant parfois la vie en promiscuité) propices à la transmission de la maladie dans un contexte de démultiplication des contacts étroits liés à l'activité prostitutionnelle.

A titre d'exemple les problèmes dermatologiques rencontrés par les personnes qui se prostituent peuvent être liés à des IST, mais traduisent aussi très souvent des conditions de vie précaires et stressantes (sécheresse cutanée, lésions de grattage, eczéma), parfois un manque d'hygiène (mycoses, furoncles, impétigo, poux, gale) voire une dépigmentation chez les personnes africaines utilisant des produits pour le blanchiment de la peau.

Des pathologies sexuellement transmissibles peuvent elles-mêmes être acquises par d'autres voies que la prostitution.

Les études étrangères suggèrent ainsi que la prévalence du VIH est plus marquée chez les femmes migrantes issues de pays où l'épidémie sévit de manière active, certaines ayant pu contracter l'infection avant leur entrée dans la prostitution.

De la même façon, la présence importante du VIH au sein de la population des femmes qui se prostituent et qui consomment des drogues, s'explique au moins en partie par des contaminations acquises en dehors du cadre prostitutionnel, soit par l'échange de seringues souillées soit par des rapports non protégés au sein d'une relation avec un partenaire usager de drogues séropositif.

Ces populations fragiles sont composées en grande partie de personnes, qui par crainte des institutions, attendent le dernier moment pour consulter. Cette situation est préoccupante à plus d'un titre. Pour les personnes concernées, le retard pris peut entraîner une perte de chance. Pour la santé publique, ce retard représente un risque lorsque les personnes sont porteuses de pathologies infectieuses transmissibles comme le VIH ou la tuberculose (surtout s'il s'agit de formes bacillifères et résistantes).

Au terme de ce tour d'horizon, on peut considérer que :

- il y a de vrais enjeux sanitaires liés aux situations de prostitution, tant en terme de santé individuelle que de santé publique, qui nécessitent d'être mieux documentés.
- le niveau des risques et la fréquence des pathologies rencontrées varient selon les publics et les contextes d'activité. En tout état de cause, les personnes exerçant la prostitution de rue, qui cumulent diverses vulnérabilités sanitaire et sociale du fait de leurs origines étrangères, de leurs conditions de vie souvent précaires, de certaines comorbidités associées (addictions, troubles psychiques) ainsi que des violences et des stigmatisations dont elles font l'objet, constituent des cibles prioritaires en terme d'intervention.

-
- Certains risques spécifiques (VIH et autres IST, problèmes gynécologiques, violences, ..) nécessitent de maintenir une offre de soin et de prévention de première ligne à l'attention des personnes qui se prostituent les plus difficiles d'accès pour pouvoir les amener à bénéficier d'une prise en charge plus globale s'inscrivant le cas échéant dans la durée.

2. LES DIFFICULTES D'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS AFFECTENT LE NIVEAU DE COUVERTURE SANITAIRE

L'accès aux droits et aux soins (dans une acception large, qui comprend bien entendu la prévention) est largement tributaire de l'accès à la couverture sociale et notamment à l'assurance maladie.

L'annexe n°5 décrit plus en détail les différentes possibilités qui peuvent être utilisées par les personnes qui se prostituent dans le cadre juridique de la protection sociale de droit commun, ou en utilisant les dispositifs complémentaires progressivement créés pour les personnes qui n'ont pu faire valoir leurs droits.

La part importante, parmi les personnes qui se prostituent, des publics précaires et en particulier des personnes étrangères en situation irrégulière, constitue à cet égard une donnée essentielle. Car comme beaucoup de personnes appartenant à des catégories de population vulnérables ou précaires, elles connaissent de ce fait des difficultés importantes pour accéder effectivement à leurs droits.

Ainsi la qualité d'étranger sans papier prime sans aucun doute très souvent sur celle de personne qui se prostituent comme facteur explicatif des difficultés rencontrées dans l'accès aux droits.

Mais l'activité prostitutionnelle peut constituer un facteur de complexité supplémentaire et entraîner des difficultés spécifiques, y compris pour des personnes de nationalité française et a priori bien insérées.

2.1. *Diverses voies d'accès aux droits et aux soins, comparables au droit commun*

Les personnes qui se prostituent relèvent des dispositions de droit commun, les mêmes que celles offertes au reste de la population, en fonction de leur statut juridique et de leur situation sociale : l'accès à la protection sociale emprunte divers canaux, qui reflètent l'hétérogénéité de ces publics et des situations de prostitution.

Les personnes qui se prostituent peuvent ainsi entrer dans des catégories très diverses en fonction de leur statut juridique :

- selon qu'elles sont de nationalité française ou étrangère,
- si elles sont étrangères, selon qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière au regard des conditions d'entrée et de séjour,
- et si elles sont en situation irrégulière, selon leur durée de séjour sur le sol français (présentes depuis plus ou moins de 3 mois sur le territoire français), et, dans certains cas où cette durée de séjour n'est pas respectée, selon les possibilités susceptibles ou non de prétendre à la protection prévue par l'article L. 316-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile CESEDA (lorsqu'elles dénoncent un auteur de la traite de êtres humains).

2.1.1. **Personnes de nationalité française, ou étrangères en situation régulière⁷⁰**

Plusieurs options s'ouvrent à elles :

- une affiliation au RSI en tant qu'indépendant

L'exercice d'une activité prostitutionnelle permet à la personne qui l'exerce de se déclarer comme travailleur indépendant et de cotiser au régime RSI pour la couverture assurance maladie.

⁷⁰ Visa de tourisme non expiré, titre de séjour délivré dans le cadre du regroupement familial, demandeurs d'asile avec récépissé délivré par la préfecture en cours de validité,...

Encadré 6 : L'affiliation au RSI

La question de l'affiliation s'inscrit dans le cadre d'une jurisprudence (arrêt Tremblay, Cour de cassation et CJCE) qui considère l'activité de prostitution comme une activité non salariée, les revenus devant être traités fiscalement pour l'impôt sur le revenu comme des bénéfices non commerciaux et soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale dans les conditions de droit commun. Dans la mesure où la personne qui se prostitue fait une demande d'affiliation, elle cotise donc au régime social des indépendants sur les revenus qu'elle déclare (bénéfices non commerciaux) soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants à l'URSSAF dans les conditions de droit commun⁷¹.

La difficulté pour cette activité qui n'est pas illégale, mais qui n'est pas reconnue en tant que profession, consiste à trouver la catégorie d'affiliation. Comme l'indiquent les services juridiques du régime social des indépendants, (RSI)⁷² « il est difficile de déterminer la nature de cette activité de prestation de services. » Compte tenu de ce flou, les affiliations se répartissent entre activité commerciale et artisanale.

Les personnes peuvent déclarer leur activité explicitement en tant que personne qui se prostitue ou travailleur du sexe, mais elles peuvent aussi s'affilier sous des libellés d'activité qui correspondent à la nomenclature NAF définie par l'Insee, soit sous le libellé « autre service personnel⁷³ » et « entretien corporel⁷⁴ ». De facto elles indiquent des activités diverses : « prostitution, ou téléphone rose », « services d'hôtesse, call girl ou services de prostitué », prestations de services, relaxation », « massages, soins détente⁷⁵ ». La forte progression des effectifs de ces catégories (« activités d'hôtesse », « soins et détente ») a conduit le RSI à engager en 2010 une étude (communiquée à la mission de l'IGAS) sur 3 ans. Selon cette étude, c'est l'arrivée de nombreux auto-entrepreneurs qui constitue, en réalité, la principale explication de cette augmentation, sans pouvoir en attribuer la responsabilité à l'activité de prostitution.

Source : Mission IGAS d'après des informations RSI

- une affiliation en tant que salarié

L'exercice de la prostitution ne peut être salarié puisque le lien de subordination inhérent au contrat de travail qualifierait l'employeur de proxénète. En revanche une personne qui se prostitue peut avoir des droits ouverts lorsqu'elle exerce parallèlement une activité autre que la prostitution (par exemple emplois de service à temps partiel) et qu'elle est déclarée à ce titre comme salariée.

- une inscription à la CMU et à la CMUc

Cette inscription peut s'effectuer à titre gratuit ou moyennant cotisation, selon le niveau des ressources

2.1.2. Personnes étrangères en situation irrégulière⁷⁶

Pour ces personnes qui constituent selon la plupart des estimations la grande majorité de la prostitution visible, des solutions existent également :

- l'aide médicale d'Etat (AME)

Elle permet aux personnes étrangères en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins dès lors qu'elles résident en France de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois et ne dépassent pas un certain plafond de ressources.

⁷¹ Source direction de la sécurité sociale, entretien du 12 juillet 2012.

⁷² Note DIRRCA/pôle réglementation et recouvrement amiable, note transmise à la mission.

⁷³ Affiliation au groupe professionnel des commerçants, code NAF 2003 930N, code NAF 2008-9609Z.

⁷⁴ Affiliation au groupe professionnel des artisans, code NAF 2003-930 L, code NAF 2008-9604Z.

⁷⁵ RSI, réponses au questionnaire de la mission.

⁷⁶ Personnes déboutées du droit d'asile, détenant des visas de tourisme périmés, sans papiers (documents d'identité détruits ou confisqués),...

- la prise en charge financière des soins d'urgence

Elle est assurée pour celles qui ne peuvent bénéficier de l'AME⁷⁷. Selon l'article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) les soins urgents sont ceux « dont l'absence mettrait en jeu leur pronostic vital ou entrainerait une altération grave et durable de leur état de santé ». Sont considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie (comme la tuberculose ou le Sida par exemple). Les examens de prévention liés à la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont également pris en compte à ce titre⁷⁸.

Les personnes déboutées du droit d'asile, qui semblent nombreuses dans la population d'origine africaine qui se prostitue, entrent dans la catégorie des étrangers en situation irrégulière, et ont vocation à bénéficier de l'AME puisque compte tenu des délais d'instruction de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides), elles sont nécessairement présentes sur le territoire depuis plus de 3 mois.

- Un certain nombre de structures de prévention ou de soins sont également accessibles gratuitement, pour certaines de façon anonyme (CDAG-CIDDIST), et parfois dédiées aux publics en situation de précarité qu'elles peuvent aider à faire reconnaître leurs droits.

C'est le cas notamment de centres de santé municipaux ou associatifs et des permanences d'accès aux soins hospitalières, les PASS, souvent avec un accompagnement des associations.

Encadré 7 : Les permanences d'accès aux soins

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Source : fiche de synthèse sur les études sur les PASS menée par l'IGAS, l'ANES, Gres Médiation

Le fonctionnement de ces structures permet l'accès aux soins des personnes en situation de précarité qui n'ont pas de droits ouverts.

La mission a pu constater sur le terrain que les associations d'aide aux personnes qui se prostituent ont souvent recours aux PASS et leurs envoient des patient(e)s issu(e)s de leur file active. Mais il reste impossible d'évaluer la part des publics prostitués dans les personnes qui fréquentent les PASS, où elles ne sont évidemment pas identifiées et comptabilisées comme telles.

⁷⁷ Personnes ne pouvant justifier des 3 mois de résidence, dépassant le plafond de ressources, n'ayant pas déposé de demande d'AME ou dont la demande est en instance de traitement.

⁷⁸ Cf. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005.

2.2. Des obstacles à l'accès effectif aux droits avant tout liés à la précarité des personnes qui se prostituent

2.2.1. Un accès effectif aux droits difficile pour les personnes précaires

Les personnes qui se prostituent rencontrées par les associations de réinsertion sociale ou de santé sont souvent des personnes en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits à une couverture maladie ou qui n'arrivent pas à les faire valoir, par méconnaissance ou manque de familiarité du fonctionnement du système de soins. Pourtant la plupart sont éligibles à la couverture sociale. Ainsi près de 76 % des patients reçus dans les centres d'accueil de l'association Médecins du Monde relevaient théoriquement d'un droit à l'assurance maladie : 51 % au titre de l'AME, 24 % de l'assurance maladie, 2 % de droits ouverts dans un autre pays européen⁷⁹.

Les difficultés d'accès effectif aux droits pour les personnes en situation de précarité constituent un objet récurrent de préoccupation et d'analyse des différents acteurs dans la sphère sociale. Elles s'expliquent par une multitude de facteurs parmi lesquels en premier lieu le défaut d'information – les publics en situation d'exclusion et de précarité méconnaissent souvent leurs droits - mais aussi la complexité des dispositifs et des procédures.

Le risque de renoncement aux soins est bien réel et souligné comme tel par l'IGAS et l'IGF dans un rapport commun de 2010 sur l'AME⁸⁰, selon lequel cette question du renoncement aux soins est nettement plus préoccupante que celle des abus de droit.

Ce renoncement peut être motivé par des raisons financières ou par le fait que les personnes ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation⁸¹. Il commence souvent par le renoncement à faire valoir ses droits⁸².

Les personnes étrangères sont bien évidemment particulièrement concernées puisqu'à la méconnaissance des droits, au manque de familiarité avec les dispositifs et les structures gestionnaires, s'ajoutent souvent des problèmes de maîtrise de la langue française. Même si les plates formes d'accueil pour les demandeurs d'asile, les directions territoriales de l'office français pour l'intégration et l'immigration (OFII), les associations, les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les services sociaux des établissements hospitaliers peuvent les aider dans leurs démarches.

L'obstacle de la langue est régulièrement cité dans les études étrangères consacrées au sujet. Lors de ses déplacements sur site et de ses échanges avec les acteurs de terrain, la mission a pris acte d'un recours insuffisant à l'interprétariat en milieu hospitalier, soit par méconnaissance de l'existence de moyens parfois prévus à cet effet⁸³ soit par manque de moyens de la part des associations locales qui n'ont pas de crédits dédiés à cet effet (Amicale Du Nid Toulouse).

L'irrégularité du séjour, situation fréquente parmi la population étrangère qui se prostitue, constitue un facteur aggravant. Elle rend plus difficile la constitution des dossiers et la production des justificatifs nécessaires pour ouvrir les droits : satisfaire aux exigences de preuves d'état civil, attester une durée de séjour. Comme le soulignent l'IGAS et l'IGF dans le rapport précité, s'agissant de l'AME la nature même de la prestation implique que les modes de preuve soient particulièrement souples. Ce qui va à l'encontre de la culture administrative traditionnelle et nécessite des efforts et une impulsion importante du niveau central. Car il semble qu'il y ait des différences importantes dans la façon de gérer ces procédures et dans les exigences formulées selon les caisses et même selon les agents.

⁷⁹ Rapport de synthèse de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission de MDM, 2010.

⁸⁰ A Cordier-F Salas « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'AME », rapport IGF-IGAS novembre 2010

⁸¹ DREES, Etudes et résultats, juillet 2008 « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ».

⁸² DREES, Etudes et résultats, 2011, « le renoncement aux soins, actes du colloque »

⁸³ La Direction générale de la santé conventionne une grande association de traduction (Inter Service Migrant) pour effectuer chaque année un certain nombre d'interventions à la demande de structures recevant des personnes migrantes (services de maladies infectieuses, CDAG-CIDDIST, centre de santé) sur les questions de VIH/sida, de tuberculose et d'hépatite. Des conventions de ce type peuvent aussi être passées par les acteurs locaux (ARS, hôpitaux, associations,..)

L'absence de droit de séjour contribue aussi à une forte réticence des personnes concernées vis-à-vis des institutions et des structures de soins, par crainte d'un signalement aux services de police. Cet éloignement est évidemment incompatible avec une démarche d'accès aux droits et justifie l'intervention des associations qui s'efforcent de bâtir une relation de confiance et accompagnent les personnes vers les administrations redoutées mais incontournables.

Pour les aider à surmonter ces obstacles, les associations n'hésitent pas à accompagner les personnes dans leur démarche. Certaines d'entre elles travaillent actuellement en lien avec l'INPES à l'élaboration d'une brochure à destination de ces publics vulnérables pour les informer de leurs droits à la santé tout en les sensibilisant aux risques auxquels ils sont exposés.

Encadré 8 : Brochure INPES « vos droits, votre santé »

Après avoir édité une brochure multilingue sur les préservatifs ciblant notamment les publics migrants qui se prostituent, l'INPES a travaillé avec les représentants d'associations d'obédiences diverses sur un support de prévention plus large (violences, IST, VIH, hépatites, grossesses non désirées, addictions...) prenant en compte la diversité des publics (femmes, hommes, personnes trans) et des situations (internet, migration économique...)

Ce travail s'est avéré difficile avec un premier projet de maquette qui n'a pas abouti faute de consensus entre les acteurs : achoppement sur la sémantique concernant le terme pour désigner le public ciblé (travailleur du sexe ou prostitué), sur le niveau de priorisation des thèmes et sur la manière de les traiter (comment parler des violences, comment évoquer la sortie de prostitution en toute neutralité).

Après une longue période d'inactivité, le groupe de travail a repris ses travaux pour aboutir à un nouveau projet de guide actuellement en relecture auprès des associations participantes.

Conçu à l'usage des personnes qui se prostituent (hommes, femmes, personnes trans), ce guide « votre santé, vos droits » débute par une rubrique faisant un point complet sur l'accès aux droits et sur la protection maladie (AME, CMU, droit au séjour pour raison de santé) : procédures à suivre, conseils pratiques (choix du médecin traitant, rôle des centres communaux d'action sociale (CCAS), coordonnées d'associations pouvant aider les personnes migrantes dans leurs démarches).

Un volet santé aborde les thèmes des infections auxquelles ces publics sont exposés (IST/VIH, hépatites, tuberculose), de la prise d'hormones, de la santé sexuelle (contraception, grossesse et IVG), des addictions et des violences en proposant explications et conduites à tenir en fonction des différentes situations rencontrées par les personnes ainsi que les coordonnées de structures ressources pour en savoir plus ou pour se faire aider.

Par ailleurs, un volet est dédié à la mise à l'abri des personnes en situation de prostitution forcée.

Source : Echanges de la Mission IGAS avec l'INPES

2.2.2. Un risque d'instrumentalisation de la misère renforcé pour les personnes qui se prostituent

Ces difficultés donnent lieu à une instrumentalisation de la misère par des intermédiaires plus ou moins fiables, qui proposent pour l'accès aux soins et aux droits des prestations souvent onéreuses en profitant de la crédulité et de l'impuissance des personnes qui s'adressent à eux.

Ce phénomène a notamment été signalé à la mission pour les personnes d'origine chinoise qui se prostituent. Handicapées par leur méconnaissance de la langue, celles-ci sont la proie d'officines douteuses s'auto déclarant « avocats » dont le manque de compétence et de sérieux dans le suivi des dossiers et la gestion des délais peuvent avoir un effet contre-productif.

Dans son rapport, l'association Médecins du Monde évoque ainsi les multiples obstacles à l'accès aux soins des femmes chinoises se prostituant. Beaucoup de femmes ne consultent pas, que ce soit pour des pathologies chroniques ou pour d'autres problèmes. 23 % déclarent avoir dû renoncer à des soins de santé dans les 12 derniers mois⁸⁴.

⁸⁴ LOTUS BUS : Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris, 2008.

Encadré 9 : Les difficultés des personnes qui se prostituent d'origine chinoise

La précarité de leur statut administratif, la barrière de la langue et une connaissance erronée voire inexistante des droits sociaux et du système de soins français, (qui) les placent dans un état de dépendance envers les intermédiaires de toutes sortes : proches plus ou moins bien intentionnés, sociétés de traduction plus ou moins honnêtes, associations franco-chinoises plus ou moins bienveillantes. Certains intermédiaires usent de leur « savoir » et de leur réseau pour faire payer leurs services. Les droits sociaux ne sont jamais expliqués et tout accès aux droits se monnaie. Une fois ces droits ouverts, les Chinois se dirigent vers les médecins de ville sinophones ou vers les structures hospitalières. Dans ces dernières, ils sont « handicapés », comme ils le disent eux-mêmes, par la non-maîtrise du français, d'où la nécessité de se faire accompagner par un interprète. Comme les femmes chinoises vues sur le bus sont en majorité venues seules en France, sans famille sur place, ces accompagnements sont réalisés par des personnes qui cherchent à se faire rémunérer. L'accès aux droits sociaux et aux soins représente donc pour elles un coût très important.

Source : Dossier de presse, Médecins du Monde - Février 2009, LOTUS BUS : Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris.

A contrario le travail d'accompagnement effectué par le secteur associatif, par le personnel des établissements de santé, soignants et assistants sociaux, et les agents des CPAM qui effectuent des permanences dans les associations, s'avère particulièrement précieux dans cette perspective.

A signaler que la loi de finances rectificative (LFR 2012), qui revient sur la loi du 16 juin 2011, va redonner aux associations agréées un rôle plus actif dans l'instruction des dossiers d'AME.

2.3. Des freins supplémentaires liés à la situation de prostitution

En Europe, les observateurs du réseau TAMPEP⁸⁵ constatent que « les services sanitaires ordinaires ne sont pas adaptés aux caractéristiques d'une population présentant un profil particulier sous l'angle de ses besoins sanitaires, de ses connaissances linguistiques, de ses valeurs culturelles et de sa mobilité ».

Si l'on excepte les problèmes communs déjà évoqués que rencontrent, indépendamment de toute activité prostitutionnelle, nombre de personnes étrangères et précaires, l'exercice de la prostitution peut aggraver les difficultés sur plusieurs points, avec toute fois une acuité très variable selon les situations et les modes d'exercice.

2.3.1. Une distance plus marquée encore vis-à-vis des institutions

Aux difficultés précitées et à la crainte des reconduites à la frontière que connaissent les personnes étrangères en situation irrégulière s'ajoutent, pour celles qui se prostituent, une méfiance particulière vis-à-vis des administrations et des services de police, que la pénalisation du racolage, depuis la mise en œuvre de la loi LSI contribue à alimenter.

De façon plus générale les personnes qui se prostituent, qui ont souvent expérimenté la stigmatisation lorsque la réalité de leur activité venait à être révélée, tendent à développer un comportement d'évitement vis-à-vis des structures publiques, y compris celles censées leur venir en aide. Cette méfiance est parfois partagée par les acteurs associatifs eux-mêmes chargés de les accompagner vers ces structures. Des professionnels de santé rencontrés par la mission lui ont fait part de rapports compliqués avec certains médiateurs culturels qui supportent mal des questions considérées comme intrusives vis-à-vis des personnes qui se prostituent alors qu'elles font partie du travail d'anamnèse normal et nécessaire à la prise en charge des personnes considérées.

⁸⁵ TAMPEP est un réseau européen de prévention et de promotion de la santé en matière de VIH/IST chez les personnes migrantes qui se prostituent dans 25 pays d'Europe.

2.3.2. La crainte des jugements de valeur et de la discrimination

Des réticences du corps soignant à l'égard des personnes qui se prostituent ont parfois été signalées, qui peuvent se traduire par un accueil ou des prises en charge défailtantes, du simple fait de leur activité. Dans son rapport d'activité 2011, l'Amicale du Nid de Paris relate ainsi l'expérience d'un jeune homme prostitué se présentant aux urgences gravement blessé auxquels des infirmiers auraient dit « de toute façon, tu l'as bien cherché avec les saloperies que tu fais là-bas ». Sans qu'il soit évidemment question de généraliser le constat, ces comportements restant très probablement rares et isolés, ils suffisent à entretenir, chez les personnes qui se prostituent, la peur d'être jugées du fait de leur activité prostitutionnelle. Cette crainte, très souvent évoquée dans le discours et dans les études, peut affecter la qualité des soins : quand elle n'empêche pas de consulter, elle peut dissuader les personnes d'évoquer leur activité⁸⁶, avec pour effet de priver le médecin d'éléments d'orientation précieux (notamment en termes d'IST et de problèmes gynécologiques). La personne rencontrée par la mission qui avait deux médecins pour éviter de révéler sa véritable activité à son médecin traitant de ville constitue une illustration significative à cet égard (Cf. encadré n° 2).

Parmi les populations qui se prostituent, celle des personnes trans est tout particulièrement exposée car soumise à une double discrimination : en raison de son genre et en raison de son activité prostitutionnelle. Le rapport précité de l'IGAS évoque les problèmes d'accueil de ce public dans les structures de soins par des personnels non préparés.

Encadré 10 : Un dispositif de prévention et de soins intégrés à l'attention des personnes qui se prostituent

Depuis le début des années 2000, le CIDDIST du CHU Ambroise Paré a développé une action dont l'objectif est de faciliter l'accès aux soins à la prévention et aux droits des personnes trans exerçant la prostitution au bois de Boulogne.

Ayant pris conscience de besoins importants et non couverts de ces personnes à la suite de l'hospitalisation de l'une d'entre elles gravement blessée à la suite d'un rixe, le CIDDIST a mis en place une consultation hebdomadaire adaptée à leurs horaires (de 17h30 à 20h30) et a noué un partenariat avec l'association PASTT (association de prévention et d'action pour la santé et le travail des transsexuel(le)) qui menait des actions de prévention sur les lieux de prostitution du bois de Boulogne.

En plus d'adresser les personnes vers le dépistage hospitalier, le PASST a accueilli des sessions de dépistages sur son bus mises en place tous les trois mois par le CIDDIST. Au fil du temps, ce partenariat a pris la forme d'une convention qui a permis d'élargir les possibilités de prise en charge à d'autres services de l'hôpital grâce à l'identification de référents.

Le dépistage du VIH, des IST constitue généralement le point d'entrée mais selon les besoins, d'autres acteurs formés aux spécificités de ce public peuvent intervenir dans la prise en charge (services de dermatologie, d'hépatogastrologie, de pneumologie ; urgences pour la prophylaxie post-exposition du VIH et les traumatismes, centre de soins local pour les problèmes d'addictions)

Dans le cadre de leur parcours hospitalier, les personnes qui se prostituent peuvent également bénéficier d'une délivrance temporaire des traitements par l'hôpital et rencontrer, en tant que de besoin, une assistante sociale pour les questions d'AME, de CMU ou de titre de séjour temporaire. La barrière de la langue constituant un obstacle important, elles sont généralement accompagnées par un agent de médiation lusitophone et hispanophone rattaché au service social.

Source : échanges avec les intervenants du CIDDIST et du service social de l'hôpital A Paré.

⁸⁶ Les personnes peuvent aussi considérer que cela n'a pas d'utilité pour la prise en charge (cf étude [41])

2.3.3. Des difficultés spécifiques pour faire valoir ses droits

2.3.3.1. Le problème du calcul des ressources

Pour la CMUc et l'AME, l'évaluation des ressources se fonde, en l'absence de documents justificatifs, sur une base déclarative, sous la forme d'une déclaration sur l'honneur. Mais les pratiques, signalées à la mission, de certains services qui vont au-delà de la réglementation et cherchent à appréhender les « moyens d'existence » des personnes à travers une estimation de leurs dépenses peuvent faire obstacle à l'accès aux droits dans le cadre de la prostitution. En effet en cas de logement à l'hôtel, l'estimation du coût de la nuitée d'hôtel avec une projection sur un mois dépasse largement le plafond de ressources permettant l'accès à l'AME ou la CMU, alors que le reste à vivre de la personne qui se prostitue et qui dans de nombreux cas doit assurer le remboursement au réseau de passage ou de traite, ou le paiement d'un « protecteur », sans compter l'envoi d'argent à la famille restée « au pays » peut être minimal.

2.3.3.2. La mobilité et le problème de la preuve de résidence

Le turn-over et la forte mobilité liés à certaines formes d'activité prostitutionnelle ne favorisent pas l'engagement de démarches administratives parfois longues pour recouvrer leurs droits. Une association comme l'Amicale du Nid, représentée dans plusieurs villes de France déclare arriver parfois à suivre le cheminement d'une même personne de place en place mais est évidemment très difficile dans ces conditions de faire progresser un dossier administratif.

La mobilité géographique devient par ailleurs un obstacle supplémentaire lorsqu'elle ne permet pas à la personne concernée de satisfaire aux conditions de stabilité de résidence exigées notamment pour l'AME.

Par ailleurs la plupart des dispositifs d'accès aux droits et aux soins supposent l'établissement d'une domiciliation qui pose problème pour beaucoup de personnes qui se prostituent qui n'ont pas de logement fixe. Certaines hésitent à dire qu'elles sont hébergées pour que la personne qui les héberge ne soit pas accusée de complicité de proxénétisme.

2.3.3.3. Des modes de vie souvent en décalage par rapport aux fonctionnements institutionnels

Dans son dernier rapport TAMPEP⁸⁷ pointe l'inadaptation des horaires d'ouverture et des modes de fonctionnement (prise de rendez-vous) de nombreux services administratifs et de soins par rapport aux contraintes et modes de vie d'une partie importante des publics qui se prostituent. Des remarques analogues ont également été formulées à la mission par les acteurs de terrain et les personnes qui se prostituent rencontrées. Des horaires décalés ne permettant pas de se libérer durant les heures d'ouverture des services médicaux, une faible disponibilité des personnes, la difficulté de certaines d'entre elles à se projeter dans le temps peuvent les amener à renoncer à consulter faute d'accès immédiat. Il n'y a toutefois là qu'un élément d'explication partielle puisque des services en accès direct, anonyme et gratuit et répondant a priori à leurs besoins ne connaissent pas nécessairement une fréquentation élevée de la part de ces publics (Cf. plus loin CDAG-CIDDIST).

⁸⁷ TAMPEP, rapport final 2002-2004.

2.3.3.4. La pression des tiers

La pression des réseaux ou de la communauté auxquels appartiennent parfois les personnes qui se prostituent peut également compliquer leur accès aux soins. Plusieurs praticiens hospitaliers rencontrés par la mission ont signalé que des femmes qui se prostituaient se présentaient parfois à la consultation accompagnées de personnes visiblement chargées de les surveiller⁸⁸, et parfois de limiter les soins aux problèmes les plus urgents et les plus visibles, susceptibles d'affecter la pratique prostitutionnelle⁸⁹. A cet égard, l'un d'eux qui est amené à pratiquer des expertises médico-légales auprès de personnes victimes de réseau évoque les menaces de représailles pesant sur les personnes roumaines qui se prostituent concernant leur accès au soin considéré par les proxénètes comme un évènement pouvant faire repérer le réseau (annexe n° 4).

2.4. Une couverture sanitaire qui souffre de plusieurs lacunes

2.4.1. Un recours aux soins variable, souvent tardif, et des difficultés d'observance

Comme dans beaucoup d'autres domaines le recours aux soins varie selon les situations individuelles et les formes d'exercice de la prostitution. Il est évidemment d'autant plus problématique que la situation est précaire. Une étude comparative entre la prostitution de rue et certaines formes « indoor »⁹⁰ montre que la pratique de rue se traduit par des difficultés d'accès aux soins et de suivi médical plus marquées par rapport à l'exercice en salon de massage : les personnes travaillant dans la rue sont moins nombreuses à être inscrites auprès d'un généraliste, moins souvent dépistées pour les IST et enregistrent plus de retards dans leurs contrôles du col de l'utérus.

De manière plus générale, hormis les situations d'urgence, la santé ne semble pas constituer la première demande de la part des personnes qui se prostituent vues par les associations de terrain. Celles-ci évoquent une hiérarchisation des priorités chez les personnes qui se prostituent qui place en tête les problèmes d'argent, de papiers et de logement, la santé venant après.

Comme beaucoup de publics précaires, mais sans doute plus encore, en fonction des difficultés spécifiques exposées ci-dessus, elles ont tendance à attendre le dernier moment pour consulter, ce qui, en plus de constituer une perte de chance pour elles, peut représenter un problème de santé publique si elles souffrent d'une affection comme la tuberculose ou le VIH. L'Amicale du Nid et le Mouvement du Nid insistent également sur les situations de mise à distance du corps qui expliqueraient une moindre prise en compte des besoins de santé et des signaux d'alerte comme la douleur.

Par ailleurs des conditions précaires de logement stable, jointes à la précarité et l'isolement social ou familial dans lesquels se trouvent certains patients qui se prostituent, sont autant de freins à la mise en route et à l'observance des traitements, notamment pour des maladies chroniques impliquant des traitements lourds et prolongés. La nécessité par exemple de devoir conserver et éventuellement transporter les médicaments en milieu réfrigéré peut s'avérer réellement problématique en fonction des situations.

⁸⁸ Il faut parfois insister pour voir la personne souffrante seule (d'après échanges de la mission avec le Dr Vernant de l'Hôtel Dieu)

⁸⁹ L'équipe de la PASS de Toulouse évoque les « protecteurs » qui accompagnent parfois les personnes qui se prostituent et qui, par exemple sur les questions dentaires, n'entendent faire soigner que « ce qui se voit » sans se préoccuper du risque d'infection sous-jacente. La PASS précise toutefois cette vision très utilitariste et de court terme de leur santé est parfois aussi le fait des personnes qui se prostituent elles-mêmes par manque de temps.

⁹⁰ Cf. annexe 3, étude [17].

2.4.2. Des besoins spécifiques liés à l'activité prostitutionnelle imparfaitement satisfaits

2.4.2.1. Des taux de dépistage du VIH/IST et des hépatites contrastés.

Dans son rapport de 2010⁹¹, le Conseil National du Sida estime que le recours au dépistage et au traitement semble insuffisant. Les propositions de dépistage du VIH/sida, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida et des hépatites demeurent trop rares.

Il est difficile d'évaluer de façon générale le niveau d'accès des publics prostitués au dépistage et à la prévention dans ce domaine. Dans son rapport d'activité 2011, l'association Grisélidis, reprenant les résultats d'une étude sur le sujet fait état de taux d'accès élevé au dépistage des personnes qui fréquentent les associations de santé communautaire de Toulouse et de Lyon (81 % des femmes dépistées pour le VIH, et 78 % pour les hépatites au cours de l'année), soit près de dix fois celui constaté en population générale. Mais elle estime que celui des personnes se prostituant sur internet est « beaucoup plus faible ». L'étude du lotus Bus menée auprès des personnes chinoises retrouve toutefois des résultats plus contrastés (respectivement 72,5 % et 66 % des femmes disant avoir déjà fait un test de dépistage pour l'hépatite B et C mais 44 % déclarant n'avoir jamais pratiqué de dépistage du VIH).

En tout état de cause, les associations de terrain soulignent l'effet des facteurs précédemment exposés qui font obstacle au dépistage et peuvent entraîner un retard au diagnostic et à la prise en charge préjudiciable tant sur le plan individuel que collectif. L'appartenance à la population étrangère apparaît à cet égard comme un facteur discriminant : les personnes sans titre de séjour ou détentrices d'une carte de séjour temporaire ont environ deux fois moins de chance d'être testées que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne de nationalité française⁹².

Elles pointent l'insuffisance de culture préventive et la méconnaissance des lieux et des possibilités de gratuité et d'anonymat dans les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits-Centre d'Information de dépistage et de diagnostic des IST (CDAG-CIDDIST). Au CDAG du CHU de Toulouse, une estimation informelle faite par l'équipe recevant la mission évalue à 7.5 % la part des personnes déclarant venir pour un motif « en lien avec la prostitution » (soit personne qui se prostituent soit client de la prostitution), essentiellement (95 %) des hommes. Les femmes, dont on peut penser qu'il s'agit pour la quasi-totalité de personnes qui se prostituent, ne représentent qu'une cinquantaine de personnes dans ce sous-groupe, soit 0.35 % de l'ensemble des personnes vues dans l'année par le CDAG.

A contrario un diagnostic précoce du VIH permet à la personne un suivi médical ainsi qu'une mise sous traitement antirétroviral qui ralentit l'évolution de la maladie et limite le risque de transmission du VIH. Des stratégies ont donc été déployées pour améliorer le recours au dépistage de personnes qui se prostituent, qui reposent sur un travail en commun d'articulation entre les associations de première ligne et les CDAG-CIDDIST. Des sessions de dépistage « hors les murs » ont parfois été mises en place sur des dispositifs mobiles se portant au-devant des personnes qui se prostituent⁹³ en utilisant des tests rapide d'orientation diagnostique (TROD)⁹⁴.

⁹¹ VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins, Conseil National du Sida, avis suivi de recommandations, septembre 2010.

⁹² LIDYE N (dir.), 2007, Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, connaissances, attitudes, croyances et comportements, Paris, éd. INPES)

⁹³ C'est notamment le cas à Paris entre Lotus Bus et CDAG/CIDDIST de l'hôpital F. Vidal, le PASTT et le CDAG/CIDDIST du CHU A. Paré.

⁹⁴ La DGS a lancé deux appels à projets associatifs en 2011 et 2012 permettant l'utilisation des TROD avec les populations ayant peu ou pas accès au dépistage.

Si les TROD constituent sur le principe une opportunité de prévention adaptée aux contraintes de la prostitution de rue, certains acteurs de terrain en soulignent les limites (risque de passer à côté de primo-infections par moindre sensibilité que les tests sanguins, rendu des résultats parfois difficile, incertitudes sur la prise en charge ultérieure), tout en pointant le risque de focalisation sur le seul VIH (risque de ne pas s'intéresser aux autres IST qui tendent déjà à être négligées) et l'impossibilité de créer des dynamiques de prise en charge au-delà du VIH sans mise en place d'un lien de confiance durable.

Encadré 11 : Test rapide d'orientation dépistage

Le TROD est un test de dépistage rapide du VIH à lecture subjective (réaction colorimétrique) de réalisation simple et conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 minutes généralement) lorsqu'il est pratiqué auprès du patient. Il peut être réalisé sur une goutte de sang.

Dans les structures de prévention ou les associations agréées, il peut être proposé à l'occasion d'un contact ou d'un accident d'exposition sexuel ou sanguin par un professionnel de santé mais aussi par un salarié ou un bénévole non professionnel de santé ayant suivi une formation à l'utilisation des TROD. Il est précédé et suivi d'un entretien, et en cas de positivité, il doit être confirmé par un test sanguin (il peut être aussi confirmé en cas de test négatif dans un contexte de risque avéré récent).

Constatant que certaines populations particulièrement exposées au VIH ne fréquentant pas ou peu le dispositif des CDAG-CDDIST, le plan VIH-SIDA/IST 2010-2014 prévoit de développer des offres alternatives de dépistage en permettant l'utilisation des TROD en milieu associatif en contact avec ces publics et en soutenant des actions de dépistage hors les murs en partenariats avec des CDAG et CDDIST.

Source : Mission Igas d'après documents fournis par la DGS

2.4.2.2. Un recours au traitement prophylactique post-exposition à évaluer

Encadré 12 : Traitement post-exposition

Le traitement post-exposition (TPE) constitue une possibilité de réduction du risque de contamination au VIH en cas d'accident exposant au risque de transmission virale, notamment lors d'une exposition sexuelle (non usage ou mauvais du préservatif, rupture du préservatif) survenant chez des personnes habituées à se protéger avec l'usage systématique du préservatif, lors de rapports avec un partenaire occasionnel de statut indéterminé⁹⁵. S'agissant des risques d'exposition sexuelle au VIH, le cadre de délivrance du TPE est le suivant⁹⁶ :

- En cas de rapport sexuel à risque de transmission du VIH, il faut consulter le plus rapidement possible (idéalement dans les 4 h suivant le risque, au plus tard dans les 48h) dans les consultations externes des hôpitaux assurant la prise en charge des personnes infectées par le VIH ou dans les services d'accueil des urgences en dehors des heures ouvrables
- Lors de la consultation initiale, il revient au médecin de prendre en compte le rapport entre le bénéfice escompté et le risque d'effets indésirables liés au traitement. Le TPE doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH⁹⁷.

⁹⁵ Bien que disponible depuis plus de dix ans, ce traitement a été peu évalué au plan opérationnel. Son intérêt en santé publique n'est pas conforté par les études mais il garde tout son intérêt au niveau individuel pour les personnes habituées à se protéger avec l'usage systématique du préservatif au sein d'un couple sérodifférent ou lors de rapports avec un partenaire occasionnel de statut indéterminé.

⁹⁶ La prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'expert sous la direction du Pr. Patrick Yeni, 2010.

⁹⁷ Il existe un gradient dans le risque de transmission du VIH en fonction du type de pratique (d'un risque minimal en cas de fellation à un risque maximal en cas de rapport anal réceptif), du profil de la personne source à risque (séropositivité, homme homosexuel et/ou bisexuel, personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence VIH est supérieure à 1 %) et de certaines situations à risque (prise de substances psychoactives ; partenaires sexuels multiples).

- Le dispositif a prévu une prescription initiale dans le cadre de l'urgence, et une réévaluation du bien-fondé et de l'innocuité de celle-ci dans les 48-96 h par un médecin référent, le plus souvent dans un service prenant en charge les patients infectés par le VIH. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique, voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours.
- Le choix du TPE (nombre de prises, effets indésirables,...) peut être adapté aux conditions de vie de la personne à traiter⁹⁸. Un suivi est nécessaire pendant la durée du traitement. La prise en charge doit être globale et prendre en compte les risques liés aux hépatites B et C.

Source : Mission Igas d'après le rapport « La prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'expert sous la direction du Pr. Patrick Yeni, 2010 »

En cas d'accident du préservatif, les personnes connaissant l'existence du TPE n'y ont pas toujours accès, en particulier la nuit et le week-end. Au-delà de la connaissance du dispositif, la barrière de la langue peut aussi entraver l'accès, tout comme le fait de ne pas préciser le contexte prostitutionnel de la prise de risque par peur de la stigmatisation alors que c'est un élément très important de l'évaluation. Si la personne accède toutefois au traitement, celui-ci est soumis aux aléas de l'activité prostitutionnelle, les conditions de vie entravent souvent le bon déroulement du traitement (hébergement à l'hôtel ne permettant pas de cuisiner ni de s'alimenter de manière équilibrée à moindre coût, rythme de vie décalé) ainsi que les effets secondaires (diarrhée) entravant souvent sa bonne observance⁹⁹.

Pour pallier ces obstacles, plusieurs associations accompagnent les personnes ou leur remettent un papillon bilingue expliquant en français la situation ayant entraîné la prise de risque, certaines ayant sensibilisé en amont les services des urgences ou les CIDDIST de référence.

A cet égard, il est nécessaire de poursuivre l'information des différents publics exposés en s'appuyant sur des relais professionnels et associatifs locaux avec un accent particulier sur les personnes qui se prostituent d'origine étrangère mais également sur celles exerçant de manière traditionnelle dont les associations considèrent qu'elles ne connaissent pas toujours le dispositif. L'amélioration de l'efficacité du dispositif suppose plus généralement d'évaluer son utilisation par les personnes qui se prostituent (recours, accueil, prise en charge, suivi, problèmes d'observance, perdus de vue). Dans cette perspective, le rôle des COREVIH dans la coordination, l'évaluation, la formation et l'adaptation du dispositif doit être encouragé.

2.4.2.3. Une prévention des grossesses non désirées à renforcer

Outre l'usage irrégulier ou les ruptures du préservatif, plusieurs études étrangères montrent que le risque d'IVG augmente avec le nombre de grossesses, l'ancienneté de la prostitution, le nombre de clients, et qu'il diminue avec le nombre d'enfants, l'âge et la connaissance de la contraception. Dans ces études, le préservatif apparaît être le moyen de contraception le plus fréquent, un faible niveau de contraception orale et de recours à la contraception d'urgence étant retrouvé chez les femmes qui se prostituent déclarant des IVG, indiquant que la promotion de méthodes contraceptives efficaces au-delà du seul préservatif reste une priorité. Ce constat serait plus marqué dans le cadre de la prostitution de rue¹⁰⁰.

⁹⁸ D'autres éléments sont à prendre en compte (grossesse, interaction médicamenteuse avec les contraceptifs, antimigraineux, antiépileptiques, antivitaminés K, benzodiazépines, traitements de substitution...).

⁹⁹ En cas d'arrêt du traitement, certaines associations rapportent les médicaments non utilisés quand cela est possible.

¹⁰⁰ Cf. annexe 3, étude [17].

En France, le préservatif semble être aussi le premier moyen de contraception chez les personnes qui se prostituent, son statut d'outil de travail amenant un certain nombre de femmes à moins l'utiliser dans le cadre des relations privées et à s'exposer ainsi au risque de grossesse non désirée. S'agissant des autres moyens de contraception (implants, contraceptifs oraux, stérilet), les associations de terrain évoquent le poids des tabous et des représentations culturelles pour expliquer leur moindre utilisation¹⁰¹. Hormis chez les femmes d'origine chinoise, le stérilet n'est pas souvent utilisé¹⁰², l'implant est parfois accepté mais, outre ses contre-indications et ses risques d'interaction avec les traitements contre le VIH, les effets qu'il induit parfois, telle que l'absence de saignements ou des saignements fréquents et/ou prolongés, sont une raison fréquente d'arrêt. Quant aux contraceptifs oraux, dont la prise est jugée contraignante et susceptible d'entraîner des effets secondaires (prise de poids, impact potentiel sur la fertilité), ils semblent assez peu prescrits¹⁰³.

Concernant l'accès à l'IVG, plusieurs associations pointent les obstacles déjà signalés à l'accès aux soins, notamment chez les personnes migrantes, dont les effets peuvent s'avérer particulièrement discriminants, s'agissant d'un dispositif complexe quant aux démarches à effectuer dans des délais limités.

2.4.2.4. Un suivi gynécologique insuffisant

L'insuffisance du suivi gynécologique des femmes qui se prostituent dans la rue est souligné par les associations. Or, l'activité de prostitution renforce pour les femmes les risques gynécologiques¹⁰⁴.

Dans l'étude de F. Guillemaut de 2006, le suivi gynécologique des femmes qui se prostituent en contact avec une association variait entre 54 % et 74 %¹⁰⁵, taux inférieur à celui de la population générale¹⁰⁶.

Les problèmes gynécologiques représentent entre 20 et 25 % des demandes adressées aux associations de terrain acteurs associatifs¹⁰⁷, qui ont dans leur ensemble développé des liens avec des services de gynécologie (à l'hôpital, en PMI, dans certains CIDDIST, ou avec le planning familial) et proposent un accompagnement qu'il s'agisse de consultations ou de démarches d'IVG.

Selon l'enquête du Lotus Bus MDM, 49 % des femmes d'origine chinoise qui se prostituent n'ont jamais fait de frottis. Ces taux sont à mettre en regard de ceux estimés en population générale : absence de frottis chez seulement 4 % des femmes de 25 à 65 ans dans le baromètre Santé 2010 et de 21 % chez les femmes étrangères dans l'enquête SIRS 2010.

¹⁰¹ Selon Grisélidis « l'avortement est utilisé dans les pays de l'Est beaucoup plus fréquemment et pallie souvent l'usage d'une contraception inefficace. Un peu moins d'un tiers des femmes rencontrées viennent de pays où la contraception et l'avortement sont interdits ou très limités. Ce qui les amène à maintenir leurs méthodes traditionnelles, c'est-à-dire une contraception peu efficace et des avortements artisanaux entraînant de nombreux risques».

¹⁰² La PASS du CHU de Toulouse dit en poser assez régulièrement.

¹⁰³ La contraception d'urgence est généralement abordée dans le cadre des accidents d'exposition sexuelle.

¹⁰⁴ Le développement du cancer du col de l'utérus est favorisé, outre le papillomavirus, par d'autres facteurs de risque souvent retrouvés chez les femmes qui se prostituent (rapports sexuels à un âge précoce, multiplicité des partenaires, tabagisme, autres IST).

¹⁰⁵ État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes en situation de prostitution : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, sous la direction de Françoise Guillemaut, collaboration Martine Schutz Samson Et Eva Clouet, Corinne Monnet, Julie Sarrazin, décembre 2008.

¹⁰⁶ 85% des femmes interrogées déclarent avoir un suivi gynécologique dans un sondage BVA réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale en mai 2008.

¹⁰⁷ 26 % des consultations médicales à Autres Regards, 23% des demandes à Cabiria, 22 % des demandes au Bus des femmes 20 % des accompagnements santé de l'Amicale du Nid Paris.

3. DES REPONSES ASSOCIATIVES PERTINENTES DANS UN CADRE INSTITUTIONNEL QUI MANQUE DE COHERENCE

3.1. *Des interventions des associations centrées sur les besoins spécifiques des personnes qui se prostituent*

Diverses structures sont susceptibles d'accueillir les personnes qui se prostituent et de prendre en compte leurs besoins de santé : médecine de ville, établissements hospitaliers PASS, structures spécifiquement dédiées à la santé sexuelle et reproductive telles que les CDAG, CIDISST, CPEF, interventions associatives (par ex MDM) auprès de publics vulnérables, précaires, étrangers...

Leur caractère de droit commun s'oppose à un repérage systématique des publics qui se prostituent sauf à ce que les personnes se déclarent elles-mêmes comme telles. Il est de ce fait impossible d'identifier la part des personnes qui se prostituent dans leur file active et la place qu'elles occupent dans leur activité. Là où des évaluations ont été tentées, celle-ci apparaît faible voire très faible (cf. CDAG de Toulouse). Diverses raisons peuvent l'expliquer : des horaires inadaptés, une absence de droits ouverts... Surtout, accéder à ces services nécessite une démarche « proactive » de la part de publics qui n'y sont pas spontanément portés.

Ce constat fonde l'intérêt et l'importance d'interventions spécifiquement conçues et dédiées à ces publics qui vont à leur rencontre et jouent en quelque sorte un rôle de « sas » pour leur permettre d'accéder aux structures de droit commun.

3.1.1. **La réduction des risques, un mode d'entrée en contact avec les personnes qui se prostituent**

Considérant à la fois la plus grande vulnérabilité de ces personnes et leur réticence globale à faire des démarches pour améliorer leur situation (emprise du milieu, crainte des institutions, barrière de la langue, méconnaissance du dispositif de soins, contraintes liées à l'hétérogénéité des situations et des populations, turn-over important¹⁰⁸, mode de vie décalé et souvent dominé par le court terme), l'entrée sanitaire est considérée par la plupart des associations comme étant l'approche plus pertinente, et notamment celle dite de réduction des risques qui vise en premier lieu à pallier les besoins immédiats des personnes qui se prostituent en terme de prévention et de soins. En outre, cette démarche peut s'appliquer à toutes les formes de prostitution. Le modèle de ce point de vue peut être rapproché de celui qui a prévalu avec succès en matière d'usage de drogues.

Historiquement la prévention des risques sexuels a longtemps été le principal mode de prise en compte des populations qui se prostituent avec une approche hygiéniste fondée sur une logique de santé publique. Cette logique de santé publique reste présente – elle est d'ailleurs revendiquée par les personnes qui se prostituent elles-mêmes lorsqu'elles s'adressent à leur client pour les convaincre de la nécessité d'une protection, ou aux pouvoirs publics pour réclamer des financements appropriés.

Quelle que soit leur position idéologique (cf. ci-dessus), la plupart des intervenants considère qu'il faut partir de la situation objective des personnes et déployer une action de type « aller vers » complété par un accueil fixe « à bas seuil » qui s'appuie sur un travail avec elles (partir d'où elles sont et de ce qu'elles disent) sur la base d'une offre visant à prévenir les risques liées à leur activité. L'« aller vers » se pratique pour l'essentiel dans la rue mais des expériences récentes visent à transposer cette approche pour entrer en contact avec les personnes qui se prostituent sur Internet.

¹⁰⁸ Plusieurs études étrangères pointent le turn over des personnes comme obstacle à l'accès aux soins. Ce turn over est, également observé en France par les acteurs associatifs où le renouvellement des files actives serait compris entre 20 et 40% chaque année (parmi les raisons évoquées par les associations, on retrouve les changements fréquents de lieu de résidence du fait des conditions d'hébergement précaires ou les modes de fonctionnement des réseaux, la sortie de la prostitution). Ce turn over ne facilite pas le travail des associations pour créer un lien de confiance et accompagner les personnes dans la durée, même s'il n'est pas exceptionnel de revoir certaines personnes quelques mois plus tard).

Portée par l'ensemble des associations de santé, et de plus en plus par les autres associations de réinsertion sociale, cette stratégie combine information sur les risques sexuels et intervention préventive (distribution de préservatifs, gel, brochures, TROD, accompagnement aux urgences..) sur le lieu d'exercice des personnes qui se prostituent dans un contexte d'écoute et d'échange au plus près de leurs besoins.

3.1.2. La démarche de l'« aller vers »

Cette démarche constitue souvent le préalable du travail de proximité. Il s'agit de se porter à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité prostitutionnelle, généralement avec une unité mobile (une camionnette ou un bus¹⁰⁹) qui permet de les accueillir (temps de pause et d'échange autour d'une boisson chaude et de biscuits) et/ou dans le cadre de maraudes pédestres¹¹⁰. Ces tournées s'effectuent de manière régulière tout au long de l'année et reposent sur des équipes composées selon les cas, de personnels de santé¹¹¹, de travailleurs sociaux, d'animateurs de prévention, de personnes issues de la communauté pour faciliter les interfaces culturelles et linguistiques¹¹².

Dans le meilleur des cas, le nombre de tournées hebdomadaires varie entre une et trois, chaque tournée couvrant des territoires différents selon des horaires de passages adaptés aux heures de présence des personnes, une même tournée incluant souvent plusieurs étapes. La régularité du parcours et la fixité des horaires sont une condition nécessaire pour fidéliser ces publics. La mission qui a participé à plusieurs de ces tournées a pu constater qu'elles étaient très attendues par les personnes qui se prostituent.

Pour les associations de santé et certaines associations de réinsertion¹¹³, les objectifs opérationnels immédiats sont de favoriser des comportements à moindres risques dans les pratiques prostitutionnelles et des démarches de soins à travers une information sur les risques (IST/VIH, hépatites, violences) et une distribution de matériel de prévention (incluant au minimum préservatifs et gels, mais pouvant également comporter s'agissant des associations de santé, des éponges, des digues dentaires, des lingettes désinfectantes...).

Pour être opérante, cette approche suppose en plus de s'inscrire dans un discours global et pragmatique sur la réduction des risques, un travail d'écoute sans jugement eu égard notamment à la méfiance des personnes.

¹⁰⁹ C'est le cas des associations de santé communautaires (Bus des Femmes, Entr'actes, Grisélidis, Cabiria, Autres regards) et non communautaires (MDM Paris et Nantes) et de certaines associations de réinsertion sociale (Bus Intermède Amical du Nid Paris, bus ALC Nice).

¹¹⁰ Parfois pratiquées par les associations de santé en complément de l'unité mobile, les tournées à pied, sont le mode d'intervention exclusif du Mouvement du Nid et de certaines délégations de l'Amicale du Nid.

¹¹¹ Infirmière le plus souvent, mais parfois aussi médecin ou psychologue (Lotus Bus MDM). Le programme Intermède de l'Amicale Du Nid Paris ainsi que l'Amicale Du Nid Lyon et Grenoble s'appuient sur une équipe mixte infirmière-travailleur social.

¹¹² Médiateur culturel ou paire éducatrice (la présence dans l'équipe d'une personne ayant une expérience de la prostitution étant jugé indispensable par les associations communautaires pour créer de la confiance, permettre une appropriation des informations et un décodage des dispositifs, favoriser l'autonomie). Selon le réseau TAMPEP, l'éducation par les paires serait très adaptée à ce type de population très mobile.

¹¹³ ALC Nice, Amicale du Nid Paris, Amicale du Nid Toulouse, Amicale du Nid Lyon et Grenoble notamment.

L'espace du véhicule permet aux personnes de faire connaissance, de nouer des liens de confiance et d'échanger dans un cadre convivial sur les sujets plus larges incluant les droits à la santé et les services existants, les droits sociaux. A cette occasion, d'autres questions peuvent être abordées¹¹⁴, notamment d'ordre sanitaire (dépistage, avec parfois offre de TROD et de vaccinations par certaines associations de santé, problèmes gynécologiques, suivi de grossesse, IVG, autres problèmes de santé)¹¹⁵ et social (logement, papiers, scolarisation des enfants), suivies le cas échéant, d'une orientation vers une structure partenaire¹¹⁶ ou le local de l'association si la demande nécessite un entretien plus approfondi, de type sociale ou psychologique, ou une consultation médicale dans les associations de santé.

Si les approches de réduction des risques développées par les associations de santé et par certaines associations de réinsertion sociale semblent converger, on observe toutefois des façons spécifiques de se positionner par rapport à l'activité prostitutionnelle. Outre d'associer les personnes qui se prostituent dans la mise en place des actions de santé et de médiation¹¹⁷, les associations de santé cherchent à donner aux personnes qu'elles rencontrent les moyens d'exercer leur activité dans les conditions les moins dommageables pour elles-mêmes et d'acquérir une autonomie (« empowerment ») sans chercher à mettre en question leur choix de vie¹¹⁸. Pour les associations de réinsertion, la réduction des dommages ne peut être dissociée de la question de l'activité prostitutionnelle, l'objectif affiché étant d'inviter les personnes à s'interroger sur le sens de cette activité en leur proposant une alternative à la prostitution dans le respect de leur choix¹¹⁹.

3.1.3. L'accueil au local

Les associations pratiquant l'« aller vers » rayonnent à partir d'un local offrant aux personnes rencontrés sur le terrain ou se présentant spontanément des services individuels et des activités collectives. Outre un temps de pause et une aide à la vie quotidienne (colis alimentaire, prise de repas,...), le passage au local est l'occasion de rencontrer les professionnels des structures dans le cadre d'entretiens confidentiels (éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, personnels soignants dans les associations de santé et dans certaines associations de réinsertion sociale), un accompagnement dans leurs démarches d'accès aux droits (CMU, AME,) et aux soins (suivis individuels des personnes malades, accompagnement et coordination du parcours de soin), ainsi que, s'agissant des associations de santé, des consultations médicales gratuites et des activités de prévention animée par une infirmière (distribution outils de prévention, incitation au dépistage VIH et autres IST, travail autour de l'observance des traitements et de l'éducation thérapeutique)¹²⁰. A noter que certaines délégations de l'amicale du Nid proposent depuis 2011 des réalisations de TROD dans leurs locaux (Amical Du Nid Paris).

Quelques associations proposent également des consultations de psychologues (Amicale du Nid Paris, MDM, Autres Regards, Cabiria, ALC Nice notamment) et des permanences téléphoniques pour orienter les personnes en situation d'urgence (agression, accident d'exposition sexuelle et/ou sanguine, urgence sanitaire ou sociale).

¹¹⁴ Le logement et les questions de situations administratives semblent assez souvent abordés. Des échanges d'information sur les clients potentiellement dangereux sont aussi fréquents.

¹¹⁵ Les autres objectifs en matière de santé étant de renforcer l'information autour du suivi gynécologique et de la contraception, de sensibiliser à la vaccination, de favoriser le dépistage, de favoriser l'accès aux droits.

¹¹⁶ S'agissant de la santé, il peut s'agir d'orientations immédiates vers les urgences hospitalières ou d'orientations différées vers l'hôpital pour dépistage ou problèmes gynécologiques, notamment.

¹¹⁷ Cette présence sur le terrain permet à certaines associations de faire de la médiation entre les occupants des quartiers et les personnes qui se prostituent autour des questions de nuisances (bruits, violences,...).

¹¹⁸ Cabiria définit l'empowerment comme la « mobilisation des capacités des personnes à prendre ou reprendre du pouvoir sur son existence » en reconnaissant leurs compétences et capacités.

¹¹⁹ Les associations communautaires aident aussi les personnes le souhaitant à changer d'activité.

¹²⁰ Certaines associations interviennent également en prison (Amicale du Nid Paris, Autres Regards).

De manière plus générale, pour tout ce qui a trait à la santé et aux droits qui y donnent accès, ces associations s'appuient sur un réseau de partenaires¹²¹, certaines associations abritant des permanences de CPAM (Bus des femmes, Amical Du Nid Paris). Si elles existent, les collaborations entre associations de santé et de réinsertion sociale ne semblent pas fréquentes.

Le local constitue aussi un espace favorisant les échanges collectifs sur la santé. A cet égard, les associations communautaires proposent des ateliers et focus-groups de partage d'expérience en santé sur des thèmes incluant le VIH et les IST, le traitement post-exposition, les hépatites, la contraception, l'IVG, la santé sexuelle, l'accès aux droits, les violences, les questions d'hygiène corporelle et alimentaire en présence de paires éducatrices dans une perspective d'empowerment. Des ateliers collectifs sur la prévention du VIH et des IST, des groupes de paroles sur l'accompagnement des personnes séropositives et les personnes trans, sur les CDAG/CPEF et sur la santé sexuelle sont également proposés par les délégations de l'Amicale du Nid.

En plus de ces ateliers, certaines associations organisent régulièrement des moments de convivialité pour susciter des dynamiques d'échanges et de solidarité entre les personnes des liens de solidarité (ateliers de cuisine avec repas communautaire, sorties, atelier culturel, « goûter santé »).

3.1.4. Des tentatives pour toucher les formes de prostitution « indoor »

Difficile à quantifier, cette dimension de la prostitution semble amenée à se développer¹²², ce qui justifie pour la plupart des interlocuteurs de la mission, d'y consacrer un effort au regard des risques qui y sont potentiellement attachés. A côté de la prostitution de rue, les associations de santé cherchent donc à toucher les personnes travaillant en intérieur, via des brochures et des sites internet dédiés parfois de manière plus proactive en essayant d'établir un contact direct (invitation à échanger sur le site portail de l'association, maraude internet, intervention sur des forums de discussion¹²³, email¹²⁴ ou websites).

Grisélidis propose sur son site plusieurs rubriques destinées à sensibiliser les personnes qui se prostituent aux questions de santé sexuelles, d'usage de drogues et de violences. Un onglet est spécifiquement dédié aux personnes trans, il contient des brochures téléchargeables visant à réduire les risques sanitaires et les stigmatisations auxquels ces personnes sont exposées, et à améliorer leur prise en charge médicale. Un onglet s'adresse enfin aux clients (« Cher Client », brochure remise sur le terrain sous forme papier et téléchargeable sur le site visant à sensibiliser les clients à la réduction des risques sanitaires et des violences).

Grisélidis a également mis en place un programme Indoor avec une « Escort girl » dont le principe est de faire de la maraude sur internet, de former les personnes qui se prostituent (prévention, sécurité, soins), de créer des liens entre elles et les associations, et de relayer les alertes concernant les clients violents. Pour approfondir à la fois la connaissance des personnes qui se prostituent exerçant sur internet et proposer une méthodologie d'approche adaptée à ce public, Grisélidis mène actuellement d'une recherche-action sur les modalités de prostitution sur Internet soutenue par la Direction générale de la santé (DGS).

¹²¹ Des orientations avec accompagnement sont proposées aux personnes développant des problèmes de santé spécifiques et des pathologies chroniques (hôpital, CAARRUD, CMP, CDAG-CIDDIST...)

¹²² D'après le réseau TAMPEP, un transfert aurait été observé du milieu de la prostitution de rue vers le milieu indoor entre 2003 et 2008.

¹²³ Veille d'information sur les forums spécialisés et intervention dans les discussions quand celles-ci abordent les IST, le VIH, les violences et les droits, afin d'augmenter le niveau de connaissances des personnes concernées et de sensibiliser les clients.

¹²⁴ Prise de contact sur Internet et au téléphone en vue de proposer une information et orientation vers les lieux appropriés (associations,...) voire des entretiens virtuels ou téléphoniques en différé, tournées virtuelles hebdomadaires auprès des personnes ayant déposé des annonces ou mis en ligne des blogs personnels.

Encadré 13 : Recherche action menée par l'association Grisélidis

Il s'agit d'une recherche action (« lutte contre le VIH-SIDA et les IST avec les femmes proposant des services sexuels tarifés via internet et avec leurs clients ») financée par la DGS dans le cadre de l'appel à projets 2011 portant sur « la prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes ». L'objectif est d'élaborer un référentiel de formation pour une meilleure prise en charge des problématiques VIH et hépatites chez les personnes qui se prostituent via internet. Le projet est mené en coopération avec l'INPES et à l'adresse des associations et professionnels susceptibles de travailler avec ces publics.

La recherche allie recension documentaire de l'existant, prises de contacts avec les publics concernés (femmes qui se prostituent et leurs clients), prises de contacts et rencontres des personnes ressources (professionnels sanitaires et sociales, associations partenaires, patrons d'agence), entretiens sociologiques auprès des publics cibles.

L'action a démarré en janvier 2012 et s'achèvera en avril 2013. Les premières tendances qui doivent être confirmées suggèrent que les femmes qui se prostituent par internet pourraient être exposées à des violences et au VIH-Sida de façon importante (voire plus que dans la rue). Difficiles d'accès, ces femmes ne se reconnaîtraient pas dans l'image de la prostituée, certaines mêlant sexualité tarifée et sexualité privée. Par ailleurs l'organisation des clients sous forme de systèmes de notation des prestations sur internet engendrerait une réelle mise en concurrence des escortes entre elles, avec une forte demande de rapports non protégés ou de prestations augmentant les risques que certaines pourraient accepter.

Source : Mission Igas d'après documents transmis par la DGS

L'association Cabiria propose sur son portail d'accueil des rubriques sur la réduction des risques sexuels et liés aux drogues et un renvoi sur son action de santé communautaire « Prostboyz » destinés aux « hommes travailleurs du sexe exerçant sur les lieux de rencontres gays et sur Internet afin d'améliorer leur accès à la prévention, aux soins, aux droits sociaux ».

Sur sa page d'accueil, l'association Entr'actes s'adresse aux clients en renvoyant sur les campagnes faite à leur intention.

L'association Autres Regards anime un blog « Sex In Blog » permettant de maintenir le lien avec les personnes et d'assurer de l'information grâce à des messages de prévention et de réduction des risques. L'association contacte également les personnes qui passent des annonces via des sites internet (spécialisés dans l'escorting ou plus généralistes) ou sur le journal de la Provence. Le but de ces contacts (téléphoniques ou par emails) est de pouvoir présenter l'association, le projet, les services proposés et ensuite de pouvoir engager une conversation sur la santé et la prévention et de donner des informations et conseils aux personnes. Des tournées ont également été menées entre avril et septembre, le soir dans plusieurs bars différents à chaque tournée.

Encadré 14 : autres exemples d'actions Indoor

L'association MDM Nantes a mené une action auprès des personnes postant des annonces sur internet de 2009 à 2010 en utilisant essentiellement le téléphone. Les discussions concernaient les pratiques sexuelles, le VIH, les IST, les ruptures de préservatifs, les hépatites, les questions de sécurité et le matériel de réduction des risques. La souffrance psychologique, la fatigue et la dépendance étaient les problèmes de santé le plus souvent repérés ou exprimés. Parfois vécu comme intrusif, ce mode de contact téléphonique s'est avéré difficile et l'action a finalement été abandonnée. L'association MDM Nantes reste cependant convaincue qu'il y a nécessité de mieux connaître et explorer les besoins des personnes travaillant en indoor et compte monter une action en 2012 dans les bars à hôtesses.

Enfin, l'association ALC de Nice mène également des actions Indoor (445 personnes contactées via 5 sites différents en 2011, essentiellement des femmes, surtout françaises mais avec une augmentation récente du nombre de personnes étrangères). Généralement isolées, ces personnes auraient tendances à penser qu'elles n'ont pas besoin d'information de santé alors que des échanges sur les forums qu'elles fréquentent montreraient des lacunes en termes de prévention et d'accès aux soins.

Source : Mission Igas d'après documents remis par les associations MDM Nantes et ALC Nice

3.2. Des autorités publiques qui peinent à dégager un cadre cohérent

3.2.1. Une action publique rendue difficile par la diversité des situations des personnes qui se prostituent

L'hétérogénéité des populations en termes de genres (femmes, hommes, trans), d'origine géographique (différences culturelles entre prostitution exercée par des personnes issues d'Europe de l'est et d'Afrique), de modes d'exercice (rue, indoor) et de positionnement des intéressés par rapport à leur activité (activité assumée, activité subie, activité qui ne dit pas son nom, ...) ainsi que le manque de données fines sur les besoins des personnes qui se prostituent compliquent l'action publique.

Malgré la conscience qu'ont les différents acteurs du caractère multiforme de la prostitution, il est difficile de lutter contre la tendance à toujours revenir vers une approche globalisante et simplificatrice qui tend à assimiler les personnes à l'activité prostitutionnelle qu'elles exercent et à les regrouper en une population unique dont le seul point commun réside précisément dans l'exercice de cette activité.

Ainsi le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 recense les différentes formes de prostitution, souligne leur caractère pluriel et évolutif, se fixe pour objectif de mieux les connaître et de mieux y répondre. Pourtant il continue de se référer à « la population » des personnes se prostituant même s'il en souligne l'hétérogénéité.

Mais l'approche « populationnelle » qui caractérise souvent les politiques publiques ne semble pas la plus pertinente pour aborder les phénomènes prostitutionnels.

3.2.2. Les préoccupations de santé qui entrent en conflit avec d'autres objectifs politiques

L'activité prostitutionnelle peut être appréhendée sous divers angles qui relèvent de politiques publiques distinctes : lutte contre la traite et le proxénétisme, sécurité publique, immigration, santé, protection sociale, lutte contre la précarité et l'exclusion, insertion professionnelle et sociale... Le rapport parlementaire d'information déposé en avril 2011¹²⁵ met en évidence la multiplicité des objectifs et leur caractère parfois contradictoire.

Du point de vue des objectifs de santé, on note des difficultés d'articulation voire des conflits potentiels avec :

¹²⁵ Prostitution, l'exigence de responsabilité. En finir avec le mythe du « plus vieux métier du monde » Rapport d'information n° 3334.

- les objectifs de sécurité publique (Cf. rapport CNS ; difficultés confirmées par l'enquête IGAS ; la plupart des interlocuteurs rencontrés, par delà leurs divergences s'accordent à dénoncer les effets pervers de la loi sur la sécurité intérieure votée en 2003 et des mesures prises par certaines municipalités au titre de la tranquillité publique) ;
- les objectifs de contrôle de l'immigration et de lutte contre l'immigration illégale : problème de la gestion des droits au séjour et de leurs effets sur l'accès à la protection sociale et aux soins, question aussi des étrangers malades ;
- les objectifs gestionnaires des organismes de protection sociale et des établissements hospitaliers : AME, politique de facturation, ...ainsi les établissements du service public hospitalier sont soumis à une obligation d'accueil et de soins fixée par l'article L 6112-2 du code de la santé publique, qui permet aux patients de recevoir les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état. Lorsque l'état du patient le nécessite les soins nécessaires doivent lui être apportés immédiatement alors même qu'ils ne sont pas en situation de justifier de leur prise en charge financière des frais par un système de protection sociale ou d'assurance. Les établissements sont ainsi amenés à aider les patients concernés à faire les démarches nécessaires pour s'assurer une couverture sociale permettant la prise en charge financière des frais. Le plus souvent ce sont les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui aident à la constitution des dossiers et orientent vers le dispositif adapté : soins urgents, aide médicale de l'Etat ou CMU.

3.3. Des contradictions dans la sphère sanitaire et sociale elle-même

La santé des personnes qui se prostituent n'est régie par aucun texte particulier ni ne peut l'être. En effet l'article 6 de la Convention internationale du 2 décembre 1949¹²⁶ interdit de prendre des réglementations spécifiques qui marginaliseraient et contrarieraient l'insertion de ces personnes. En ratifiant cette convention, la France a supprimé, par l'ordonnance du 25 novembre 1960, le contrôle sanitaire et social des personnes se prostituant qui avait été maintenu en 1946.

Ce cadre général n'interdit pas de prendre en compte dans l'organisation de la prévention et de l'offre de soins, les risques et besoins spécifiques des groupes de population concernés. On constate que dans la période récente les pouvoirs publics ne se sont intéressés à la prostitution sous l'angle sanitaire que parce qu'elle apparaissait comme un vecteur possible de transmission et de propagation du VIH-Sida¹²⁷.

3.3.1. Une logique d'intervention que contredit l'organisation institutionnelle

3.3.1.1. Une intégration de type « mainstreaming »

Compte tenu de la pluralité des situations, des profils et des problèmes (cf. ci-dessus), une approche populationnelle fondée sur le critère prostitution serait sans doute illusoire et peu opérante. Dans les faits on constate que le traitement actuel de cette problématique relève plutôt d'une démarche dite de « *mainstreaming* », consistant à introduire la préoccupation de l'activité prostitutionnelle de façon transversale dans les divers champs concernés. Les populations qui se prostituent peuvent en effet justifier une prise en compte spécifique voire un traitement prioritaire dans le cadre de certaines politiques ou mesures. C'est le cas notamment dans le cadre du plan VIH ou dans le plan sur les violences faites aux femmes. La mise en œuvre sur le terrain reprend ce type d'approche.

Cette logique n'est pas dépourvue de pertinence. Une politique publique de la prostitution en tant que telle ne s'impose pas nécessairement. Mais cette approche supposerait une démarche de pilotage et de coordination qui fait actuellement défaut.

¹²⁶ Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 317 (IV) du 2 décembre 1949.

¹²⁷ Ce constat effectué dans un rapport parlementaire de 2000 (Les politiques publiques et la prostitution. Rapport d'information sur l'activité de la délégation du Sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes pour l'année 2000) reste assez largement valable aujourd'hui.

3.3.1.2. Un rattachement institutionnel au service des droits des femmes

Au niveau de l'administration centrale le « dossier » prostitution dans son ensemble est administrativement rattaché au service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE) lui-même intégré dans la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) qui est une des directions du ministère des affaires sociales et de la santé. Depuis la mise en place d'un ministère des droits des femmes ce service est également placé sous son autorité¹²⁸.

Ce rattachement n'est pas totalement en cohérence avec l'approche de *mainstreaming* qui prévaut par ailleurs et ne va pas sans poser un certain nombre de questions :

- en termes d'affichage politique, la problématique prostitutionnelle est traitée comme un sous ensemble de celle relative aux droits des femmes. Cette position est cohérente avec une vision de la prostitution comme résultante de la domination masculine et comme violence intrinsèque faite aux femmes. Cette vision bénéficie actuellement d'un fort soutien dans les organisations féministes mais reste vivement débattue et ne fait pas consensus, notamment pour ce qui concerne le volet violence ;
- En termes pratiques, ce rattachement administratif peut rendre difficile certains types d'intervention. La plupart des actions générales en matière de prostitution peuvent du fait de la forte féminisation des populations qui se prostituent être financées au titre des « droits des femmes » même si elles incluent d'autres publics, lesquels sont en quelque sorte, aux dires des services eux-mêmes, « noyés dans la masse ». Mais comme cela a été confirmé à la mission sur le terrain, il pourrait en revanche s'avérer difficile de trouver un support adéquat pour soutenir un projet qui serait par exemple spécifiquement ciblé sur la prostitution masculine ;

Il est de ce fait contesté par certaines associations qui mènent des actions de santé en direction des personnes qui se prostituent sans s'inscrire dans une approche de genre.

3.3.2. Deux modes d'intervention parallèles

Il faut d'abord rappeler que les personnes qui se prostituent sont, en fonction de leur profil et de leur problématique individuelle, éligibles à diverses politiques et mesures mises en place dans le domaine sanitaire et social. L'importance parmi elles de la population d'origine étrangère sans titre de séjour fait qu'elles sont plus particulièrement concernées par les dispositifs mis en place pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité comme les permanences d'accès aux soins de santé.

Comme tout autre public, elles ont accès aux centres de planification familiale pour les questions liées à la contraception ou à l'IVG, ainsi qu'aux CDAG et CIDDIST pour la prévention et le dépistage des IST.

Elles peuvent aussi, lorsqu'elles sont d'origine étrangère et ne maîtrisent pas ou mal la langue française, bénéficier des services d'interprétariat mis en place pour faciliter les consultations dans ces structures, dans les centres de santé et les établissements hospitaliers¹²⁹.

De la même façon, elles peuvent être éligibles aux programmes de formation professionnelle et d'aide à l'emploi ou d'aide au logement, si elles remplissent les conditions de droit commun pour y accéder.

¹²⁸ Décret n° 2012-778 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre des droits des femmes.

¹²⁹ La DGS a conclu une convention avec l'association ISM Interprétariat. L'objectif est de faciliter l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des personnes migrantes ayant une mauvaise maîtrise de la langue française en proposant des prestations d'interprétariat aux professionnels des structures de prévention et de soins concernées par la lutte contre le VIH/Sida, les IST, les hépatites et la lutte contre la tuberculose.

Mais comme le fait remarquer la mission d'information parlementaire « les politiques sociales, souvent généralistes, ne prennent pas en compte les spécificités des personnes qui se prostituent (...) qui bénéficient, au plan théorique, des mêmes droits sociaux que le reste de la population (...) mais dans les faits connaissent des difficultés particulières d'accès aux droits et aux soins ».

C'est pourquoi ont été mises en place, dans le cadre des politiques existantes, des possibilités d'actions ciblées en fonction de problématiques spécifiques à l'activité prostitutionnelle ou destinées aux personnes qui l'exercent.

Ces actions passent essentiellement par deux voies distinctes qui apparaissent en théorie complémentaires mais qui dans les faits sont gérées en parallèle et convergent rarement.

3.3.2.1. Les programmes d'action sociale

Gérées au niveau national par le service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE) et au niveau déconcentré par les déléguées départementales et régionales aux droits des femmes et à l'égalité, les « actions en faveur des personnes qui se prostituent ou en situation de risque », inscrites jusqu'en 2011 au titre des actions de lutte contre l'exclusion, sont aujourd'hui prises en compte au titre de l'égalité entre les hommes et les femmes.

Leur financement a en effet été transféré du budget opérationnel de programme n° 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » au BOP n° 137 « égalité entre les hommes et les femmes » où il figure sous l'action 12 intitulée « Promotion des droits, prévention et lutte contre les violences sexistes ».

En 2011 les crédits consommés à ce titre représentaient 2 278 950 € dont 331 274 € attribués au niveau national et 1 947 676 € au niveau des services déconcentrés.

La répartition des subventions attribuées au niveau national a peu varié au cours des 5 dernières années. 4 associations « tête de réseau » en bénéficient¹³⁰, qui s'inscrivent toutes dans la mouvance abolitionniste :

- ALC-Nice se voit attribuer plus de la moitié du budget distribué au niveau national en raison de son rôle spécifique d'animation sur l'ensemble du territoire du programme ACSE qui assure l'accueil, l'hébergement et la protection des victimes de la traite, du proxénétisme, de l'esclavage domestique ou menacées de mariage forcé ;
- Le Mouvement du Nid, l'Amicale du Nid et le Comité contre l'esclavage moderne se répartissent le restant du budget.

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu du contenu des contrats pluriannuels d'objectifs signés entre le SDFE et les organisations précitées pour la période 2009-2011. A noter que seuls le Mouvement du Nid et l'Amicale du Nid ont un objet social et une activité entièrement tournés vers la prostitution. Les crédits sont donc susceptibles de venir financer des actions destinées à lutter contre la traite des êtres humains de façon générale, et ne concernent pas les seules situations de prostitution.

¹³⁰ La subvention auparavant versée à une cinquième association, le Cri, n'ayant pas été reconduite.

Tableau 2 : Contenu des contrats pluriannuels d'objectifs 2009-2011

Organisme	Objet social ¹³¹	Objet de la subvention
Amicale du Nid	Proposer des ouvertures alternatives aux personnes ayant une conduite prostitutionnelle, dans le respect de leur choix	Prévention et repérage des risques prostitutionnels auprès des jeunes. Formation dans cette perspective de 10 salariés de l'association et mise en œuvre pour toucher 500 jeunes chaque année
Mouvement du Nid	Mise en mouvement de personnes connaissant ou ayant connu la prostitution et avec et à partir d'elles d'autres personnes ayant connu ou non l'exclusion	4 actions : -responsabilisation des clients et meilleure connaissance du système prostitutionnel - formation des acteurs sociaux et recueil des données sur la situation des personnes qui se prostituent pour améliorer leur accueil et accompagnement -développement d'outils de communication pour la prévention auprès des jeunes (BD.) -animation et coordination des délégations locales
Comité contre l'esclavage moderne	Défendre les personnes asservies, objets de mauvais traitement, de violences sexuelles, de torture ou barbarie	Poursuite de l'aide aux jeunes femmes victimes d'esclavage domestique pour leur faciliter l'accès aux droits et la réinsertion : -assistance juridique -accompagnement socio-éducatif
ALC –Association d'accompagnement lieux d'accueil carrefour éducatif et social	Accueil des personnes en situation de rupture, exclues ou en voie d'exclusion : mineurs, familles, personnes isolées, étrangères, prostituées	Accueil, hébergement et protection des victimes de la traite, du proxénétisme, de l'esclavage domestique ou menacées de mariage forcé : -coordination du dispositif d'accueil sécurisant (Ac-Sé) permettant leur mise à l'abri -pôle ressource pour les acteurs sociaux confrontés à ces problèmes

Source : Mission IGAS- exploitation des CPO 2009-2011

3.3.2.2. Les programmes sanitaires

Gérées au niveau national par la Direction générale de la santé (DGS) et au niveau régional par les agences régionales de santé (ARS), les actions menées en direction des personnes qui se prostituent s'inscrivent pour l'essentiel dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles. Les personnes qui se prostituent font partie des publics prioritaires prévus par le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST et leur prise en compte fait l'objet d'un volet spécifique de ce Plan.

¹³¹ Tel qu'énoncé dans le contrat pluriannuel d'objectifs.

Les actions en direction des personnes qui se prostituent sont financées sur le programme 204 « prévention et sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission ministérielle santé. Pour l'essentiel elles sont imputées au titre de l'action 13 « prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins » (sous action 13.1 « VIH/SIDA/Hépatites). Les conventions passées entre la DGS et les associations nationales qui déploient de telles actions font référence à l'article L 3121-1 du Code de la santé publique et aux objectifs n° 36 et 37 de la loi de santé publique du 9 août 2004¹³² qui concernent respectivement l'infection par le VIH/SIDA (objectif 36) et les hépatites (objectif 37).

Toutefois peuvent également être mobilisés, toujours sous le programme 204, des crédits relatifs à l'action 12 « accès à la santé et éducation à la santé », sous action 12.2 « santé des populations en difficulté » et à l'action 14 « prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » sous l'action 14.3 « pratiques addictives et à risques ». C'est le cas pour la convention passée entre la DGS et Médecins du monde.

Selon les informations recueillies auprès de la Direction Générale de la santé (DGS), 5 associations font l'objet d'une convention au niveau national prévoyant des actions en direction des personnes qui se prostituent.

La DGS a lancé le 24 juin 2011 un appel à projets sur le thème de la prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes. Suite à cet appel d'offres, deux conventions ont été signées qui portent spécifiquement sur le champ de la prostitution, avec les associations de santé communautaire Grisélidis et Cabiria.

Tableau 3 : appel à projet de la DGS signé dans le champ de la prostitution

Organisme	Objet de la subvention
GRISELIDIS	Réaliser une recherche-action sur les modalités de prostitution sur Internet pour élaborer des approches préventives adaptées à ce média.
CABIRIA	Amélioration de l'accessibilité des documents de prévention adaptés aux femmes prostituées par leur recensement et mise à disposition

Source : Documents remis par la DGS

Ces deux associations bénéficient également de financements attribués par l'INPES pour leurs projets en direction des personnes qui se prostituent dans le cadre de conventions pluriannuelles « santé sexuelle, prévention du VIH et des IST » 2011-2013.

D'autres actions sont financièrement soutenues par la DGS dont peuvent bénéficier des personnes qui se prostituent, même si ces actions s'inscrivent dans un contexte plus général en termes de publics visés ou d'actions menées.

La convention pluriannuelle 2010-2013 conclue avec l'association Médecins du Monde porte sur un ensemble de projets qui relèvent des actions 12, 13 et 14 du programme 204, ci-dessus définies. Elle vise un large public dont le point commun est d'être en situation de vulnérabilité, avec un accent mis sur la population étrangère/migrante. Les personnes qui se prostituent sont explicitement mentionnées parmi les publics prioritaires et font l'objet de deux initiatives qui leur sont spécifiquement dédiées sous forme de missions mobiles à Paris (le Lotus Bus) et à Nantes (le Funambus).

Les conventions pluriannuelles conclues avec les associations AIDES et ARCAT visent la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales B et C. Elles peuvent à ce titre concourir à des actions en direction des personnes qui se prostituent, même si celles-ci ne sont pas explicitement mentionnées.

¹³² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

3.3.3. Une absence de complémentarité entre sanitaire et social

L'examen des actions financées au niveau national dessine une ligne de partage assez nette entre deux logiques et deux types d'intervenants qui poursuivent des objectifs distincts :

- un objectif de résorption de l'activité prostitutionnelle : il s'agit avant tout de prévenir les entrées dans la prostitution et d'en promouvoir les sorties. La poursuite de cet objectif passe par des actions de communication, de prévention, d'aide aux personnes qui se prostituent pour trouver des alternatives à l'activité prostitutionnelle. Les actions menées en direction des personnes peuvent nécessiter un accompagnement de longue durée, certaines d'entre elles ayant besoin d'une aide psychologique pour se reconstruire, devant résoudre des problèmes de santé parfois importants, et étant confrontées à de multiples obstacles pour accéder à la formation, à l'emploi et au logement et parvenir à se réinsérer dans les conditions de droit commun.
- un objectif de réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle : il s'agit avant tout d'améliorer le sort des personnes qui se prostituent, de limiter les répercussions défavorables de cette activité sur leur santé personnelle et son impact éventuel en termes de santé publique. Les actions menées visent à faciliter l'accès à la prévention et aux soins en tenant compte des conditions spécifiques de vie et d'activité de ces personnes, et à leur offrir un accompagnement social en tant que de besoin.

Cette ligne de partage recouvre assez largement celle précédemment décrite entre programmes d'action sociale et programmes sanitaires. Mais elle traduit également dans le domaine de la prostitution une vision profondément différente qu'ont les un(e)s et les autres des objectifs et des conditions d'une intervention publique dans ce domaine.

Dans les régions où s'est rendue la mission, on trouve toujours les deux courants représentés parmi les opérateurs associatifs. Ceux-ci sont généralement implantés dans la métropole régionale, épicerie de l'activité prostitutionnelle :

- l'Amicale du Nid et le Mouvement du Nid, d'un côté (ainsi qu'ALC à Nice)
- une ou plusieurs associations de santé communautaire (ou non) ayant une activité dédiée aux publics qui se prostituent telles que Grisélidis à Toulouse, Cabiria à Lyon, Autres regards à Marseille, Médecins du monde à Nantes et à Paris, Entr'actes à Lille,

Tous ces acteurs –auxquels il faudrait ajouter certaines initiatives développées à partir des structures hospitalières – développent des modes d'intervention similaires du type « aller vers » complété par un accueil fixe dans un local en ville. Ils se démarquent plus ou moins dans leur façon d'aborder les publics concernés et dans les prestations proposées. Les « abolitionnistes » privilégient généralement le dialogue et l'écoute alors que les associations de santé communautaire mettent l'accent sur la distribution de matériel de prévention comme moyen d'entrer en contact. Mais la différence d'inspiration n'est pas toujours aussi visible au niveau des interventions de terrain qui tendent parfois à converger : la mission a ainsi vu que les responsables locaux de l'Amicale du Nid pouvaient comme à Toulouse, à Paris, à Lyon ou à Grenoble organiser la fourniture de préservatifs et que les associations de santé communautaire pouvaient être très impliquées dans la réinsertion sociale et professionnelle notamment à travers la lutte contre la traite comme c'est par exemple le cas pour Médecins du monde à Nantes (cf aussi actions soutien, accompagnement, atelier du Bus des femmes, de Cabiria et de Grisélidis) .

Du côté des administrations, la mission a pu observer que la prise en compte du positionnement « philosophique » des opérateurs pouvait entrer en ligne de compte et tendait parfois à l'emporter dans les logiques d'attribution de crédits, sur l'examen des actions concrètes menées. Sans qu'il y ait apparemment d'instruction explicite en ce sens, les services de la cohésion sociale au niveau régional et départemental sont souvent réticents à financer des actions menées par des associations qui se réfèrent à la notion de « travail du sexe » alors qu'ils peuvent financer le même type d'action chez des opérateurs qui se réfèrent à un objectif de réinsertion sociale. Les acteurs associatifs ont généralement intégré cette donnée et se tournent préférentiellement vers l'un ou l'autre service en fonction de leurs orientations.

La coupure, que l'on observe très généralement et sur de nombreux sujets, entre administration sanitaire et sociale prend ici une importance particulière car elle reproduit et accentue un clivage de nature idéologique entre les intervenants, chaque service ayant ses « clients » et ses logiques d'intervention qui tendent à s'ignorer, voire à se combattre.

Indépendamment de toute prise de position sur les orientations politiques à privilégier en matière de prostitution, la mission a pu constater sur le terrain que toute action en direction des personnes professionnelles n'est envisageable à court terme que si l'activité prostitutionnelle a gravement dégradé la santé physique ou mentale de la personne. Inversement, il est illusoire de vouloir lutter contre les risques si l'environnement social et les conditions de vie de la personne ne lui permettent pas d'accéder à la prévention et aux soins.

Elle a pu également constater que les acteurs associatifs, conscients de la nécessité de prendre en compte la globalité des problèmes rencontrés par une personne, ont tendance à élargir leurs champs d'intervention qui tendent de ce fait parfois à se rejoindre. Ainsi les associations d'aide à la réinsertion vont-elles parfois intervenir dans la rue en proposant des matériels de prévention sanitaire. A l'inverse des associations de santé communautaire peuvent être amenées à accompagner des personnes dans un parcours de réinsertion. Ce recoupement peut entraîner des phénomènes de concurrence préjudiciables à la bonne utilisation des ressources mais aussi à la crédibilité des interventions et des intervenants auprès des publics concernés.

3.3.4. Des moyens en baisse, délégués au secteur associatif sans véritable pilotage

3.3.4.1. Une baisse importante des moyens

Au niveau des dépenses d'action sociale on note une très importante diminution du montant des crédits alloués sur les 5 dernières années à l'aide aux associations de prévention et de réinsertion qui interviennent en direction des personnes qui se prostituent. En 5 ans le montant des crédits dédiés à ces actions a été divisé par trois, passant de 6, 738 millions d'euros consommés en 2006 à 2, 215 millions d'euros consommés en 2011.

L'ampleur de cette réduction, qui va bien au-delà de l'effort budgétaire moyen observé sur la période contraste avec la priorité par ailleurs affichée à la réinsertion professionnelle et sociale des personnes concernées. Plusieurs rapports parlementaires successifs constatent comme le souligne celui remis en 2011 le « désengagement notable de l'Etat dans l'action sociale à destination des personnes qui se prostituent ».

Au niveau de la prévention sanitaire et de l'accès aux soins, s'il n'est pas possible d'individualiser au niveau national les montants consacrés spécifiquement à des interventions en direction des publics qui se prostituent, la mission a pu constater dans les régions où elle s'est rendue que la plupart des associations œuvrant dans ce domaine avaient subi une réduction plus ou moins importante des financements qui leur étaient attribués.

La raréfaction des crédits a des effets très concrets sur les actions de prévention surtout dans un contexte où l'évolution des conditions de la prostitution qui se traduit par une dispersion des lieux et une diversification des modes d'exercice, tend à accroître les besoins et les dépenses.

Par exemple en Rhône Alpes, on observe un déplacement de la prostitution de rue des centres villes vers les périphéries et l'investissement de nouveaux territoires éloignés (routes nationales, aires d'autoroutes), situation particulièrement prégnante pour les personnes lyonnaises se prostituant qui se déplacent vers les routes du Rhône et des départements limitrophes comme la Loire, l'Isère, l'Ain, voire de la Drôme. L'association Cabiria a été contrainte d'élargir son périmètre d'intervention ce qui a engendré des frais supplémentaires en termes de déplacement et, dans le contexte d'un budget en diminution, l'a conduite à réduire les tournées.

La diminution de la fréquence des passages sur les lieux de prostitution se traduit par des contacts de plus en plus distendus avec les personnes qui ne permettent guère d'aller au-delà des réponses de court terme pour engager des actions continues allant dans le sens recherché de l'insertion et de la réinsertion. Dans plusieurs cas examinés par la mission, l'espacement des « maraudes » aboutit pour un emplacement donné, à un passage tous les quinze jours. Si l'on considère que la personne concernée n'est pas nécessairement présente sur son emplacement au moment du passage, il peut facilement s'écouler une période d'un mois entre deux contacts. Un tel espacement n'est pas compatible avec l'engagement d'une démarche individuelle allant au-delà de la simple prévention ponctuelle des risques. Il s'agit à la limite d'un gaspillage de ressources.

3.3.4.2. Des crédits répartis de façon relativement aléatoire

Ayant renoncé à la gestion directe telle que prévue en 1960 dans le cadre des services de prévention et de réadaptation sociale, l'intervention publique passe par l'attribution de financements au secteur associatif.

Confrontés à la réduction des crédits disponibles, les services déconcentrés de l'Etat et les ARS tendent pour l'essentiel à reconduire les interventions antérieures, affectées d'un coefficient plus ou moins élevé de réduction.

Les politiques de subventionnement des associations sont mal définies et peu explicites.

Du côté social les responsables dans les services déconcentrés manifestent un certain désarroi. Pour respecter la ligne politique exprimée au niveau de leur administration centrale, certaines directions de la cohésion sociale hésitent ou se refusent à financer des actions menées par des opérateurs qui se réfèrent à la notion de « travail du sexe ». D'autres privilégient une position pragmatique, considérant avant tout la nature des actions menées et la nécessité de maintenir des actions en direction de publics en difficulté. La poursuite d'actions de terrain dont la nécessité est reconnue, combinée avec des cadres d'intervention inadaptés conduit parfois à des montages formels et acrobatiques : comme la constitution de CHRS sans H et sans S... autrement dit des actions financées au titre des centres d'hébergement et de réinsertion sociale bien qu'elles n'incluent ni hébergement ni réinsertion sociale ou le financement au titre de l'insertion professionnelle d'actions qui relèvent en fait plutôt de la santé.

Du côté des ARS les démarches de planification récentes se fondent rarement sur une approche « populationnelle » même si les populations qui se prostituent peuvent être explicitement mentionnées parmi les publics cibles ou prioritaires au titre notamment de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. La lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST demeure toutefois le principal vecteur des financements apportés aux associations qui interviennent auprès de personnes qui se prostituent, sur la base d'appels à projets spécifiques. Les responsables rencontrés dans les ARS sont bien conscients que ce fondement est de plus en plus décalé par rapport à la réalité des besoins et des actions concrètes menées auprès de ces publics qui répondent à des problématiques générales de santé dans le sens le plus large, incluant l'accès aux soins et aux droits.

Selon les configurations locales, les associations qui mènent des actions souvent de nature similaires en direction des personnes qui se prostituent peuvent :

- Soit bénéficier de financements conjoints au titre de la cohésion sociale-droits des femmes et au titre de la prévention sanitaire et de l'accès aux soins via les ARS, considérant l'interdépendance des objectifs et le caractère global des actions menées qui répondent souvent pour une situation individuelle donnée à une pluralité de problèmes ;
- Soit bénéficier à titre exclusif de l'un ou l'autre de ces financements en fonction de leur raison sociale et de leur mode d'intervention : financement par la cohésion sociale pour les associations dans la mouvance « abolitionniste » qui travaillent dans une perspective de lutte contre la prostitution, financement par l'ARS pour les associations de santé communautaire ou dans la mouvance « réglementariste » qui travaillent dans une perspective de réduction des risques.

Ce deuxième schéma de « partage des clientèles », a été majoritairement observé par la mission. Reproduisant le partage qui prévaut au niveau national, il correspond à une coupure croissante entre les versants sanitaires et sociaux d'une même réalité. Il n'exclut pas la situation où aucune source de financement ne peut être mobilisée d'un côté ou de l'autre. La contribution des collectivités locales – municipalités, conseils généraux - peut constituer une autre source de financement.

De façon générale les restrictions des budgets publics contraignent les opérateurs associatifs à démarcher un nombre croissant de financeurs potentiels pour des montants individuels de plus en plus faibles. Cette situation constitue un facteur de fragilité en même temps qu'elle contribue – paradoxalement- à accroître leurs besoins financiers. Selon le CNS, le travail d'ingénierie financière (préparation et suivi des demandes) représenterait pour les associations l'équivalent moyen d'un emploi à temps plein¹³³.

La rationalisation des procédures se traduit par l'utilisation de formulaires standardisés conçus selon une logique principalement, voire exclusivement, quantitative, qui prennent beaucoup de temps aux opérateurs comme aux services financeurs. Pour autant, la réalité des actions et des enjeux est très mal connue, faute de culture de terrain et de moyens (Cf. ci-dessous).

Les financements sont généralement accordés sur une base annuelle ce qui contribue encore à alourdir la charge administrative tant pour les financeurs que pour les bénéficiaires et crée une certaine précarité défavorable aux initiatives.

Les financements accordés aux associations « tête de réseau » sur les crédits gérés par le SDFE faisaient l'objet jusqu'en 2011 de contrats pluriannuels d'objectifs. Le remplacement en 2012 de cette procédure par celle des conventions annuelles ne peut être considéré comme une amélioration : elle procure une moins grande sécurité financière aux organismes financés, comporte un risque d'instabilité et de détérioration de la gouvernance par rapport à la formule des contrats pluriannuels d'objectifs. En effet, fixant les modalités des relations financières entre l'Etat et les organismes financés et comportant des engagements réciproques des deux parties, ceux-ci permettaient de répondre à un double objectif :

- celui des organismes d'inscrire leur action dans la durée ;
- celui de l'Etat de s'assurer de la cohérence des actions menées avec les objectifs de politique publique¹³⁴.

Selon l'expérience des services administratifs concernés, ils permettaient effectivement d'orienter les actions et d'obtenir un meilleur retour d'information de la part des organismes financés.

Au niveau des ARS, les associations sont généralement financées sur la base d'appels à projets à partir de cahiers des charges élaborés chaque année. Constatant la grande stabilité des opérateurs retenus d'une année sur l'autre, l'ARS Ile de France a décidé d'abandonner la procédure des appels à projet pour privilégier le dialogue de gestion. Celui-ci se déroulait jusqu'à présent sur une base annuelle mais la tendance vise à l'inscrire désormais dans un cadre tri-annuel pour un nombre croissant d'interlocuteurs associatifs.

3.3.5. Un défaut général de vision stratégique, d'animation et de cohérence

La pluralité des situations et des enjeux appelle une pluralité des approches et des réponses. De ce point de vue, l'absence d'une politique concernant l'activité prostitutionnelle et la segmentation des approches n'est pas un problème en soi.

Ce qui pose en revanche problème est l'absence de communication, de concertation, et de coordination entre les porteurs des différentes approches : il y a à l'évidence un défaut d'animation et de cohérence dans la mise en œuvre des différentes politiques.

¹³³ Conseil national du SIDA, « VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins » 2010.

¹³⁴ Cf. circulaires Premier Ministre du 1^{er} décembre 2000 ; n° 4899/SG du 24 décembre 2002, n° 5193/SG du 16 janvier 2007

Cette lacune entraîne un déficit de connaissance des phénomènes (les informations détenues par les différents services ne sont pas échangées), une perte globale d'efficacité, des incohérences voire des contradictions dans l'appréciation des dossiers et la programmation des interventions publiques.

3.3.5.1. Une faible connaissance des réalités de terrain et des enjeux

La mission a été frappée lors de ses passages sur le terrain par la relativement faible connaissance collective qu'ont les administrations publiques des réalités et des problèmes liés à la prostitution.

Seuls les services de police chargés de la sécurité publique ont une connaissance de terrain de la prostitution mais cette connaissance reste largement intuitive, et, pour ce qui concerne les aspects sanitaires, n'est pas exempte d'idées reçues (par exemple, la conviction plusieurs fois exprimée à la mission que l'activité prostitutionnelle exercée en hôtel poserait moins de problèmes sanitaires car plus « hygiénique » que celle exercée dans la rue), et surtout elle reste limitée à la prostitution la plus visible, les nouvelles formes de prostitution en développement indoor demeurant largement hors de son champ.

Pour ce qui concerne l'administration sanitaire et sociale, les restructurations importantes intervenues dans l'organisation des services et les changements d'attribution qui en ont résulté pour beaucoup de cadres contribuent évidemment à expliquer le phénomène. Ceci d'autant plus que la prostitution n'est pas identifiée comme une priorité justifiant un investissement immédiat mais apparaît plutôt comme une spécificité à prendre en compte parmi d'autres dans le traitement de certains problèmes.

Comme le résume une ARS, « il en résulte une connaissance partielle et imparfaite car uniquement fondée sur la connaissance des actions financées »¹³⁵. L'essentiel de la connaissance de terrain est détenu par les associations mais n'est pas ou peu exploité : la gestion des procédures administratives et financières laisse peu de temps pour une approche non standardisée, par ailleurs dans un contexte de tension financière et de bataille idéologique les relations entre le milieu associatif et les administrations ne sont pas exemptes d'arrière pensées voire de méfiance. De ce fait les rapports d'activité des structures, dont la mission a pu constater qu'ils constituent une mine d'information, ne semblent pas ou peu exploités.

Vue par les opérateurs, la réforme administrative a eu pour effet de substituer à un interlocuteur unique qu'ils avaient au niveau de la DDASS une pluralité d'interlocuteurs possibles au niveau des ARS et des directions de la cohésion sociale.

Mais la pluralité des entrées et la dispersion des informations qui s'ensuit n'est vraiment dommageable que dans la mesure où les problématiques liées à la prostitution font rarement l'objet d'une mise en commun, et où chaque service tend à traiter le dossier de façon isolée, selon sa propre approche, sans échanger avec les autres.

3.3.5.2. Un défaut d'animation et de cohérence

Le manque de coordination des acteurs et des actions publiques dans le domaine de la prostitution est souligné de façon constante dans les rapports consacrés à cette question. La mission d'information parlementaire précitée rappelle que les commissions prévues successivement par les circulaires de 1970, 1979 et 1988 n'ont jamais vu le jour.

Des initiatives ont pu exister comme à Nice il y a quelques années où une organisation informelle avait été mise en place sous l'égide du sous-préfet. Mais reposant sur des dynamiques personnelles, elles n'ont pas survécu au départ des personnes concernées.

¹³⁵ Réponse de l'ARS PACA au questionnaire portant sur l'accès aux soins et à la prévention adressé à l'ensemble des ARS par la mission parlementaire d'information.

Des réunions peuvent être organisées au niveau des préfectures mais elles tendent à privilégier les problématiques de sécurité et de lutte contre le proxénétisme sans nécessairement associer les acteurs concernés par les autres aspects liés à l'activité prostitutionnelle. De leur côté, les municipalités qui sont confrontées aux plaintes des riverains s'efforcent de désamorcer les conflits dans le cadre de réunions de quartier ou de débats auxquels participent souvent les associations en qualité de médiateurs.

Mais ces initiatives ponctuelles, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient pallier l'absence d'une instance de coordination visant à permettre une continuité des échanges entre l'ensemble des acteurs concernés et à assurer sur la durée une cohérence de l'ensemble des politiques et actions menées.

Les déplacements sur le terrain de la mission IGAS ont souvent été l'occasion pour les acteurs administratifs locaux d'échanger –voire de se rencontrer- pour la première fois sur les questions de prostitution. Lors d'une des réunions organisées dans ce cadre en région le dialogue s'est ainsi établi entre responsables de l'ARS et de la DRJSCS sur une initiative que l'un des services venait de présenter comme une action particulièrement exemplaire sans savoir que l'autre formulait des doutes importants sur ce projet et sur la structure porteuse, et venait de l'exclure des financements.

Au-delà des lacunes constatées dans la communication entre services dont le cas précité n'est qu'une illustration parmi d'autres, il manque une vision et une perspective d'ensemble permettant de mettre en commun et d'exploiter les informations fragmentaires que possèdent les uns et les autres, d'explicitier et de concilier les objectifs parfois contradictoires des différents départements ministériels et services, de conforter et structurer l'action des associations.

Pour reprendre la formulation d'une des responsables rencontrée en région « il nous manque une feuille de route ».

4. RECOMMANDATIONS POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES ENJEUX SANITAIRES LIÉS À L'EXERCICE DE LA PROSTITUTION

Les recommandations qui suivent s'inscrivent dans la perspective spécifique qui est celle de la mission, centrée sur les enjeux sanitaires. Elles n'ont pas vocation à traiter du phénomène prostitutionnel en tant que tel mais seulement des effets que la pratique de relations sexuelles tarifées et les conditions de vie qui y sont associées sont susceptibles d'avoir sur la santé des personnes qui exercent cette activité, et sur la santé publique en général.

Sans méconnaître le débat philosophique et politique sur la problématique prostitutionnelle, la mission a privilégié une approche pragmatique et concrète qu'implique le traitement des questions de santé. Elle s'est nécessairement située pour ses observations dans le contexte réglementaire actuel, qui est donc également celui dans lequel elle a conçu ses recommandations. Mais elle s'est efforcée de formuler celles-ci de façon à ce qu'elles puissent s'adapter à d'éventuelles évolutions, quelle qu'en soit la direction.

4.1. Améliorer la connaissance d'ensemble des prostitutions

Le rattrapage du retard français dans la connaissance des phénomènes prostitutionnels et des questions de santé afférentes, constitue le préalable indispensable à toute action efficace dans ce domaine. L'objectif doit être de combler ce retard sur la connaissance générale, et d'éclairer plus particulièrement certaines zones d'ombre qui constituent la « face cachée » de la prostitution, fondée sur l'exercice « indoor » et l'usage d'internet. Ce qui suppose de financer des travaux de recherche pour caractériser le phénomène, le quantifier et en identifier les principales caractéristiques (prestataires, clientèle...).

Le développement des enquêtes et des études pour construire et étayer, sur une base aussi consensuelle que possible, des diagnostics partagés au niveau local et national sur les situations de prostitution et les besoins correspondants doit être considéré comme une priorité.

4.2. Mieux prendre en compte les problématiques prostitutionnelles dans les différentes politiques

L'objectif général n'est pas de faire « une politique de la prostitution ». Une telle démarche ne s'accorderait pas au caractère multiforme, plusieurs fois souligné dans ce rapport, du phénomène prostitutionnel. L'approche à travers les enjeux sanitaires montre de façon plus générale la nécessité de veiller à ce que :

- les diverses politiques concernées prennent en compte, là où c'est pertinent, les problématiques, d'une part prostitutionnelles et les publics concernés ;
- cette prise en compte s'effectue de façon cohérente et concertée et permette à l'ensemble des acteurs de travailler ensemble de la manière la plus efficiente possible, d'autre part.

Cette orientation générale se décline à deux niveaux.

Au niveau national, il s'agit de :

- *conforter une approche transversale (mainstreaming) et coordonnée des problématiques prostitutionnelles*

Aucun service ni département ministériel n'a a priori vocation pour traiter de façon générale des problématiques prostitutionnelles. Celles-ci impliquent nécessairement plusieurs domaines d'intervention publique. Les départements et services concernés doivent être sensibilisés à ces enjeux et leur faire une place suffisante dans les politiques et les financements. Les spécificités inhérentes aux situations de prostitution doivent être prises en compte dans le cadre des politiques et actions sectorielles.

Mais le *mainstreaming* ne doit pas conduire à la juxtaposition pure et simple de politiques développées isolément sans souci de cohérence. Une instance de concertation à caractère interministériel devrait être réunie régulièrement, sur une base au moins annuelle, pour mettre en commun les informations, dresser un état des lieux, définir des objectifs, assurer la cohérence des politiques menées et en évaluer les effets.

- *Evaluer l'impact sanitaire des mesures prises dans d'autres domaines, notamment ceux de la sécurité et de l'ordre public*

La recommandation du plan de lutte contre le VIH et les IST sur le rapprochement entre les services du ministère de l'intérieur et de la santé, jusqu'à présent peu suivie d'effet, doit être mise en œuvre pour mieux concilier les impératifs d'ordre public et de santé publique. Les risques pour la santé publique des mesures qui tendent à rendre l'activité prostitutionnelle moins visible, voire cachée, ne doivent pas être mésestimés.

Par ailleurs il importe de souligner la complémentarité entre les actions menées en termes de réduction des risques sanitaires d'une part, et d'aide à l'insertion et à la réinsertion sociale des personnes qui se prostituent, d'autre part. On observe un cloisonnement préjudiciable de ces deux types d'intervention. Les approches sanitaire et sociale sont parfois même présentées comme alternatives voire opposées, dans une perspective plus idéologique qu'orientée vers l'action. Alors qu'il est plus qu'évident qu'elles doivent s'appuyer et se conforter mutuellement.

Au niveau local :

- *Etablir un diagnostic territorial des phénomènes et enjeux prostitutionnels*

L'ensemble des services concernés mais aussi des acteurs associatifs doit être associé à ce diagnostic afin de mettre en commun les informations et les approches. L'initiative doit être impulsée sous l'égide du Préfet au niveau régional et déclinée au niveau territorial pertinent (généralement métropole régionale et quelques grandes villes).

La référence au diagnostic territorial doit permettre de clarifier les objectifs et les conditions d'intervention des différents opérateurs sur un territoire donné afin d'en améliorer la cohérence.

- *Développer la coordination entre les administrations sanitaires et sociales au niveau territorial sur ces questions*

Des réunions de coordination sur les problématiques prostitutionnelles copilotées par les ARS, les services de la cohésion sociale et des droits des femmes, et ouvertes en tant que de besoin aux diverses associations doivent être organisées de façon régulière pour remédier au cloisonnement actuellement constatés. La mise en commun des informations et la définition d'objectifs pragmatiques doivent permettre de disposer de références communes à l'ensemble des acteurs. Il s'agit d'adapter l'offre en fonction des besoins des territoires et des populations.

Des appels à projet communs associant ces administrations pourraient constituer le support opérationnel matérialisant cette coordination¹³⁶.

- *Favoriser le travail en commun et développer les complémentarités entre les acteurs de terrain*

Les responsables publics doivent veiller à la constitution d'une offre diversifiée en développant le partenariat

¹³⁶ Cf. infra propositions sur l'adaptation des conditions d'intervention administrative

- Entre les acteurs associatifs qui développent des interventions spécifiques en direction des personnes qui se prostituent : celles-ci doivent être organisées de façon cohérente en s'appuyant sur les points forts et l'expertise des uns et des autres afin de permettre les meilleures orientations et accompagnement possibles. Il s'agit de faire le meilleur usage des moyens disponibles en substituant la complémentarité à la concurrence et en assurant la masse critique nécessaire pour des actions efficaces. Des partenariats formalisés et pérennes doivent être encouragés dans cette perspective.
- Entre les associations et les dispositifs de droit de commun en matière sanitaire et sociale : les associations spécialisées doivent pouvoir disposer de relais efficaces grâce à la mise en place d'un réseau de référents dans les services sociaux et sanitaires, en incluant le secteur de la santé mentale et le traitement des addictions.

4.3. Développer des actions prioritaires en direction des jeunes

- *S'attaquer résolument à la prostitution des jeunes mineurs*

La prostitution des jeunes mineurs est un phénomène particulièrement préoccupant dont les observations sur le terrain démontrent la réalité, mais qui est très mal connu et largement occulté. Ce problème, qui dépasse largement les enjeux sanitaires objet de ce rapport, nécessite le lancement d'une mission visant à apprécier l'ampleur et les caractéristiques du phénomène et à évaluer la pertinence et le fonctionnement des dispositifs existants, notamment dans le cadre de l'ASE, pour traiter des situations de ce type¹³⁷.

- *Traiter plus précocement les situations de fragilité susceptibles de favoriser le développement de conduites prostitutionnelles*

Le développement d'outils d'intervention précoce, notamment dans le cadre de l'ASE, en direction des enfants ayant subi des situations d'abus sexuels ou de violences doit contribuer à prévenir le développement d'une vulnérabilité pouvant conduire ultérieurement à des conduites à risque, incluant la prostitution. Il ne faut pas attendre l'adolescence et les situations de crise aigue pour mettre en place un suivi psychologique.

- *Sensibiliser les plus jeunes aux notions de respect et d'égalité de genre*

De telles actions peuvent contribuer à prévenir le développement tant des conduites prostitutionnelles que du recours à la prostitution. On constate en effet que les jeunes constituent actuellement la tranche d'âge qui recourt le plus à la prostitution¹³⁸. Les dispositions de la loi de 2001 sur l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire offrent un cadre adéquat qui mérite d'être plus systématiquement exploité dans cette perspective.

4.4. Accroître l'effort de prévention en développant les outils et moyens confiés aux associations

Le modèle d'intervention associative en direction des personnes qui se prostituent dans la rue fondé sur les démarches « d'aller vers » et d'accueil à bas seuil mérite d'être conforté et élargi.

- *Donner aux associations les moyens d'assurer une intensité suffisante des passages sur le terrain*
A cet égard il semble qu'un passage au moins hebdomadaire soit nécessaire pour susciter la confiance des publics visés et permettre d'envisager un travail de fond sur le moyen terme. A défaut il y a un risque de dispersion qui constitue en définitive un gaspillage des ressources.

¹³⁷ Cf. analyse plus détaillée en annexe n° 2

¹³⁸ Selon l'INSERM-INED le recours à la prostitution est maximum dans la tranche d'âge 20-24 ans (5,4% contre 3,1% en moyenne). Enquête CSF 2006.

- *Améliorer la couverture géographique des besoins*
Les interventions associatives sont généralement circonscrites aux métropoles régionales. L'objectif d'une meilleure couverture géographique doit être pris en compte pour susciter et soutenir de nouvelles actions visant à répondre aux besoins les plus criants. Mais il ne doit rien céder quant au professionnalisme des interventions ni entraîner une dispersion des moyens qui serait en définitive préjudiciable. Les diagnostics territoriaux doivent permettre de déterminer les priorités et les objectifs à cet égard.
- *Encourager la mise au point et le développement de modes d'intervention adaptés aux nouvelles formes de prostitution (indoor et internet)*
Les expériences associatives du type de celles citées plus haut méritent d'être développées, leurs enseignements évalués et mutualisés. Il faut souligner que le développement de ce type d'intervention, qui correspond à l'évolution constatée et prévisible des formes de prostitution constitue également une modalité de réponse au problème du maillage territorial.
- *Evaluer et préciser les conditions d'utilisation des différents outils*
La dimension santé du travail avec les personnes qui se prostituent mériterait d'être précisée par des référentiels à l'exemple de ce qui a été fait pour la réduction des risques en direction des usagers de drogues¹³⁹. L'objet d'un tel travail mené en lien avec les acteurs de terrain (professionnels, associations) et les différents ministères concernés étant de faciliter le dialogue entre acteurs et de promouvoir des bonnes pratiques en matière de prévention et d'accompagnement vers les soins pour assurer une prise en charge globale des personnes. S'agissant de l'activité prostitutionnelle, la démarche pourrait être portée par la DGS en s'appuyant sur un travail d'expertise scientifique collective (Inserm ou Haute Autorité de Santé). Elle devrait permettre de mieux décrire les divers risques et pathologies rencontrés, ainsi que d'évaluer et optimiser l'usage dans cette perspective des différents outils de dépistage et de prévention : tests rapides d'orientation diagnostique (VIH et autres IST), traitement post exposition,...
- *Renforcer la capacité des personnes qui se prostituent à se prémunir contre les risques.*
L'information, l'éducation et la mise à disposition d'outils adéquats (guides, matériel de prévention,..) doivent leur permettre de résister aux demandes de prestations à risques de et de mieux prévenir les comportements violents. Les personnes qui se prostituent peuvent aussi être le vecteur de démarches de communication et d'éducation s'adressant aux clients, avec lesquels elles sont en contact direct. La mise en œuvre des recommandations du Plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 qui prévoit de « communiquer et agir auprès des clients » pourrait emprunter cette voie¹⁴⁰.
- *Reconnaître l'intérêt de la fonction de médiation culturelle et de l'intervention des pairs comme éléments facilitateurs du travail avec certains publics prostitués*
Le constat qui précède a montré l'utilité et l'efficacité de ce type de collaboration qui devrait être encouragé tant dans les associations spécialisées que dans les services ou organismes de droit commun pour développer l'accueil de ces publics¹⁴¹. A noter que cette fonction constitue également un vecteur intéressant pour la réinsertion professionnelle et sociale de certaines personnes venant de la prostitution.

¹³⁹ Ce référentiel présente un cadre et des modalités d'intervention concertées entre acteurs et ministères ayant pour objet de prévenir les dommages liés aux usages de drogues (infections, intoxications, troubles psychiatriques aigus), d'orienter les personnes vers les services d'urgence, de soins généraux, de soins spécialisés et vers les services sociaux, d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale (logement, accès aux services et aux dispositifs sociaux notamment).

¹⁴⁰ Il s'agit de la mesure n° 3 du Plan 2010-2014. Des actions de ce type ont été développées à Lille Cf. plus haut.

¹⁴¹ Cf. exemple précité de l'accueil au CIDDIST de l'hôpital Ambroise Paré.

- *Adapter les conditions d'intervention des services administratifs*
Les procédures de type contrats d'objectifs et la pluri annualité devraient être privilégiées pour le financement de ces actions associatives qui nécessitent à la fois d'être sécurisées et évaluées sur une période de temps suffisante.
La co-signature par les différents apporteurs de fonds publics (notamment les administrations du côté social et santé) faisant suite éventuellement à des appels à projet communs (Cf. supra) constituerait un outil de cohérence et de simplification.

Par ailleurs il importe d'encourager le développement ou le retour à une culture du terrain dans les services administratifs. Les visites sur place pour les réunions annuelles, la participation aux « maraudes », l'exploitation plus systématique des rapports annuels émanant des associations devraient favoriser une approche plus qualitative et une meilleure compréhension de ces actions très spécifiques.

4.5. Améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun, en relais des interventions associatives

Une grande partie des réponses à apporter dans cette perspective se confondent avec celles à apporter au problème plus général de l'accès aux droits et aux soins dans les situations de précarité, notamment dans le cas de personnes étrangères en situation de séjour irrégulier. On ne reprendra pas les recommandations qui figurent dans divers rapports antérieurs, notamment sur la CMU et à l'AME, auxquelles la mission souscrit dans la mesure où elles concernent une large part des publics qui se prostituent.

- *Favoriser les passerelles entre les associations et les services de droit commun*
Diverses mesures peuvent être développées dans ce sens : faciliter les procédures de dépôt des dossiers et remise des cartes AME en utilisant les associations comme intermédiaires, développer les permanences CPAM dans les locaux associatifs fréquentés par les personnes qui se prostituent, développer la connaissance réciproque entre services de soins de droit commun et associations d'aide aux personnes qui se prostituent.
- *Tenir compte des spécificités de l'activité prostitutionnelle dans le travail et l'organisation des services de droit commun.*
Cette prise en compte spécifique peut concerner tout autant les modalités d'évaluation des ressources pour l'accès aux différents dispositifs (Cf. problème précité de l'évaluation du « train de vie » à travers les dépenses d'hôtel) que l'adaptation des modalités et horaires d'accueil au rythme et conditions de vie spécifiques de ces publics.
- *Faire connaître et développer le recours aux services d'interprétariat dans les établissements de santé*
En s'appuyant sur les travaux d'évaluation médico-économique demandés par la DGS,¹⁴² en tant que moyen d'assurer une meilleure prévention et la prise en charge dans le domaine des maladies infectieuses transmissibles (VIH, hépatites et tuberculose ...)

¹⁴² Etude visant à évaluer l'efficacité des dispositifs permettant le recours à des interprètes professionnels en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, des hépatites et de la tuberculose, prenant en compte les réductions de morbidité/mortalité et les économies en matière de coût de prise en charge qui peuvent être attendues d'une amélioration de l'observance des traitements ainsi que des transmissions évitées.

- *Sensibiliser et former aux problématiques prostitutionnelles les professionnels au contact de ces populations*

Il s'agit de renforcer les capacités de repérage, d'accueil et de prise en charge dans les services de police, santé, justice, travail social, et organismes divers notamment de la protection sociale. Par ailleurs des actions de sensibilisation devraient être menées pour lutter contre les préjugés et la stigmatisation et pour améliorer les conditions d'accueil de certains publics comme les personnes trans qui posent souvent problème chez les personnels non préparés.

De telles actions de sensibilisation et de formation constituent des conditions essentielles pour permettre d'assurer dans de bonnes conditions le relais entre les associations spécialisées et les structures de droit commun

Claire AUBIN

Danielle JOURDAIN-MENNINGER

Dr Julien EMMANUELLI

Liste des personnes rencontrées

1. PARLEMENT

Danielle BOUSQUET, députée, présidente de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la prostitution en France

Guy GEOFFROY, député, rapporteur de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la prostitution en France

2. ADMINISTRATIONS CENTRALES ET AGENCES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

Direction générale de la sante

Sous-Direction Prevention Des Risques Infectieux

Laurence Cate, Adjointe Au Chef De Bureau

Katell Daniault, Chargee Du Dossier « Qualite De Vie »

Sous-Direction De La Promotion De La Sante Et De La Prevention Des Maladies Chroniques
Sante Des Populations

Dr Dominique De Penanster, Sous-Directrice

Patrick Amboise, Chef De Bureau Sante Des Populations (Mc1)

Dr Catherine Barbier, Responsable Des Populations Vulnérables, Bureau Santé Des Populations

Direction de la sécurité sociale

Olivier Bachellery, Chef Du Bureau

Julie Pougheon, Adjointe Au Chef De Bureau

Isabelle Bouille-Ambrosini

Direction générale de l'action sociale

Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes

Nathalie TOURNYOL DU CLOS, cheffe du service

Mme SALGON, adjointe à la cheffe du bureau de l'égalité dans la vie personnelle et sociale

Emilie HEYRAUD, chargée de mission au bureau de l'égalité dans la vie personnelle et sociale

Sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté,

Brigitte BERNEX, sous-directrice

InVS

Dr. Florence LOT, médecin épidémiologiste, département des maladies infectieuses

INPES

Bruno HOUSSEAU, responsable du pôle santé sexuelle, direction des programmes

Dr. Catherine GERHART, chef de département territoires et milieux, DATER

Lucile BLUZAT, chargée de communication

MINISTERE DE L'INTERIEUR**Direction de l'immigration**

François LUCAS, directeur de l'immigration
Elodie DEGIOVANNI, sous-directrice du séjour et du travail
Gilles MARCAILHOU, chef du bureau de l'immigration familiale
Adèle HONGOIS, cheffe adjointe du BIF

Délégation aux victimes

Patrick HEFNER, chef de pôle
Maryse RONCHON, commandant de police,
Bertrand PALLOT, direction générale de la gendarmerie nationale
Jacques DI BONA, chargé de mission DGAN
Christian GRATIEN, DGAN

Office central pour la répression de la traite des êtres humains

Yann SOURISSEAU, chef de l'OCRETH

3. CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Marie-France BEGOT FONTAINE, directrice de cabinet, direction déléguée aux opérations
Christiane DRAICCHIO, DDGOS, département réglementation
Marie Christine LACROIX-SCHNEIDER, DDGOS
Pascal NOE, DDGOS

4. ASSOCIATIONS**ACT UP-Paris**

Cecile LHUILLIER, co-présidente

AIDES

Christian ANDREO, directeur des actions nationales
Fred BLADOU, chargé de mission-actions communautaires

Amicale du nid

Hélène DE RUGY, déléguée générale

ARCAT SIDA

Eve PLENEL, directrice
Miguel-Ange GARZO, psychologue

Collectif droit et prostitution

Malika AMAOUCHE, coordinatrice du collectif

Coordination française pour le Lobby européen des femmes (CLEF)

Olga TROSTIANSKY, présidente
Françoise MORVAN, Vice présidente, déléguée au Lobby Européen des Femmes

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

Elsa HAJMAN, chargée de mission jeunes-justice-prostitution-égalité femmes hommes
Lise FENDER, chargée de mission santé
François BREGOU, responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques

Fondation Scelles

Yves CHARPENEL, Président
Dominique CHARPENEL, chargée de communication

Médecins du monde

Dr. Jean-François CORTY, directeur des missions France
Tim LEICESTER, coordonnateur du lotus bus
Dr. Ai-Anh VOTRAN, responsable de mission
Irène ABOUDARAM
Audrey KARTNER, responsable des missions France

Mouvement français pour le planning familial

Carine FAVIER, présidente
Danièle LANSSADE, délégation de Bordeaux

Mouvement du nid

Claire QUIDET, porte-parole, secrétariat national

Sidaction

Marc DIXNEUF, directeur des programmes associatifs France

Syndicat du travail sexuel (STRASS)

Morgane MERTEUIL, secrétaire générale
Chloé NAVARRO, représentante du Strass
Sarah Marie MAFFESOLI, juriste au Strass

5. PERSONNALITES QUALIFIEES

Janine MOSSUZ LAVAU, directrice de recherche au CEVIPOF, CNRS
Liliana GIL, éducatrice spécialisée, La sauvegarde, Stains, Seine-Saint-Denis
Pr. Willy ROZEMBAUM, ancien président, Conseil National du Sida
Laurent GEFROY, rapporteur, Conseil National du Sida
Dr. Judith TRINQUART, secrétaire générale de l'association « mémoire traumatique et victimologie »
Lilian MATHIEU, sociologue

6. ETABLISSEMENTS DE SANTE**Groupe hospitalier Paris Ile-de-France Ouest**

Dr. Caroline DUPONT, Praticien Hospitalier responsable du CIDDIST au sein du service de médecine interne (Pr Rouveix, CHU Ambroise Paré)
Dominique BURRE-CASSOU, cadre supérieur socio-éducatif, responsable du service social
Carole FERRONI, agent de médiation, CHU Ambroise Paré

Groupe hospitalier Hôtel Dieu

Dr. Dinah VERNANT, Espace santé jeunes, Hôtel Dieu

AP-HP Hôpital Saint Louis (Paris)

Dr. Michel JANIER, responsable du centre clinique et biologique, praticien hospitalier,
Dr. Lionel LAVIN, praticien attaché
Dr. Julie TIMSIT, praticien attaché
Dr. François LASSAU, praticien attaché

7. REGIONS

ILE DE FRANCE

AGENCE REGIONALE DE SANTE

Dr. Laurent CHAMBAUD, directeur de la santé publique

Isabelle CHABIN-GIBERT, référente cohésion sociale, précarité

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité Ile-de-France

Jocelyne MONGELLAZ, Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'Egalité Ile-de-France,
Aurélien LATOURES, chargée de mission accès aux droits et lutte contre les violences
faites aux femmes

Michèle BARRET, Direction départementale de la cohésion sociale Essonne, adjointe pôle
prévention

Emilie MARQUIS-SAMARI, Délégation départementale des Droits des Femmes et à l'égalité
des chances Essonne, chargé de mission

Dr. Carole CRETIN, direction départementale de la cohésion sociale, directeur,

Arlette CECCHI-TENERINI, Infirmière de Santé publique, Direction départementale de la
cohésion sociale Paris

Joanna KOCIMSKA, Délégation départementale des Droits des Femmes et à l'égalité des
chances, Hauts-de-Seine, déléguée

Marie-Thérèse RIBIER, Direction régionale de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale
Ile-de-France, adjointe du chef de pôle des politiques territoriales, sociales et de la jeunesse,

Beatrice FLORENTIN, Délégation départementale des Droits des Femmes et à l'égalité des
chances Paris, chargée de mission

Françoise BRIAU, Délégation départementale des Droits des Femmes et à l'égalité des chances
Val d'Oise, chargée de mission

Sylvie CARDINAL, direction départementale de la cohésion sociale Yvelines, chef de projet

Catherine SEURRE, Direction départementale de la cohésion sociale Seine-et-Marne, déléguée
au droit des femmes,

Caisse Primaire d'Assurance maladie

Michèle PIERRE, adjointe au directeur du service production informatique

Gérard DANNET, responsable du service ressources documentaires à la direction réglementation,
observatoire et veille réglementaire

Aurélien COMBAS-RICHARD

Préfecture de police de paris

Jérôme FOUCAUD, conseiller technique police, cabinet du préfet

Jean-Luc MERCIER, directeur Territorial adjoint de la sécurité de proximité de Paris

Mathieu CLOUZEAU, commissaire central du 18^{ème} arrondissement

Jean-Pascal RAMON, commissaire central du 16^{ème} arrondissement

Gilles BERRETI, chef de l'unité de coordination et de lutte contre l'immigration clandestine

Direction régionale de la police judiciaire de paris

Jean-Jacques HERLEM, inspecteur général, directeur adjoint de la police judiciaire

Christian KALCK, commissaire divisionnaire, chef de la brigade de répression du proxénétisme

VILLE DE PARIS

Observatoire de l'égalité entre les femmes et les hommes

Lucile BERTIN, responsable de l'observatoire de l'égalité entre les femmes et les hommes

Marc DUGOWSON, chef de projet, chargé de la prostitution

Centre Médico-Psychologique St Anne

Laure DE PREVILLE, psychologue clinicienne

Dr. Pierre BROKMANN, médecin psychiatre

ASSOCIATIONS

Amicale du nid 75 et 92

Jean-Christophe TETE, directeur ADN 75 et 92

Jean-Marc AUGUIN, directeur adjoint

Cécile MARCHETZ, chef de service pôle activités extérieures

Marie-Cécile RICHEL, administratrice

ARC 75

Natacha LACHOURI, responsable du pôle 3eme/10eme

Hervé SAPIN, éducateur spécialisé

Katejlin TILLEY, éducatrice spécialisée

AREMEDIA

Dr. Marc SHELLY, ancien directeur, fondateur de l'association

Abdou NDIAYE, directeur

Aline PELTIER, animatrice de prévention

Amis du bus des femmes

France ARNOULT, directrice

Collectif 16

Trois membres du collectif

PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

Agence Régionale De Sante

Marie-Cécile MARCELLESI, référent social ARS, santé précarité

Olivier PONTAL, service prévention promotion de la santé

Dr. Jasmine MORETTI, référente VIH et bucco-dentaire

Anne- Marie BAZZICONI, responsable animation territoriale, DT 13

Délégation régionale aux Droits Des Femmes et à l'Egalité

Françoise RASTIT, déléguée régionale

Michèle ZOLLER, chargée de mission DRDFE

Jacqueline HATCHIGUIAN, chargée de mission, DDC 13,

Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

Badra DEHLHOUM, chargé de mission

Caisse Primaire D'assurance Maladie des Bouches du Rhône

Caroline ZANNONE-MARTY

PREFECTURE DE POLICE

Cabinet du préfet délégué pour la défense et la sécurité

Pierre LE CONTE DES FLORIS, commissaire de police, chef de cabinet du préfet

Audrey GRAFFAULT, chef du bureau de prévention de la délinquance et de la lutte contre les conduites addictives

Gérard RAHARIJAONA, chef du bureau de la lutte contre la drogue et les toxicomanies

DDSP

Olivier MESSENS, commissaire divisionnaire, chef de la sûreté départementale

DIPJ

Roland GAUZE, contrôleur général, directeur interrégional de la police judiciaire

Michel MARTINEZ, commandant de police, chef de la brigade de répression du proxénétisme et des trafics

Groupement de la gendarmerie nationale

Daniel BABOLAT, capitaine, adjoint au commandant du groupement chargé de la police judiciaire

VILLE DE MARSEILLE

Dr. Françoise GAUNET- ESCARRAS, Maire adjointe chargée de la santé

Dr. Pierre TOUBIANA, directeur adjoint du service de la santé publique

Dr. Didier FEBVREL, médecin territorial déléguée au CLSP

Conseil général des bouches du Rhône

Dr. Chantal VERNAY-VAISSE, Responsable des Centres d'Information de Dépistage Anonyme et Gratuit,

Dr. Hélène PORTE

ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE MARSEILLE

Hôpital Nord

Pascale HASSLER-MUSSARD, sage-femme, CAMSP, hôpital Nord

Sylvie BROUT, cadre socio-éducatif, hôpital Nord

Hôpital La Conception

Didier STINGRE, directeur adjoint, hôpital de la conception

Jee-Yun ROUSSEAU, assistante sociale, PASS maternité

Petrila Iuliana, assistante sociale maternité-gynécologie

Odile MBARGA, infirmière PASS

Isabelle MALTESE, cadre socio-éducatif

Dr. Dominique GRASSINEAU, médecin référent PASS Rimbaud

Marylène MAS, infirmière, mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social

ASSOCIATIONS

Mouvement du nid

Geneviève DESCAMPS, bénévole

Karen PHILIP, bénévole

Amicale du nid 13

Valérie SECCO, directrice

Anselme HUGEROT, assistant social

Stéphanie PICLET, éducatrice spécialisée, chargée de formation

Philippe HENRY, éducateur spécialisé

Autres regards

Jean-Régis PLOTON, directeur

Lydiane COLOMBET, travailleuse sociale

Dominique TOUATAHUATA, animatrice de prévention

MFPP

Silvie CAMIL, directrice

Fabienne REY, conseillère conjugale

COREVIH

Patricia ENEL, présidente du COREVIH PACA-ouest Corse,

Jean-Marc POLESEL, coordonnateur COREVIH

AIDES

Hervé RICHAUD, coordinateur départemental, AIDES délégation départementale des Bouches-du-Rhône

Marie SUZAN, présidente d'AIDES en Rhône-Alpes Méditerranée,

ALC NICE

Patrick HAUUVUY directeur

Eugénie AVOUAC, conseillère ESF

Roxana BOLDOR, chargée de projets

Conseil général des alpes maritimes

Dr. Jocelyne SAOS, direction santé solidarité,

Établissement hospitalier Nice

Dr. Pierre Marie TARDIEUX, responsable de la PASS du CHU de Nice,

Dr. Bruno ADAMI, responsable de la polyclinique et SAU du CHU de Nice

Dr. Valérie PIERROT GUMBS, médecin coordonnateur de la PASS

Françoise TEXIER GILARDI, assistante sociale

Dr. Colette GERBAUD, responsable du centre méthadone

Pr. Eric ROSENTHAL, président du COREVIH

Dr. Sara FERRANDO, service infectiologie, virologie

Denis REFAULT, direction territoriale, ARS PACA

Antenne de police judiciaire de Nice

Maurice ALIBERT, commissaire de police, chef de la division des affaires criminelles, antenne de police judiciaire de Nice

Franck PERRET, capitaine de police

David FABRE, brigadier-chef

David DA SILVA, brigadier-chef

Erik PRINCET, brigadier-chef

REGION RHONE ALPES**Agence régionale de sante**

Raphael Glabi, directeur adjoint de l'ARS, Direction de la Santé Publique

Jean-François SIMATIS, Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, Direction déléguée Protection et Promotion de la Santé, Service Prévention et Promotion de la Santé

Dr. Christophe JULIEN, adjoint chef de service, Direction déléguée Protection et Promotion de la Santé, Service Prévention et Promotion de la Santé

Direction départementale de la cohésion sociale

Mme ESPINASSE, chef du pôle hébergement et habitat sociale

Mme LACHATRE, adjointe à la déléguée régionale aux droits des femmes

Préfecture

Préfet délégué pour la défense et la sécurité

Gilles ROUVEURE, commissaire divisionnaire, directeur de cabinet du Préfet

Division criminelle et groupe prostitution de la police judiciaire

Nathalie TALLEVAST, directrice adjointe, DIPJ Lyon

Florent MION, chef de la division criminelle, DIPJ Lyon

Denis DOYEN, DIPJ

Cédric SPERANDIO, chef du service de l'immigration

Christian JEHL, service de l'immigration

VILLE DE LYON

Céline FAURIE GAUTHIER, conseillère municipale en charge de la santé
Myriam BUFFET, responsable mission santé

HOPITAL EDOUARD HERRIOT**PASS**

Dr. Isabelle SCHIENGER, médecin généraliste
Stéphanie COUVREUR, assistante sociale

CDAG-CIDDIST

Dr. FERNANDEZ, médecin coordinateur de la CDAG Hôpital de la Croix-Rousse.
Dr. YASSIR médecin CIDDIST Hôpital de la Croix-Rousse et Hôpital Edouard HERRIOT
Dr. ORIOL, médecin attachée au CDAG de l'Hôpital de la Croix-Rousse et au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) de Villeurbanne.

ASSOCIATIONS**ARIA**

Damien THABOUREY, directeur d'ARIA
Brigitte VEY, éducatrice spécialisée
Brigitte SIMON, directrice adjointe
Dr. Jean-Michel LIVROZET

Médecins du monde

Aurélie NEVEU, coordonnatrice
Isabel MARBLE, travailleuse sociale

Amicale du nid 69 et 38

Florence FESTAS, directrice
Edwige BURNENS, infirmière de prévention
Alexandra BUENDIA, chargée de projet
Fabien UZEL, éducateur spécialisé
Cédric GASQUE, éducateur spécialisé
Agnès BONNEAU, chef de service ADN 38
Anne NAVARRO, éducatrice spécialisée

Mouvement du nid

Brigitte FERRAND
Daniel MELLIER, délégué départemental MDN

CABIRIA

Jean-Marc BEYLOT, Président de Cabiria
Laurette WITTNER, secrétaire de l'association
Margarita MUZET, médiatrice culturelle
Patience PUGET, médiatrice culturelle
Karen, prostituée, membre du conseil d'administration
Antoine BAUDRY, animateur de prévention

PAYS de LOIRE**Agence régionale de sante**

Didier BERLINET, Inspecteur
Dr. Véronique BLANCHIER, Médecin inspecteur de santé publique
Dr. Thierry FOUERE, Médecin inspecteur de santé publique
Dr. Eric MALLAT Médecin inspecteur de santé publique
Vincent MICHELET, Chargé de mission

VILLE DE NANTES

Lionel EDMOND, Directeur de la tranquillité publique
Dr Patricia SARAUX-SALAIN, Responsable de la mission santé

Médecins du monde - mission auprès des personnes qui se prostituent à Nantes

Irène ABOUDARAM, coordonnatrice
Dr Paul BOLO, médecin responsable
Maiwenn HENRIQUET, intervenante santé
Sophie LESAGE, animatrice de prévention
Un groupe d'usagères de la permanence MDM
Mme Odile KERZERHO, directrice du CHRS Anef-Ferrer
Maitre Anne BOUILLON, avocate du Cabinet Bouillon-Pollono-Shammas

NORD PAS DE CALAIS**Association Itinéraires – Entr'actes**

Slimane KAHADRI, directeur général
Vincent DUBAELE, directeur du service Entr'actes
Leila ITOU, chef de service à Entr'actes

MIDI-PYRÉNÉES**Agence régionale de sante**

Dominique BOURGOIS, Directrice adjointe
Christine UNGERER, Directeur du Pilotage Stratégique
Dr. Eric REGNAUT, sous direction Promotion de la Santé
Dr. Charles CANDILLIER, sous direction Promotion de la Santé
Nicole GEORGES chargée de mission "inégalités sociales de santé"

VILLE DE TOULOUSE

Jean-Pierre HAVRIN, adjoint au Maire, chargé de la sécurité
Monique DURIEU, adjointe au maire, chargée de la santé publique,

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité

Catherine HUGONET, déléguée régionale

Direction départementale de la cohésion sociale

Stéphanie MACIOTTA, chef du service insertion et développement social
Emilie PROVENSAL, chargée de mission aux droits des femmes et à l'égalité

Direction départementale de la sureté publique

Olivier BABIN Capitaine de Police Brigade voie publique
Daniel CABROT brigadier de police, brigade des mœurs

CHU TOULOUSE**PASS**

Dr. François PREVOTEAU DU CLARY, praticien hospitalier,
Dr. Anne-Marie GRIMAUD, praticien hospitalier
Mme Estelle LOUBERSANES conseillère en économie sociale et familiale

CDAG

Dr. Nathalie SPENATTO, Praticien hospitalier
Dr. Karine PARIENTE, Praticien hospitalier

Dr. Serge BOULINGUEZ, Praticien hospitalier

ASSOCIATIONS

Amicale du Nid Toulouse

Jean Luc ARNAUD, Directeur

Jean-Louis SIRVEN, Président du CT 31

Médecins du Monde

Dr. Geneviève MOLINA, coresponsable de la mission France

Dr. Hélène BONNET, déléguée régionale Midi-Pyrénées

Grisélidis

Julie SARRAZIN, directrice, et son équipe

Amnesty international

Natalys MARTIN, juriste

Sigles utilisés

AME	Aide médicale d'état
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAARRUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDDIST	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLAT	Centre de lutte Antituberculeux
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNS	Conseil national du sida
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
DGS	Direction générale de la santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
FNARS	Fédération nationale des associations de réinsertion sociale
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
INED	Institut national des études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSI	Loi sur la sécurité intérieure
LFR	Loi de finances rectificative
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
OCRETH	Office central de répression de la traite des êtres humains
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFII	Office français pour l'intégration et l'immigration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/Sida
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
RSI	Régime social des indépendants
SDFE	Service des droits des femmes et de l'égalité
STRASS	Syndicat du travail sexuel
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
URSSAF	Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des annexes

Annexe 1 : données sur les profils rencontrés par les associations

Annexe 2 : la prostitution des mineurs, quelques éléments

Annexe 3 : revue de la littérature étrangère sur les problématiques de santé observées chez les personnes qui se prostituent

Annexe 4: témoignage fondé sur des expertises médico-légales réalisées chez des femmes victimes de la traite.

Annexe 5 : accès à la protection sociale et aux soins

Annexe 6 : morbidité-mortalité associée aux produits psychoactifs

Annexe 7 : cadre des interventions sanitaires et sociales de l'Etat

Annexe 8 : partenariat pour repérer la tuberculose chez les personnes qui se prostituent dans un centre de santé sexuel au Royaume-Uni

Annexe 9: historique de l'action publique au regard des enjeux sanitaires liés à la prostitution

Annexe 1 : Données sur les profils rencontrés par les associations

Le tableau ci-dessous reprend les principales données d'activité des associations de terrain rencontrées par la mission. Elles sont issues des rapports d'activité (R. activité) ou d'études menées par les associations elles-mêmes. Malgré la richesse des données fournies à la mission, l'information recherchée n'était pas toujours disponible. En tout état de cause, l'objectif de ce tableau est moins de présenter l'activité des associations dans le détail que de dégager des grandes tendances sur le profil des publics rencontrés.

	File active	Turn over Nouvelles personnes	genre	Part migrants	âge	Couverture sociale
Lotus Bus MDM R activité 2007 Etude 2008 Données 2010	446 personnes en 2007 611 personnes en 2010	33% (150/ 446) (données 2007)	femmes	Chine	Age moyen : 40 ans (Etude 2008)	80% des personnes éligibles 54% viennent s'informer (Etude 2008)
Bus des femmes Local R. activité 2011	12 249 passages dans le bus 267 personnes au local	575 nouveaux contacts 130/267 (48%)	 F : 89% H : 4% Trans : 7%	 90%	 <35 ans : 75%	 178 personnes (66%) vues à la permanence CPAM
Amicale du Nid 75 Bus intermédiaire R. activité 2011	2531 personnes 9043 contacts	654/2531 (25%)	F : 59,5% H : 5% Trans : 35.5%	90%	18 à 25 ans : 24% 26 à 40 ans : 48% 40 à 60 ans : 10%	24% file active sans couverture sociale AME=25%, CMU =37%
Enquête 2010 photographie état de santé des personnes accompagnées	508 personnes		F : 60% H : 21% Trans : 19%	70%	18 à 29 : 43% 30 à 39 ans : 30% 40 à 49 ans : 17% 50 à 59 ans : 8% 60 à 70 ans : 1%	
Nantes- MDM R. activité 2011	220 personnes (file active dont 182 dans la rue)	80/220 (36% dont 90% dans la rue)	F : 95,4 % H : 0,5% Trans : 4 %	95%	0 - 19 ans : 1 % 20 - 39 ans : 80,7 % 40 - 59 ans : 17,8 % 60 ans et + : 0,5 % Moyenne: 30 ans	23% file active sans couverture sociale ou en attente, AME=21%, CMU/CMUc =47%
Amicale du Nid 13 R. activité 2011 Local Rue	263 personnes accompagnées 272 personnes	82/263 (31%) 103/272 (37%)	F : 66 % F:77% H:17% Trans : 6 %	43.3% 85.6%	18-24 ans : 7% 25-34 ans : 23% 35-44 ans : 20% 45-54 ans : 25% 55 ans et + : 25%	22% file active sans couverture sociale
Autres Regards Marseille R. activité 2011	598 personnes 4000 contacts	150/598 (25%)	F : 74% H : 18% Trans : 8 %	71,2%	de 18 - 79 ans	
Cabiria Lvon R. activité 2011	1120 personnes 9934 contacts			60 à 80%		93/233 (40%) accompagnements
Amicale du Nid 69 R. activité 2011	177 personnes suivies au local 995 contacts rue	77/177 (43%)		90%	Age moyen : 29 ans	
Grisélidis Toulouse R. activité 2011	600 personnes 5516 contacts	81/600 (14%)	F : 82% H : 4% Trans : 14%	91 %	< 30 ans : 48% 30-60 ans : 48% > 60 ans : 4 %	259 entretiens couverture maladie
Amicale du Nid 31	202 personnes	74/202 (36.6%)	F : 78%	65%	18-25 ans : 22%	AME/CMU:50% (39/75)

R. activité 2010 R. activité 2011	(rue R. activité 2011) 336 personnes (local R. activité 2010)	(rue R. activité 2011)	H : 3 % Trans : 19 % (local R. activité 2010)	(local R. activité 2010)	25-34 ans : 37% 35-44 ans : 21% 45-54 ans : 5.6% 55 ans et + : 8%	des accompagnements
ALC Nice R. activité 2011	279 personnes	30%		84%		
Entr' actes R. activité 2011	452 personnes 8465 passages	184/452 (40%)				

Annexe 2 : La prostitution des mineurs, quelques éléments

Un consensus pour proscrire la prostitution des mineurs

Ce sujet échappe aux antagonismes idéologiques puisqu'il y a un consensus sur la prohibition de toute activité prostitutionnelle des jeunes mineurs. Il n'y a pas, les concernant, de discussion sur le caractère « volontaire » ou « subi » de la prostitution.

Le cadre juridique est clair ; il prévoit la pénalisation du client et la minorité constitue une circonstance aggravante qui criminalise le délit de proxénétisme.

Par ailleurs la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale a prévu en son article 13 que « *tout mineur qui se livre à la prostitution, même occasionnellement, est réputé en danger et relève de la protection du juge des enfants, au titre de la procédure d'assistance éducative* », permettant ainsi, en principe, de faire bénéficier de manière systématique les mineurs prostitués de la procédure judiciaire de protection.

Des appréciations très divergentes sur la réalité du phénomène

On dispose de peu d'éléments sur la prostitution des mineurs. Il n'existe aucune appréciation chiffrée du phénomène dont l'ampleur – plus encore que celle de la prostitution en général- donne lieu à appréciations divergentes et controversées.

Il y a en effet, comme le souligne l'Assemblée nationale, un écart « *abyssal* » entre l'estimation des services de police, pour lesquels il s'agirait d'une question très marginale en termes quantitatifs, et celle de certains opérateurs associatifs pour lesquels il s'agit d'une préoccupation très importante.

Selon les services de police et de justice l'incrimination qui pèse sur les clients et les sanctions particulièrement lourdes qu'encourent les proxénètes tendrait à dissuader cette forme de prostitution sur le territoire français.

Les enquêtes menées à Paris par la brigade de répression du proxénétisme comme par la brigade des mineurs concluent que la prostitution de mineurs « *reste un phénomène limité et de faible ampleur* » : 16 cas de minorités détectés en 2010. Dans les autres grandes villes françaises les cas ne dépasseraient pas quelques unités par an : 2 à 5 cas par an en moyenne à Lyon ou Marseille. Selon l'OCRTEH, les mineurs représentent moins de 0,5% du total des mis en cause pour racolage en 2010 en France.

La PJJ de son côté, interrogée par la mission, dit n'avoir jamais eu connaissance d'affaires concernant des mineurs de nationalité française. Les seuls cas identifiés concernent selon elle des mineurs étrangers isolés (MIE) victimes de réseaux criminels allant parfois jusqu'à les « recruter » dans l'antichambre du tribunal de Bobigny.

A l'opposé, des associations dont l'objet est la lutte contre la prostitution de mineurs considèrent qu'il s'agit d'une préoccupation importante et font état de milliers de mineurs prostitués –sans être en mesure de fournir une base objective à ces évaluations qui restent très largement intuitives

Dans un cas comme dans l'autre il est évident que l'appréciation est biaisée par l'angle d'approche et le positionnement de ceux qui y procèdent. Au total la prostitution des mineurs apparaît comme un phénomène particulièrement mal connu et mal appréhendé par les institutions publiques.

Un problème mal appréhendé par les institutions publiques

Le relatif déni du problème par les acteurs institutionnels s'accompagne d'un faible investissement sur ce sujet, qui n'est pas traité en tant que tel mais occasionnellement abordé dans le cadre d'actions sur la prostitution en général, ou sur les mineurs étrangers isolés, par exemple.

Il n'existe pas de structure institutionnelle spécialisée pour traiter de la prostitution des mineurs et sa prise en charge est particulièrement éclatée : entre l'Etat, compétent en matière de prostitution et le

Département, compétent en matière de protection de l'enfance, mais aussi entre les services de police, de justice et les services sociaux .

L'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) devrait avoir vocation à travailler sur la question mais cette problématique ne semble pas apparaître dans ses rapports.

Au niveau de l'ASE, l'accueil de mineurs victimes de prostitution ne semble pas repéré comme une problématique spécifique. Le phénomène échappe très largement aux services de la protection de l'enfance. Ainsi sur un millier de signalements en 2004 en provenance de l'ASE de Paris, à peine 0,1% l'ont été pour ce motif¹⁴³.

Ce constat de carence est confirmé dans le rapport commandé par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sur « *la prostitution de mineurs à Paris* » qui constitue l'une des rares sources disponibles sur le sujet.¹⁴⁴ Selon lui, « *les entretiens menés auprès des professionnels de l'ASE (de Paris) confirment que la problématique de la prostitution des mineurs demeure totalement inexplorée et désinvestie. Les situations de prostitution ne constituent jamais le motif d'entrée des jeunes, et les structures disent n'accueillir quasiment pas de mineurs victimes de prostitution.* »

La mobilisation pour lutter contre la prostitution des jeunes mineurs semble limitée à quelques opérateurs associatifs de terrain - Hors la rue, Aux captifs la libération- ou filiales françaises d'organisations internationales luttant contre l'exploitation des enfants -ECPAT France, ACPE, La voix de l'enfant...qui se situent dans le cadre de l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant (ONU).

Orientations possibles d'une mission sur le sujet

La problématique d'une mission sur la prostitution des jeunes mineurs pourrait être résumée par la question suivante : comment améliorer la prise en compte -et la prise en charge- par le dispositif de protection de l'enfance des problématiques liées à la prostitution?

La mission pourrait notamment s'attacher à analyser les parcours individuels et la chaîne de traitement par les différents acteurs des situations détectées : comment s'effectue le repérage et ce qu'il advient réellement d'un jeune repéré, à un stade ou un autre, comme étant prostitué ou en danger de prostitution. Elle pourrait également évaluer la façon dont sont pris en compte les facteurs de risques prostitutionnels et les mécanismes d'entrée dans la prostitution. Des recommandations pourraient en découler sur les circuits de signalement, sur la mise en place éventuelle de dispositifs spécifiques et sur la prévention de l'entrée dans la prostitution.

Une des difficultés essentielles de réalisation de tels travaux réside dans le peu d'éléments tangibles sur lesquels fonder les investigations.

Une autre difficulté tient à l'impossibilité d'avoir une approche de la prostitution des mineurs à partir des seuls services sociaux : d'une part ceux-ci ont une très faible connaissance du phénomène ; d'autre part la prise en charge par l'ASE d'un jeune qui se prostitue s'effectue dans un cadre « banalisé », notamment lorsqu'à la suite d'un signalement celui-ci fait l'objet d'une mesure de placement (ce qui explique sans doute le constat précité selon lequel les structures d'accueil disent ne recevoir quasiment pas de mineurs victimes de prostitution).

La spécificité des phénomènes de prostitution juvénile doit pour une très large part s'appréhender en amont, au niveau des services de police (brigade des mineurs, brigade de répression du proxénétisme) et de justice (PJJ).

¹⁴³ Source Observatoire parisien de l'enfance en danger (OPED)

¹⁴⁴ *La prostitution de mineurs à Paris : données, acteurs et dispositifs existants*, rapport final –octobre 2006, Cabinet Anthropos

Annexe 3 : Revue de la littérature étrangère sur les problématiques de santé observées dans les études portant sur les personnes qui se prostituent

Avertissement

Devant le manque de données épidémiologiques sur les problématiques sanitaires associées à l'activité prostitutionnelle en France, la mission a procédé à une revue descriptive de la littérature étrangère en recensant les études scientifiques publiées depuis le début des années 2000, principalement en Europe occidentale, mais aussi en Amérique du Nord et en Australie, et accessoirement en Amérique latine et en Asie. Concernant la représentativité de ces études, il convient de préciser qu'elles ont toutes des limites méthodologiques (tailles d'échantillon plus ou moins importantes, type de recueil de données surtout transversale et descriptif, biais de représentation, biais de déclaration..), qu'elles portent surtout sur la prostitution de rue, certaines s'intéressant, en propre ou à titre de comparaison, à d'autres modes d'exercice (en appartement, en salon de massage, via internet). Outre de ne porter que sur des segments de la population des personnes qui se prostituent, ces études sont de surcroît réalisées dans des pays où la prostitution a ses caractéristiques propres (qu'il s'agisse des régimes juridiques et des règlements en vigueur, des origines géographiques des personnes, de l'importance de l'offre de soin et des politiques dédiées...). En tout état de cause, au regard de la diversité des problématiques qu'elle met en évidence, cette revue montre la nécessité de disposer de données épidémiologiques fines et actualisées en France afin de mieux décrire la santé des personnes qui se prostituent et de proposer des réponses adaptées à leurs besoins.

1. PREVALENCES DU VIH, DES IST, DES GROSSESSE NON DESIREES ET DES IVG

1.1. Prévalence du VIH

En France, il y a très peu de données disponibles concernant la prévalence du VIH en milieu prostitutionnel. La seule étude séroépidémiologique réalisée auprès de femmes qui se prostituent date du début des années 1990 [60]. Elle fait état d'une prévalence particulièrement élevée chez les femmes se prostituant consommatrices de drogues intraveineuse (33 % versus 2 % chez les non consommatrices)¹⁴⁵. Les auteurs n'excluent pas une sous-estimation de cette prévalence du fait de la sous-représentation dans l'échantillonnage des femmes d'origine africaine et de celles travaillant la nuit. En 2004, une étude plus qualitative retrouve cette tendance, les 3 seuls cas de séropositivité VIH (sur 153) étant déclarés par des femmes se prostituant usagères actives ou passées d'opiacés [61]. Les auteurs insistent également sur la probable sous-estimation de la prévalence du VIH, du fait de l'importance des statuts inconnus (10 %) et des biais de désirabilité possible dans les réponses.

Au-delà des biais qui minorent sans doute ces estimations (sous-représentation de certains sous groupes, biais de désirabilité sociale, données manquantes), il faut prendre en compte que, depuis la réalisation de ces études, le phénomène de la prostitution a connu des évolutions susceptibles d'influer significativement sur la prévalence du VIH et les risques de contamination.

¹⁴⁵ A l'époque, la prévalence du VIH chez les personnes usagère de drogues était estimée à 40%. Aujourd'hui, cette prévalence serait autour de 10%, du fait des changements de comportements des usagers dans un contexte d'accès facilité aux seringues stériles et au traitement de substitution.

L'hétérogénéité des populations concernées (femmes, hommes, personnes trans), la variété des origines géographiques (vagues de migrations successives de personnes issues d'Europe de l'est et d'Afrique sub-saharienne anglophone), la diversification des modes d'exercice (prostitution de rue, prostitution en intérieur) le développement d'internet et des réseaux sociaux), les modifications environnementales (diffusion des traitements de substitution aux opiacées sur fond de polyconsommations, intensification de la présence policière, hausse possible des violences liés notamment à l'expansion des réseaux) sont autant de facteurs à prendre en compte pour apprécier la situation épidémiologique du VIH dans le milieu de la prostitution.

La revue de la littérature étrangère montre que la prévalence du VIH est comprise entre 0 % et 1,5 % parmi les femmes qui se prostituent en Europe [13, 14, 18, 20, 45, 46, 47, 48, 49], avec des taux parfois plus élevés chez les femmes d'origine subsaharienne [20, 48]. De même qu'à l'instar de ce qu'observent les études françaises des années 90, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes qui se prostituent et qui s'injectent des drogues (de 13.6 % à 23.8 %) [20, 45, 46].

Chez les personnes trans qui se prostituent, souvent migrantes, des prévalences encore plus élevées sont retrouvées dans une étude récemment menée en France (17, 2 % chez les personnes trans s'étant déjà prostituées, 36,4 % chez les personnes trans s'étant déjà prostituées nées à l'étranger (n=4) [91]) et dans des études européennes (de 18, 8 % à 37.5 %) [4, 5, 20, 50, 51, 92] dans un contexte de méconnaissance de leur séropositivité par les personnes infectées [5].

Une étude menée entre 2006 et 2009 en Argentine auprès de 273 personnes trans qui se prostituent dans sept villes [11] retrouve des prévalences du VIH de 34.1 %, avec une incidence du VIH de 10.7 per 100 personnes année, témoignant d'une épidémie très active. Pour les auteurs, cette prévalence et cette incidence particulièrement élevées du VIH chez les personnes trans, mettent en évidence la très grande vulnérabilité de ces populations et plaident pour des interventions préventives ciblées urgentes à leur attention et une facilitation de leur accès aux soins.

Les études européennes s'intéressant à la prostitution masculine sont moins nombreuses, pointant pour certaines [2] la difficulté de repérage et d'accès aux hommes qui ont des relations sexuelles de type prostitutionnel avec d'autres hommes (absence de programme de prévention dédié en direction de cette population). Certaines études font état de prévalence comprises entre 10.8% et 16.9% [2, 3, 4], plaidant en faveur d'actions de prévention ciblées sur ces populations, avec un focus sur les hommes migrants [2].

L'ensemble de ces tendances est retrouvé dans une méta-analyse réalisée sur 25 études dans 14 pays qui objective un sur-risque de VIH chez les personnes trans qui se prostituent comparativement aux autres populations qui se prostituent (RR=1.4), et plus particulièrement par rapport à celle des femmes (RR=4) [8].

Outre ses complications morbides, l'infection par le VIH des personnes qui se prostituent est décrite comme une difficulté importante dans leur quotidien, du fait des contraintes du suivi et du traitement pas toujours compatibles avec leur mode de vie et de la stigmatisation attachée à la séropositivité dans le contexte prostitutionnel en particulier [86].

1.2. Prévalence des autres IST et des hépatites virales

En France, l'étude réalisée auprès de femmes qui se prostituent entre 1990 et 1992 [60] estimait les prévalences des autres IST comprises entre 13 et 40% (incluant gonocoques, chlamydia et trichomonas), taux sensiblement plus élevés qu'en population générale. Ces IST étant à la fois marqueurs de pratiques sexuelles à risque [13, 86] et génératrices de lésions génitales, leur fréquence augmente la probabilité de contracter le VIH [86].

Les études européennes plus récentes sur les personnes qui se prostituent retrouvent des taux d'IST globalement plus importants qu'en population générale, ces prévalences variant d'une étude à l'autre chez les femmes (de 0.6 % à 3.7 % pour les gonococcies [13, 14], de 2.2 % à 2.5 % pour la syphilis [18, 49], de 4.7 % à 14 % pour les chlamydiae [13, 14, 59]), chez les hommes (1.7 % pour les gonococcies, 12.5 % pour la syphilis, 9.7 % pour les chlamydiae, au moins une IST chez 45 % [3]) et les personnes transgenres (de 14 % à 40,3 % pour la syphilis [50, 92], au moins une IST dans 33 à

66% des cas [5, 51]). En dehors d'Europe, l'étude menée en Argentine entre 2006 et 2009 retrouve des taux de syphilis de 20.4 % chez les hommes et de 50,2% chez les personnes transgenres [11].

Chez les femmes qui se prostituent, les IST sont parfois associées au fait d'être une jeune personne exerçant depuis peu de temps [59], d'être originaire d'Europe de l'Est [14] ou d'Afrique subsaharienne [48], de ne pas fréquenter les structures de première ligne proposant soins et prévention [18]. Une étude estime le risque global pour une femme qui se prostitue de contracter une IST à 91 % sur l'ensemble de sa durée d'activité, en insistant notamment sur les conséquences invalidantes de leur mauvaise prise en charge : risque accru d'inflammations pelviennes chroniques) [55, 86], d'infertilité (jusqu'à onze fois plus de risque) [58, 86] et de grossesses extra-utérines [86].

Parmi les papillomavirus humains (HPV) transmis par voie sexuelle, certains peuvent être à l'origine de verrues (condylomes), d'anomalies cellulaires modérées à sévères, de lésions précancéreuses et de cancers du col de l'utérus chez la femmes (mais aussi de cancers du vagin, de la vulve ainsi que du pénis et de cancers anaux chez les hommes).

Plusieurs études menées auprès de femmes qui se prostituent en Europe occidentale font état de prévalences HPV très supérieures à la population générale de même âge [52, 53] associées à un sur-risque de lésions précancéreuses (77.4 % de HPV dont 56 % à haut-risque cancérigène contre 27.6% de HPV dont 14.3 % à haut risque dans les populations contrôles) [52], les femmes originaires d'Afrique du nord et d'Europe de l'Est [48], celles étant les plus jeunes et qui se prostituent depuis moins d'un an semblant plus exposées [36], le nombre de partenaires sexuels semblant être un déterminant majeur de l'acquisition de HPV à haut risque [53]. Dans une étude, les auteurs observent 18.5 % de lésions intra-épithéliales du col de l'utérus chez les femmes qui se prostituent contre 3.5 % dans le groupe témoin [52].

Tableau 4 : prévalences VIH/IST parmi les personnes qui se prostituent observées dans les études européennes

	VIH	gonococcies	syphilis	chlamydiae	papillomavirus à haut risque
Femmes	[0-1.5 %]	[0.6-3.7%]	[2.2-2.5 %]	[4.7-14 %]	56%
Femmes usagères de drogues	[13.6-23.8 %]				
Prostitution masculine	[10.8-16.9 %]	1.7%	12.5 %	9.7 %	
Personnes Trans	[17.2-37.5 %]		[14-40 %]		
Population générale*	0.2%	< 0.1%	0.001%	[1.4-1.6 %]	14.3 %

Source : études européennes citées ci-dessus

*Estimation des prévalences en population générale

- Prévalence du VIH en France calculée d'après le rapport Yeni [95] qui estime à 152 000 le nombre de cas de séropositivité en 2008 (soit 0.2% à la population générale)
- Prévalence de chlamydiae en France d'après une estimation de l'Institut de veille sanitaire [96] au sein de la population des personnes âgées entre 18-44 ans (1.4% chez les hommes et 1.6% chez les femmes).
- Prévalence des gonocoques en France estimée par rapport aux chlamydiae (10 à 20 fois moins fréquente) in « L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France » Page : 281-289 M. Herida, A. Michel, V. Goulet, M. Janier, P. Sednaoui, N. Dupin, B. de Barbeyrac, C. Semaille
- Prévalence de la syphilis en population générale dans les pays industrialisés estimée entre 1 à quelques cas pour 100 000 personnes in « recommandations en santé publique, Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France, Mai 2007 » Haute Autorité de Santé.
- Prévalence du papillomavirus à haut risque estimée sur des populations de référence comparables en termes d'âge et d'origine géographique dans l'étude belge d'où sont issues les données chez les femmes qui se prostituent [52].

Il est à noter que dans l'étude argentine réalisée entre 2006 et 2009 auprès de personnes trans qui se prostituent [11], la prévalence du HPV (recherchée selon les auteurs pour la première fois dans une étude sur les personnes trans qui se prostituent) est de 97.4%. (82.5% de HPV à haut risque), ce qui renforce l'idée que cette population doit faire l'objet d'actions préventives ciblées.

S'agissant des virus herpétiques, des études montrent la prévalence élevée des herpès labiaux et génitaux dans un groupe de femmes qui se prostituent utilisant assez régulièrement le préservatif [88].

Concernant l'hépatite virale B (VHB), les études européennes menées auprès de personnes qui se prostituent retrouvent des prévalences (infection passée ou présente) de 1.6 % à 34.8 % chez les femmes [14, 49], de 29 % chez les hommes [3] et de 53,5 % chez les personnes transgenres [92]. A cet égard, les auteurs insistent sur l'intérêt et la faisabilité [12] de la vaccination.

Par ailleurs, plusieurs études menées chez des femmes qui se prostituent en Europe retrouvent des prévalences de l'hépatite virale C (VHC), virus surtout transmis par voie sanguine mais possiblement transmissible par voie sexuelle, entre 0.7 % et 14 % [14, 17], les prévalences les plus hautes étant observées au sein de population dont une partie est usagère de drogues. Une étude menée entre 1992 et 2003 en Italie retrouve une prévalence moyenne de 13,3 % pour le VHB chez les personnes trans qui se prostituent [92]. L'étude menée en Argentine entre 2006 et 2009 retrouve pour sa part des prévalences du VHC de 6,1 % chez les hommes et de 4,5 % chez les personnes transgenres qui se prostituent [11].

1.3. Prévalence des grossesses non désirées et des IVG

Plusieurs études font apparaître un risque de grossesses non désirées et d'IVG plus élevé chez les femmes qui se prostituent qu'en population générale. Plus de la moitié des femmes interrogées déclarent au moins une grossesse non désirée [34], de 37.6 % à 45 % au moins une IVG dans la vie [33, 34, 48], 28 % une IVG dans l'année [35]).

Par ailleurs, une étude anglaise [42] suggère que si la grossesse se poursuit, le suivi est souvent de mauvaise qualité (seul un tiers des femmes enceintes s'est rendu à l'ensemble des visites prénatales, 13 % ne se présentant à aucune de ces visites, et 4 % achevant leur grossesse par une mort in utero, soit un taux 10 fois supérieur à la normale d'après les auteurs).

2. COMPORTEMENTS FACE AUX RISQUES DE VIH/ IST ET DE GROSSESSES NON DESIREES

Niveau d'utilisation du préservatif

Le niveau d'utilisation du préservatif est globalement élevé parmi les personnes qui se prostituent mais on observe des différences selon le profil de la personne qui se prostitue, le type de pratiques et de partenaires, ainsi que le contexte d'activité.

Comme toute information où on évalue un potentiel de contamination, les données recueillies sur l'usage du préservatif peuvent faire l'objet de biais de désirabilité. Ce risque semble globalement peu important (les niveaux d'usages déclarés étant généralement corrélés aux prévalences d'IST observées [63]), même s'il est parfois évoqué chez certaines personnes consommant des drogues [61].

En France, l'étude réalisée au début des années 1990 auprès de femmes se prostituant montre une utilisation systématique du préservatif avec le client chez 95 % des répondantes pour les relations vaginales et chez 84 % s'agissant des fellations. Si l'utilisation du préservatif avec des clients semble être la règle, les femmes interrogées déclarent parfois un peu moins l'utiliser quand il s'agit d'habitues. En revanche, l'utilisation régulière des préservatifs dans le cadre des relations privées est assez rare, puisqu'elle ne concerne que 10,5 % des femmes [60].

Ces tendances sont retrouvées dans les études européennes avec un usage systématique du préservatif avec les clients rapporté par 83% à 100% des femmes (les taux les plus bas étant allégués en cas de fellation, le niveau de protection étant de plus de 90% pour les rapports vaginaux et anaux [30, 47, 49], une moindre systématisme étant observée quand il s'agit de clients réguliers [86] ou en cas d'usage de drogues [20])

Le taux d'usage systématique ne concerne que 15 % à 30 % des femmes dans le cadre privé [30, 47, 86]. A noter la fréquence parfois élevée des ruptures de préservatifs signalées dans certaines études [47] (à l'instar de l'étude française réalisée il y a 20 ans [60]), étant notamment documentées comme liées à l'utilisation de produits lubrifiants non adaptés.

Concernant plus spécifiquement la prévention des grossesses non désirées, deux études étrangères montrent que le risque d'IVG augmente avec le nombre de grossesses, l'ancienneté de la prostitution, le nombre de clients, l'usage irrégulier ou les ruptures du préservatif [33, 35] et diminue avec le nombre d'enfants, l'âge et la connaissance de la contraception. D'autres études soulignent le bas niveau de contraception chez les femmes qui se prostituent déclarant des IVG (38% n'ont pas utilisé de contraception lors du dernier rapport) [34] et le faible recours aux contraceptifs oraux (24% des femmes de l'étude [34] contre 11% dans une étude anglaise [42]). Dans l'une d'elles [34], 30% des femmes n'ayant pas utilisé de contraception lors du dernier rapport considèrent par ailleurs la prévention des grossesses importante. Mais, comparées aux autres femmes qui se prostituent, leur connaissance de la contraception et leur capacité à négocier l'usage du préservatif est plus faible. En tout état de cause, la promotion de méthodes contraceptives efficaces reste une priorité, une bonne connaissance de la contraception étant un facteur protecteur d'IVG. Cependant, le préservatif ne pouvant suffire à prévenir les grossesses (ruptures), la promotion d'autres méthodes contraceptives efficaces est aussi nécessaire [35].

Les études mesurant le niveau d'utilisation du préservatif avec les clients chez les personnes trans qui se prostituent ne sont pas très nombreuses. Globalement, le niveau de protection semble un peu inférieur à ce qui est observé chez les femmes [88]. Dans certaines, le taux allégué d'utilisation systématique du préservatif avec les clients est compris entre 90 et 100 % [23,93] dans d'autres, ce taux est moins important [7, 20, 50, 51], avec des usages irréguliers du préservatif avec les clients reportés par 24 % des personnes trans dans les derniers six mois (contre 17% des femmes) dans une étude hollandaise [20]. Dans une étude italienne [50], 79 % des personnes trans qui se prostituent déclarent un usage systématique du préservatif avec le client, et dans une autre étude de cohorte italienne auprès de personnes transgenres qui se prostituent ayant fréquenté un centre de test et de conseil entre 1992 et 2003 [51], les auteurs constatent que la protection avec les clients – au cours des six derniers mois – a augmenté entre 1993 et 2001 (de 42.6 % à 91.4 %) mais qu'elle a ensuite diminué, tombant à 74.6 % en 2003. Les auteurs constatent que la prévalence VIH a varié parallèlement à cette baisse de protection (baisse de 55.6 % en 1993 à 9.9 % en 2001 puis remontée à 16.7% en 2003).

Cette moindre systématisme de l'usage du préservatif se traduit pour certains auteurs par les plus fortes prévalences du VIH et des IST [5] au sein de cette population et peut notamment s'expliquer par la conjonction fréquente de facteurs de vulnérabilité (violences, stigmatisation¹⁴⁶, addictions) [5, 7].

Par ailleurs, des taux de rupture très importants du préservatif sont rapportés dans certaines études (51 % dans les derniers 6 mois) [20]

Chez les hommes qui se prostituent avec des hommes, les études sont plus rares parce qu'il s'agit d'une population moins visible et plus difficile d'accès, qui ne bénéficie généralement pas de programmes d'intervention dédiés. Pourtant tout laisse à penser que cette population est très exposée au risque de VIH, parce qu'il s'agit, dans un certain nombre de cas, de personnes migrantes moins informées et moins éduquées à la réduction des risques sexuelles [2].

Bien que reposant sur un échantillon très limité, une étude américaine publiée en 2008 observe un niveau de risque très important chez les hommes qui se prostituent avec des hommes exerçant pour partie via internet (31 % séropositivité, 69 % disant avoir eu au moins une fois un rapport anal non protégé avec un homme séro-discordant ou de statut inconnu) [1].

¹⁴⁶ Une étude (hors contexte prostitutionnel) montre que le fait d'être exposé à la transphobie engendrerait des prises de risque trois fois plus fréquentes chez les plus jeunes personnes trans (entre 18 et 25 ans) [83].

En France, une étude menée en 2004 [62] évoque des niveaux de risque assez important (30 % d'usage irrégulier du préservatif). Le Net Gay Baromètre 2009 cité par le Conseil National du Sida [64] constate que les hommes ayant reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles avec d'autres hommes contactés via internet sont plus nombreux à déclarer au moins une relation anale non protégée avec leurs partenaires (61,2% vs 37,5 %), à s'engager dans des prises de risque régulières (36,8 % vs 19,6 %) ou systématiques (19,5% vs 8,1 %) et à se déclarer séropositif au VIH (15,8 % vs 11,5 %).

Freins à l'utilisation du préservatif

Dans un contexte d'activité marquée par la demande de rapports non protégés de la part des clients, l'analyse de la littérature étrangère permet de recenser un ensemble de déterminants plus ou moins fortement intriqués, incluant éléments de contexte (modes opératoires et violences), et vulnérabilités individuelles (mauvaise appropriation des messages de prévention, troubles psychiques, addictions,..)

Rôle des clients

Une série d'études met en lumière le rôle des clients dans les dynamiques de prise de risque [69, 70, 71,72, 74, 76, 77, 78, 79, 86]. L'ONUSIDA invite les programmes traitant du VIH dans le contexte du commerce du sexe à aborder les facteurs contribuant à la demande de rapports sexuels tarifés via notamment l'éducation des clients [67].

Une méta-analyse reposant sur 78 enquêtes nationales [77] estime aux alentours de 10 % la part des hommes ayant eu au moins une fois des relations sexuelles tarifées dans l'année écoulée. Si on considère la vie entière toutes tranches d'âge confondues, cette proportion est comprise dans d'autres études entre 13 % et 16 % [44, 71, 75], exception faite de l'Espagne où elle atteindrait les 25 % [74]¹⁴⁷.

Dans les études consultées, les clients ont 30 ans et plus [70, 71, 78]. Par rapport aux hommes n'ayant jamais eu de rapports sexuels tarifés, ils seraient plus souvent non mariés [71, 74] mais déclarent fréquemment (plus de 40 %) une relation avec une partenaire stable concomitante au recours à la prostitution [74, 78]. Ils se distinguent par une sexualité plus précoce (premier rapport sexuel avant 16 ans) [71, 74, 75], un nombre de partenaires sexuelles plus important [70, 71,75, 80] et une consommation d'alcool plus marquée [74, 75], voire de drogues [86], pouvant accompagner les violences et certaines prises de risques lors des rapports avec les personnes qui se prostituent [86]¹⁴⁸. Cette violence des clients apparaît également dans une étude américaine qui suggère qu'ils auraient également plus de problèmes avec la justice, et moins d'empathie pour les personnes qui se prostituent que les hommes n'ayant jamais eu recours à la prostitution [80].

Alors que le risque de VIH et d'IST est traditionnellement imputé aux personnes qui se prostituent, plusieurs études concluent que les clients eux-mêmes présentent un haut niveau de risque sexuel pour le VIH et les IST [69, 70, 75, 78, 79]. De fait, des prévalences supérieures à la population générale sont parfois retrouvées, avec des taux de VIH allant de 2 à 11 % dans deux études menées en Inde et en Haïti [69, 79] ainsi que des taux de syphilis et de gonococcies de 1% et de 7 % dans une étude anglaise où un client sur cinq avait une IST [78]. Dans une étude menée en Suisse, près de la moitié des clients interrogés n'avaient jamais fait de test de dépistage du VIH [74].

¹⁴⁷ En France, dans une enquête menée en juin 2004 sur les clients de prostituées par le sociologue Saïd Bouamama pour le Mouvement du Nid, ce taux était de 12,7 %.

¹⁴⁸ Dans son rapport mondial sur l'exploitation sexuelle, la Fondation Scelles cite un rapport récent du Home office britannique basé sur 181 études portant sur les clients, dont il ressort que 10% des hommes adultes a eu au moins une relation avec une personne qui se prostitue dans sa vie et que plus de 90 % sont mariés ou dans une situation stable. Le rapport de la Fondation Scelles mentionne l'opération « don juan » menée à Lausanne auprès des clients dont le profil est celui d'un homme ayant une vie de couple stable ou vivant maritalement, exerçant une grande variété de professions (médecin, ouvrier, étudiant, agriculteur, chauffeur, employé de banque ou commerçant).

L'usage du préservatif avec les personnes qui se prostituent est d'autant moins systématique que les clients sont âgés [70, 74], et que leur niveau d'éducation est faible, qu'ils recourent fréquemment à la prostitution [70], qu'ils déclarent avoir eu des rapports tarifés à l'étranger [75,78]. Selon les études, le non usage systématique du préservatif avec les personnes qui se prostituent concerne de 5 % des clients lors du dernier rapport [72] jusqu'à 22,6 % sur des périodes plus longues [74]¹⁴⁹.

Plusieurs études auprès de personnes qui se prostituent témoignent en miroir de cette propension du client à ne pas utiliser le préservatif : 73,7 % et 97 % des personnes qui se prostituent interrogées dans le cadre d'études menées au Canada et au Royaume-Uni se sont vues proposer plus d'argent pour des rapports non protégés, 30.6 % et 28 % disant l'avoir accepté [15, 17] (toutes les personnes interrogées déclarant avoir des problèmes de drogues ou d'alcool). Certaines études pointent également la consommation de drogues avec le client proposé par ce dernier pour obtenir des relations non protégées [86].

Enfin, et c'est un fait important au regard des prévalences IST et des prises de risques retrouvés dans cette population, les clients sont également moins enclins à protéger leurs partenaires de vie ou leurs partenaires occasionnelles [68, 70, 79]. Ce risque de transmission du VIH et des IST à leur partenaires de vie ou occasionnelle est d'autant plus important qu'un certain nombre d'entre eux ont des relations non protégées avec des personnes qui se prostituent plus touchées par le VIH (notamment personne trans) [50].

Mode d'exercice

Plusieurs études associent le fait de se prostituer dans la rue à un usage moins systématique ou à un usage défaillant du préservatif et de manière plus générale, à un niveau de risque plus important de transmission du VIH et des IST comparativement aux modes d'exercice indoor (hôtel, sauna, internet) [9, 19, 22, 25]. S'appuyant à la fois sur une enquête réalisée auprès de 685 personnes qui se prostituent en ligne aux Etats-Unis et un recueil d'information collecté via des forums internet de clients dans une quarantaine de villes américaines entre 1999 et 2008, des chercheurs mettent en évidence des différences significatives de profils et de pratiques entre les personnes qui se prostituent via internet (meilleure insertion sociale, meilleur niveau d'éducation, moindre prise de risques sexuels, usage plus systématique du préservatif) et celles qui exercent dans la rue [19]. Une autre étude réalisée en Grande Bretagne aboutit aux mêmes conclusions en comparant des personnes qui se prostituent dans les salons de massage avec celles exerçant dans la rue [22].

Pour certains auteurs, ce n'est pas tant l'espace de la rue que certaines contraintes spécifiques qui s'y exercent qui peuvent expliquer la plus forte fréquence des rapports sexuels non protégés. Ainsi, dans une étude menée à Vancouver, la moindre utilisation du préservatif est le plus fortement associée à certaines restrictions géographiques d'activité (OR=3.39) et à l'exercice hors des rues principales du fait des pressions policières (OR=3) [16]. Une méta-analyse observe pour sa part que la pression et le harcèlement policier, y compris dans des pays où l'activité prostitutionnelle n'est pas illégale, peut contribuer à un surcroît d'exposition aux violences, à certaines prises de risque (IST, addiction), à un stress morbide et une perte d'estime de soi, et à un moindre accès aux services [86].

Cependant, les personnes qui se prostituent hors de la rue (appartement, salon de massage) peuvent être amenées à prendre aussi des risques importants pour plusieurs raisons : plus grande facilité à avoir des rapports avec pénétration, confiance faite à certains clients familiers [68, 86], prestation sur un temps long qui peut rendre plus difficile de refuser des rapports non protégés demandés par des clients croyant que la personne qui se prostitue a une bonne hygiène (bonne hygiène qui écarte dans l'esprit de ces clients toute possibilité que la personne soit infectée par les VIH et IST) [68].

¹⁴⁹ En France, l'étude Sida Info service de 2005 retrouve des niveaux de prise de risque élevés chez les clients appelant la ligne SIS: plus de 6 rapports à risque de contamination potentiel, préservatif mal ou non utilisé plus de 6 fois sur 10 pour les rapports avec pénétration et 8 fois sur 10 pour les rapports oro-génitaux.

Violences

Parmi les autres facteurs pouvant favoriser les rapports sexuels non protégés, la violence à l'encontre des personnes qui se prostituent est régulièrement évoquée dans la littérature étrangère [5, 6, 16, 17, 31, 38, 39, 40, 41, 66, 86]. Plusieurs études établissent un lien direct entre rapports non protégés et violences des clients, le non usage systématique [16, 40] ou la mauvaise utilisation du préservatif [38] étant deux fois plus fréquente chez les personnes qui se prostituent agressées par ces derniers. Selon les études, cette moindre utilisation du préservatif des personnes qui se prostituent violentées est objectivée par un sur-risque d'IST allant du simple au double [39, 38] et une vulnérabilité accrue en termes de santé reproductive (plus de grossesses OR : 1.2, plus de fausses couches OR : 1.4, plus d'IVG OR : 2.2 [40]).

Le rapport non protégé peut être imposé physiquement par le client, il peut aussi se produire dans un contexte de faiblesse, voire de détresse psychologique favorisée par les violences subies, qui amoindrit les capacités de négociation des personnes ou qui les conduit à être moins vigilantes [35]. Par violence subies, il faut également entendre, en plus des violences physiques, les violences verbales, les stigmatisations et les rejets dont font l'objet les personnes qui se prostituent, notamment les personnes trans (moins souci de soi) [6].

Troubles psychiques

Plusieurs études menées auprès des publics qui se prostituent retrouvent une association entre la présence de troubles psychiques et une plus grande vulnérabilité aux risques sexuels [7, 10, 21, 27 31, 66], une étude menée à Hong Kong [21] observant une utilisation moins systématique du préservatif chez les personnes présentant des symptômes dépressifs (deux fois moins) que les personnes n'en présentant pas.

Deux études américaines [7, 10] pointent la vulnérabilité particulière des personnes trans présentant notamment des troubles psychiques et insistent sur l'importance de prendre en compte la dimension psychosociale dans les actions de lutte contre le VIH en accordant une attention particulière au manque d'estime de soi, aux violences et à l'usage des drogues.

De manière générale, l'OMS rappelle que les problèmes de santé mentale, y compris les troubles liés à la consommation de substances, sont associés à un risque accru d'infection à VIH et de sida (incidence sur la capacité à adopter des comportements plus sûrs ; accroissement de la probabilité de situations dans lesquelles les comportements à risque sont plus fréquents) [90].

Usage de produits psychoactifs

L'usage de drogues illicites (héroïne, cocaïne, crack, ...) est un des facteurs régulièrement associés à la prise de risque sexuel (et aux VIH/IST) [5, 6, 15, 17, 20, 21, 22, 41, 45, 46, 55, 56, 57, 58, 66, 86], parfois de façon prépondérante [22, 66]. Ce sur-risque lié aux drogues (et à l'alcool [86]) se traduit par un relâchement des comportements de prévention, lié à l'effet des produits ou aux vulnérabilités dont l'usage peut parfois s'accompagner (moindre capacité à refuser l'usage du préservatif en cas de demande du client [15, 17, 86], mauvaise utilisation du préservatif par assèchement des muqueuses, désinhibition favorisant la prise de risque [64, 86]).

Recours au dépistage et à la vaccination

Selon une étude anglaise, plus de 80 % les femmes qui se prostituent auraient été dépistées au moins une fois dans leur vie, ce taux chutant à 35 % dans l'année passée. Par ailleurs, seul un quart des personnes serait vacciné contre l'hépatite B, ce qui est très peu compte tenu de leurs niveaux d'exposition [42].

Prévention des grossesses non désirées

Plusieurs études font état de faible taux de recours à la contraception orale, avec des variations selon le mode d'exercice ; ainsi le taux de femmes qui se prostituent dans la rue utilisant un contraceptif oral varierait entre 11 % et 27 % [17, 34, 48], celles travaillant indoor semblant plus enclines à utiliser un moyen de contraception en plus du préservatif (48 % vs 11 %) et à recourir à la contraception d'urgence dans les deux dernières années (28 % versus 6 %) [22].

Suivi gynécologique

Dans une étude anglaise [17], seules 38 % des femmes qui se prostituent avaient des dépistages réguliers, ce qui est d'autant plus insuffisant que les facteurs de risque de cancer du col sont importants dans cette population (HPV, autres IST, multiplicité des partenaires, tabagisme). Dans une autre étude anglaise menée sur plusieurs années, près de la moitié des femmes suivies ont au moins une anomalie cellulaire au dernier frottis, dont 7 % étaient des cancers intra-épithéliaux [55]. Cette même étude retrouve également des problèmes de santé reproductive dans 38 % des cas

Une autre étude menée en Chine auprès de 253 femmes retrouve 10 % de cancers intra-épithéliaux de en lien avec une infection HPV, la plus faible observance observée chez les femmes ayant des résultats anormaux démontrant pour les auteurs l'intérêt du dépistage précoce du cancer col via des dispositifs allant à la rencontre des personnes [37]. Enfin, une étude réalisée en Belgique observe des taux de lésions épithéliales de 18 % parmi un échantillon de femmes qui se prostituent [52].

3. AUTRES PROBLEMES DE SANTE EVOQUES DANS LES ETUDES ETRANGERES PORTANT SUR LA PROSTITUTION

Violences

Très souvent retrouvée dans les études [5, 6, 16, 17, 31, 38, 39, 40, 41, 56, 57, 58, 86, 94], la violence est un déterminant de santé qui ne se réduit pas seulement aux violences physiques (coups, blessures, vols, violences sexuelles, séquestrations, meurtres...) [86] mais qui comprend aussi les violences verbales et psychologiques (insultes, harcèlement, stigmatisation...) pouvant entraîner des états de stress, de déstabilisation et de vulnérabilité durables [86].

Selon les études, entre 11 % et 50 % des personnes qui se prostituent disent avoir été sexuellement ou physiquement violentées dans le cadre de leur activité prostitutionnelle dans les douze derniers mois [39, 40, 44, 66]. Sur l'ensemble de la période d'activité, ce taux se situe entre 62 et 81 % pour les violences sexuelles [31, 57, 58] et entre 73 et 95 % pour les violences physiques [31, 57, 58, 66, 94]. Il s'agit pour une proportion importante de violences perpétrées par le client [56, 58, 66, 91] (celui-ci étant à l'origine de 46 % des violences sexuelles et 55 % des violences physiques dans une grande étude [58]).

Une étude anglaise [65] précise que ce niveau de violence peut varier du simple au double selon le contexte de la prostitution, les personnes exerçant dans la rue étant globalement plus exposées (50 % versus 25 % dans les derniers six mois dans l'étude, 81 % versus 48 % dans la vie) que celles travaillant indoor (ces dernières faisant plus souvent l'objet de tentatives de viol que de violences physiques). En tout état de cause, des plaintes ne sont déposées qu'entre 30 % et 40 % des cas [42, 65], le plus souvent par manque de confiance envers les institutions et par conviction qu'aucune suite ne sera donnée [42].

S'ajoutant aux violences liées à la prostitution, une étude menée auprès de femmes, d'hommes, et de personne transgenres qui se prostituent à San Francisco fait également état d'une fréquence importante des violences dans leur vie privée (50%) [41]. Plusieurs études [17, 31, 57, 58, 66, 94] pointent enfin des antécédents de violences physiques et sexuelles dans l'enfance des personnes interrogées (dans des proportions allant de 44 à 85 %).

Les violences ont un impact physique et psychique sur la santé des personnes se traduisant par une morbidité à la fois directe (coups et blessures) et indirecte (vulnérabilité aux risques sanitaires, troubles psychiques et stigmatisation sociale pouvant entraîner un défaut d'accès aux soins). Sur ce dernier point, plusieurs études montrent que la stigmatisation peut constituer un obstacle aux soins (la moitié des personnes interrogées dans une étude font état de difficultés d'accès aux soins dans 6 derniers mois) [43] ou engendrer une prise en charge de moindre qualité (entre 50 et 70 % des personnes qui se prostituent qui consultent pour des problèmes de santé n'évoquent pas leur activité par peur du jugement ou des conséquences) [41, 42, 44].

Avec les addictions, les violences contribuent également à une surmortalité des personnes qui se prostituent objectivée dans deux études [55, 56] (voir partie usage de produit psychoactifs).

Troubles psychiques

Les troubles psychiques sont souvent retrouvés dans la littérature (troubles psychosomatiques, dépression, anxiété, tentative de suicide, états de stress post traumatiques,...) [6, 17, 24, 26, 27, 28, 31, 32, 55, 57, 58, 66, 87, 94]. Selon les études, ces troubles peuvent être associés aux conditions d'exercice de la prostitution (stress dû à l'insécurité et à la peur des agressions, violences et pressions de l'environnement, stigmatisation sur fond d'isolement), aux profils individuels (violences précédant l'activité prostitutionnelle tel que les abus et traumatismes dans l'enfance ou à l'adolescence, addictions, troubles psychiatriques préexistants) et/ou aux déterminants sociaux (précarité, exclusion).

Des études menées en Europe et aux Etats-Unis font état de prévalences variables de syndromes dépressifs (de 10 à 68 %) [6, 17, 24, 27, 31, 55, 66, 94] dont plusieurs retrouvent des prévalences égales ou supérieures à 40 % [6, 17, 27, 31], ces prévalences importantes s'accompagnant souvent de comportements addictifs et de précarité. Par ailleurs, plusieurs études réalisées en Chine retrouvent des taux de dépression élevés (de 30 à 65 %) parfois accompagnés d'idées suicidaires (de 14 à 38 %) et de tentatives de suicide (entre 8 et 9 %) dans les dernier six mois [21, 26, 28]. Une étude suisse, qui met en évidence des différences significatives de prévalences chez les femmes exerçant dans la rue par rapport à celles exerçant indoor en Suisse (45 % de dépressions dans la rue versus de 10 à 15 % de dépression indoor), conclut à l'impact des conditions d'exercices (violences, contraintes et perceptions subjectives) sur la santé mentale, les troubles psychiques étant plus fréquents chez les usagères de drogues travaillant dans la rue et les étrangères non issues de l'UE [24].

Selon les études, les troubles peuvent aussi prendre la forme de tableaux de dépersonnalisation (indifférence, mise à distance) observés dans le cadre de burnout chez des personnes qui se prostituent travaillant indoor [32]), de signes psychotiques parmi les personnes qui se prostituent dans la rue [55] ou de troubles psychosomatiques (dermatoses, céphalées, maux de ventre, ulcères gastriques, ...) [94].

Quelques études [24, 31, 57, 58, 94] évoquent aussi dans des proportions variables (de 6 à 68%) l'état de stress post traumatique (PTSD pour post traumatic stress disorder) défini dans le DSM-IV comme un trouble se manifestant à la suite d'une ou plusieurs expériences vécues comme traumatisantes par une réviviscence du traumatisme, un évitement des stimuli associés et un émoussement de la réactivité générale. Il peut se traduire par des cauchemars, des troubles du sommeil, une grande anxiété, des crises de panique, une hypervigilance, une réduction d'intérêt pour les choses importantes, une restriction des affects et un détachement des autres et peut s'accompagner d'addictions, de dépressions, et de tendances suicidaires. Parmi les facteurs associés sont évoqués les traumatismes infantiles, l'instabilité familiale, les carences parentales, les violences sexuelles et physiques à l'âge adulte, les comorbidités psychiatriques, l'usage de drogues, le fait d'être sans abri, la torture [31], l'intensité du PTSD étant liée dans quelques études à la fréquence des violences et abus subis par les personnes [58, 94]. Certains auteurs, retrouvant les mêmes niveaux de PTSD chez les personnes exerçant dans la rue et celles exerçant indoor font l'hypothèse que le PTSD pourrait aussi être dû à l'activité prostitutionnelle en elle-même (en plus des autres événements traumatiques vécus par les personnes) [57]. D'autres auteurs retrouvent a contrario des niveaux de PTSD variables selon les modes d'exercices (d'une absence de PTSD dans le cadre d'une activité en studio à 40 % chez des personnes migrantes venant de pays hors UE et exerçant dans la rue) [24].

A coté des études retrouvent des troubles psychiques de manière plus importantes en population générale, une étude comparant des femmes qui se prostituent avec ne retrouve pas d'association significative entre le fait de se prostituer et de présenter des problèmes de santé mentale à l'âge adulte mais identifie un sous-groupe de femmes qui se prostituent avec un risque de troubles psychiques [87].

En tout état de cause, la plupart des auteurs plaident pour des actions et des recherches intégrant la dimension psychique chez les personnes qui se prostituent et prenant en compte leur difficultés d'accès aux soins (peur d'être cataloguées comme « folles », méfiance vis-à-vis des psychiatres, addictions souvent associées qui pourraient jouer un rôle d'automédication, absence de lieu de vie fixe [31, 66, 94]) en vue de proposer une prise en charge et un suivi souple et adapté (ponts entre les services de première ligne et les structures d'aide et de prise en charge des addictions et des troubles psychiques [31]).

Usage de produits psychoactifs

Dans les études étrangères, l'alcool est souvent consommé [17, 31, 55, 57, 58, 65, 86, 89, 94] sans qu'il soit toujours possible de savoir avec quel niveau d'usage. Une méta-analyse réalisée sur plus de 70 études [89] montre lorsqu'elles sont évaluées, les consommations d'alcool sont fréquentes chez les femmes qui se prostituent (usage quotidien entre 20 et 50 %) et parfois excessives (dans certaines études anglaises, cela concernerait jusqu'à deux tiers des femmes). L'alcool y apparaît notamment comme un moyen de composer avec des conditions de vie difficile, en particulier dans le cadre de l'activité prostitutionnelle. Sa consommation est parfois associée à un usage de drogues et à des problèmes psychiques. Concernant l'usage problématique ou la dépendance, quelques études font état de taux égaux [55] ou supérieurs à 25 % [17, 58, 65].

En France, dans les études françaises réalisées par l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies, 42 % des femmes et 79 % des hommes qui se prostituent disent avoir consommé de l'alcool pendant le mois précédant de, 17 % des hommes et 5 % des personnes trans se déclarant dépendants à l'alcool [61, 62].

En fonction des études étrangères, la part des personnes qui se prostituent usagères de drogues illicites autre que le cannabis injectable ou non varie de 19 à 75 % [1, 17, 21, 31, 41, 55, 58, 94, 98] avec une prévalence moyenne se situant entre 30 et 50 % (7 études sur les 9). Plus fréquente dans la rue qu'en indoor, l'usage de drogues illicites est souvent associée à des conditions de vie plus dégradées.

Dans les études réalisées en France en 1992 et 1995 [60, 81], la proportion d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne passe de 32 % à 16 %. Les auteurs de l'étude retrouvant la prévalence de 16 % [81] font l'hypothèse d'une probable sous-déclaration, en précisant que la consommation de drogues apparaît comme « l'une des informations les plus difficiles à obtenir car elle est mal acceptée par les personnes qui n'en consomment pas (les toxicomanes apportent le sida, cassent les prix, etc.) » (Difficulté à évoquer l'usage de drogues des personnes qui se prostituent pointée par certains auteurs [97]). Depuis la réalisation de ces études, l'essor des traitements de substitution a permis de stabiliser un grand nombre de personnes dépendantes à l'héroïne. En 2004, l'étude de l'OFDT observe que 18 % des femmes qui se prostituent sont utilisatrices actuelles ou passées de drogues illicites autres que le cannabis [61].

Cependant, une étude française réalisée en 2004 auprès des usagers de drogues fréquentant les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes montre que ces situations de prostitution occasionnelles s'observent encore de manière non négligeable (29 % des femmes ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles dans les six derniers mois l'ont fait au moins une fois pour de l'argent, de la drogue ou des avantages matériels [82]).

A noter enfin, la prise de médicaments psychotropes (anxiolytiques ou somnifères), retrouvée notamment dans les études françaises de 2004 (30 % des personnes trans, 20 % des femmes, 10 % hommes) [61, 62], qui peut aussi favoriser une moindre vigilance vis-à-vis des risques.

Outre de constituer des déterminants de prise de risque sexuelle, ces consommations de drogues licites et illicites ont des conséquences importantes en termes de mortalité et de morbidité (annexe 6).

Dans quelques études, les conséquences des violences physiques et des addictions se traduisent ainsi par des taux de mortalité particulièrement élevés. Une grande étude de cohorte portant sur 30 ans de suivi de près de 2000 femmes qui se prostituaient surtout dans la rue dans l'état du Colorado [56] a estimé que leur taux de mortalité globale était de 391/100 000 (avec un ratio standardisé de mortalité de 1.9, soit le double des décès attendus en population générale comparable). En ne considérant que la période de prostitution active sur la période d'étude, le taux de mortalité atteint 459/100 000 (avec un ratio standardisé de mortalité de 5.9), les femmes qui se prostituaient faisant notamment beaucoup plus souvent l'objet d'homicides (taux de mortalité par homicide de 229/100 000 et ratio de mortalité standardisé de 17.7). Les auteurs concluent que la violence et l'usage de drogues sont les causes principales de cette surmortalité, les décès par VIH ne s'observant que chez les personnes qui se prostituent usagères de drogues intraveineuses. Cet excès de mortalité est retrouvé dans une autre étude de cohorte [55] qui objective également chez les femmes suivies sur 15 ans un excès de morbidité associée à la prostitution incluant séquelles d'IST, troubles psychiques (40%) et addictions (64 %).

Etant observé la fréquence des violences et des addictions chez les personnes qui se prostituent, la plupart des études soulignent la nécessité d'actions ciblées intégrant ces problématiques.

Autres problèmes de santé

Les études évoquant les autres problèmes de santé chez les personnes qui se prostituent sont relativement rares.

L'une d'elles [17] constate de fortes inégalités de santé entre les femmes qui se prostituent dans les rues de Bristol, Royaume-Uni et la population générale (inégalités majorées par les addictions et la précarité des personnes), pointant une sur-prévalence de certaines maladies (en plus des troubles dépressifs retrouvés dans 68 % des cas et des troubles gynécologiques dans 18 %), 38 % d'infections pulmonaires récurrentes ou de bronchites (lié possiblement au tabagisme très fréquent dans la plupart des études), 28 % d'asthme, 21 % de dermatoses et 13 % de troubles musculo-squelettiques.

Il convient toutefois de noter que la population de cette étude est majoritairement composée de personnes usagères de drogues intraveineuse (60 % d'UDI), population ayant généralement un état de santé dégradé qu'elle se prostitue ou non. Ces maladies chroniques sont également retrouvées à des fréquences importantes dans une grande étude multicentrique qui pointe également les douleurs diffuses et des troubles neurovégétatifs chroniques persistant après la sortie de prostitution [94].

Une autre réalisée en Suisse [44] recense, outre les problèmes gynécologiques (33 %) et les traumatismes liés aux violences (8 %), un recours à la médecine de premier recours chez 36 % des personnes pour des signes d'appels respiratoires, musculo-squelettiques, et digestifs). Les problèmes musculo-squelettiques, possiblement dus aux contraintes posturales de l'activité prostitutionnelle, sont également mentionnés dans une autre étude chez 6 % des personnes [58].

Quelques rares études s'intéressent au risque de tuberculose au sein de certains publics qui se prostituent, les évolutions de la prostitution (migration, précarisation,..) faisant de la plupart des personnes se prostituant dans la rue une population potentiellement exposée [84].

Outre d'être parfois originaire de régions de forte endémie tuberculeuse (pays de l'ancien bloc soviétique, Chine, pays d'Amérique du Sud)¹⁵⁰ où se concentrent parfois des bacilles multirésistants¹⁵¹, ces personnes cumulent plus ou moins de facteurs de risque (séropositivité au VIH, addictions, hygiène de vie précaire, voire promiscuité, multiplicité des contacts intimes) propices à la transmission de la maladie. De surcroît, il s'agit de personnes, qui par crainte des institutions, attendent le dernier moment pour consulter, ce qui, en plus d'être une perte de chance pour elles, constitue un risque pour la santé publique, surtout s'il s'agit de formes bacillifères et résistantes de tuberculose¹⁵².

Il y a quelques années, une étude a ainsi documenté la première mini-épidémie de tuberculose à germes multirésistants survenue en Argentine entre 2001 et 2004 chez des personnes travesties exerçant la prostitution [85].

Une des difficultés sur laquelle butent souvent les interventions est liée à l'existence de formes latentes, difficiles à dépister dans la mesure où elles ne retentissent pas sur la vie des personnes, déjà peu enclines à consulter quand elles sont malades. De surcroît, en plus de les convaincre de s'y prêter, la lecture de l'intradermoréaction suppose de revoir les personnes à 48 heures d'intervalle, ce qui n'est pas adapté à leur mode de vie (les rdv précis dans le temps sont souvent difficiles à respecter pour ces personnes aux rythmes décalés). Enfin, le turn over important des personnes complique le dépistage et surtout l'éventuel traitement, s'agissant d'une pathologie chronique, qui à l'instar du VIH ou du VHC, suppose du temps pour établir la relation de confiance nécessaire à la bonne observance et mener le traitement à son terme (il faut entre 6 et 9 mois).

Prenant acte de ces contraintes, un centre de santé sexuelle anglais a mis en place une expérimentation couplant actions de screening et de dépistage de la tuberculose qui a permis la prise en charge d'une dizaine de patients à haut risque de tuberculose (ce qui a réduit leur risque de développer une forme active de tuberculose et le risque de diffusion au sein de la population). Les résultats détaillés et la méthodologie de cette action sont présentés en annexe 8¹⁵³.

Il y a sans doute d'autres pathologies rencontrées chez les personnes qui se prostituent et à leur mode de vie (malnutrition, maladies métaboliques associées, problèmes dentaires) mais aucune des études recensées n'en fait spécifiquement mention, hormis des troubles des conduites alimentaires parfois signalés en lien avec des problèmes psychiques [55].

4. OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS EVOQUES DANS LES ETUDES ETRANGERES

Parmi les obstacles à l'accès aux soins (potentiellement responsables d'un retard de prise en charge et d'une aggravation des problèmes de santé), certaines études retrouvent la grande mobilité des personnes, l'absence de logement, les problèmes de couverture sociale, les problèmes linguistiques, le manque de connaissance du réseau médico-social [44, 88, 64] ainsi que la peur de la stigmatisation en raison de l'orientation sexuelle (notamment personnes trans).

Les contraintes de l'activité prostitutionnelle peuvent constituer un obstacle à l'accès au soin (évoqué dans la moitié des cas dans une étude canadienne [43]) : difficultés des personnes à se projeter dans le temps (notamment pour la prise de RDV), manque de disponibilité et horaires décalés, peur des jugements [42].

¹⁵⁰ Selon le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 - Stop TB Partnership, 22 pays représentent 80% des cas de tuberculose, le Brésil étant classé au 4ème rang, la Chine au 6ème, la Russie au 8ème, et le Nigéria au 14ème.

¹⁵¹ Selon le Rapport OMS sur les résistances à la tuberculose (Multidrug and extensively drug resistant TB 2010 global report), la Chine, le Nigéria, et plusieurs pays de l'ancien bloc soviétique dont la Russie et les pays Baltes font partie des 27 pays les plus concernés par les résistances à la tuberculose.

¹⁵² A cet égard, l'accès aux soins des personnes suppose souvent une relation de confiance dans le temps avec les personnes pour les amener à se faire soigner.

¹⁵³ TB Screening Partnership in Sex Workers Centre for Sexual Health, St Mary's Hospital Imperial College Healthcare Trust, A. Mosobela (www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/442097/A_Mosobela.pdf)

Quand les personnes consultent, elles ne déclarent pas toujours leur activité, ce qui peut porter préjudice à la qualité des soins. Selon les études, une telle attitude est alléguée entre 50 et 75% des cas [41, 42, 44]. Parmi les raisons pour ne pas parler de leur activité, les personnes peuvent penser que ce n'est pas utile à la prise en charge (31.8 %) ou craindre d'être stigmatisé (31.2 %) [41].

Enfin, à l'instar des études suggérant une prévalence des violences [65, 66], des addictions [17, 66] des troubles psychiques [24] et des comportements à risques moins marqués chez les personnes exerçant indoor [9, 19, 25], une étude anglaise montre une différence d'état de santé et d'accès aux soins entre les personnes qui se prostituent dans la rue et celles exerçant en salon de massage, ces dernières étant mieux suivies en cas de grossesses, mieux dépistées pour les IST (66 % vs 46,4 %) et pour le cancer du col, plus enclines à utiliser un moyen de contraception en plus du préservatif (48 % vs 11 %) moins souvent malades, moins souvent usagères de drogues, constat qui plaide en faveur d'approches différenciées selon les modes opératoires [22].

Conclusion

Dans la littérature étrangère, on observe généralement un excès de morbidité et parfois de mortalité chez les personnes qui se prostituent surtout dans la rue, dont certaines cumulent les vulnérabilités sanitaires et sociales et les difficultés d'accès aux soins (personnes sans abri, personnes présentant des comorbidités, personnes migrantes, personnes trans...).

Outre les problèmes de VIH/IST et de santé sexuelle, les études pointent ainsi l'importance des violences, des troubles psychiques, des addictions et autres problèmes liés aux conditions de vie précaires (tuberculose, malnutrition, dermatose...), ces troubles étant souvent intriqués.

S'il est plus difficile de transposer ce constat aux autres formes de prostitution moins documentées (indoor), certaines études montrent cependant que des risques et des problèmes s'y rencontrent et que des actions de prévention sont nécessaires pour toucher ces personnes.

References bibliographiques

- 1-Street workers and internet escorts: contextual and psychosocial factors surrounding HIV risk behavior among men who engage in sex work with other men. Mimiaga MJ, Reisner SL, Tinsley JP, Mayer KH, Safren SA. *J Urban Health*. 2009 Jan; 86(1):54-66. Epub 2008 Sep 9.
- 2- Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. Belza MJ. *Sex Transm Infect*. 2005 Feb; 81(1):85-8.
- 3-Male sex workers in Antwerp, Belgium: a descriptive study. Leuridan E, Wouters K, Stalpaert M, Van Damme P. *Int J STD AIDS*. 2005 Nov; 16(11):744-8.
- 4-HIV prevalence in male and transsexual sex workers in Madrid, Spain J. Del Romero Guerrero, M. Mengel, C. Rodriguez Martin, J. Ballesteros Martin, P. Clavo Escribano T. Puerta López, M. Vera García, I. Zaro, A. Barrasa, J. Castilla Catalan IAS, Italy, Rome, juillet 2011; MOPE350 – Poster.
- 5- Sexual health of transgender sex workers attending an inner-city genitourinary medicine clinic. Hill SC, Daniel J, Benzie A, Ayres J, King G, *Int J STD AIDS*. 2011 Nov; 22(11):6867.
- 6- Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work, Nemoto T, Bödeker B, Iwamoto M. *Am J Public Health*. 2011 Oct; 101(10):1980-8. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285. Epub 2011 Apr 14.
- 7-Sex trade in a male-to-female transgender population: psychosocial correlates of inconsistent condom use. Clements- Nolle K, Guzman R, Harris SG. *Sex Health*. 2008 Mar; 5(1):49-54.
- 8-Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. Operario D, Soma T, Underhill K. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 May 1; 48(1):97-103.
- 9-HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. Guadamuz TE, Wimonasate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R, McNicholl JM, Mock PA, Tappero JW, van Griensven F. *AIDS Behav*. 2011 Apr; 15(3):650-8.
- 10-HIV risk and social networks among male-to-female transgender sex workers in Boston, Massachusetts. Reisner SL, Mimiaga MJ, Bland S, Mayer KH, Perkovich B, Safren SA. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009 Sep-Oct; 20(5):373-86.
- 11- First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence.. Dos Ramos Fariás MS, Garcia MN, Reynaga E, Romero M, Vaulet ML, Fermepín MR, Toscano MF, Rey J, Marone R, Squiquera L, González JV, Basiletti J, Picconi MA, Pando MA, Avila MM. *Int J Infect Dis*. 2011 Sep; 15(9):e635-40. Epub 2011 Jul 13
- 12-Hepatitis B virus and hepatitis C virus infections among female sex workers and men who have sex with men in Lebanon: prevalence, risk behaviour and immune status. Kassak K, Mahfoud Z, Kreidieh K, Shamra S, Afifi R, Ramia S. *Sex Health*. 2011 Jun; 8(2):229-33.

- 13-Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, Gonzalez V, Ausina V, Casabona J. *Sex Transm Dis.* 2008 Feb; 35(2):178-83.
- 14- Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees, M. Vall-Mayans , M. Villa, M. Saravanya, E. Loureiro , E. Arellano , B. Sanz P. Saladié , A. Andreu M.G. Codina, *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 11, Issue 2, Pages 115-122, March 2007,
- 15- Offer of financial incentives for unprotected sex in the context of sex work. Johnston CL, Callon C, Li K, Wood E, Kerr T. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Mar; 29(2):144-9.
- 16-Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. *Am J Public Health.* 2009 Apr; 99(4):659-65. Epub 2009 Feb 5.
- 17- A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey, Jeal N, Salisbury C., *J Public Health (Oxf).* 2004 Jun; 26(2):147-51.
- 18-Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe Platt L, Grenfell P, Bonell C, Creighton S, Wellings K, Parry J, Rhodes T. , *Sex Transm Infect.* 2011 Aug; 87(5):377-84. Epub 2011 May 14.
- 19-Risk behaviours among internet-facilitated sex workers: evidence from two new datasets. Cunningham S, Kendall TD. *Sex Transm Infect.* 2010 Dec ; 86 Suppl 3:iii100-105 Epub 2010 Sep 18.
- 20- HIV and sexual risk behavior among commercial sex workers in the Netherlands. van Veen MG, Götz HM, van Leeuwen PA, Prins M, van de Laar MJ. *Arch Sex Behav.* 2010 Jun; 39(3):714-23. Epub 2008 Sep 25.
- 21- Prevalence of psychological problems and relationships with condom use and HIV prevention behaviors among Chinese female sex workers in Hong Kong. Lau JT, Tsui HY, Ho SP, Wong E, Yang X. *AIDS Care.* 2010 Jun; 22(6):659-68.
- 22-Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. Jeal N, Salisbury C., *BJOG.* 2007 Jul; 114(7):875-81.
- 23 - The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales Harcourt C, van Beek I, Heslop J, McMahon M, Donovan B. *Aust N Z J Public Health.* 2001; 25(1):84-9
- 24- The mental health of female sex workers. Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass AK, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, Landolt K. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Aug;122(2):143-52. Epub 2010 Jan 25.
- 25-Systematic differences in risk behaviors and syphilis prevalence across types of female sex workers: a preliminary study in Liuzhou, China.Li J, Chen XS, Merli MG, Weir SS, Henderson GE. *Sex Transm Dis.* 2012 Mar; 39(3):195-200.
- 26- Self-perceived stigma, depressive symptoms, and suicidal behaviors among female sex workers in China. Hong Y, Fang X, Li X, Liu Y, Li M, Tai-Seale T. *J Transcult Nurs.* 2010 Jan;21(1):29-34. Epub 2009 Oct 9.

- 27-Depressive symptoms and condom use with clients among female sex workers in China. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. *Sex Health*. 2007 Jun;4(2):99-104.
- 28-Sexual coercion, HIV-related risk, and mental health among female sex workers in China. Wang B, Li X, Stanton B, Fang X, Yang H, Zhao R, Hong Y. *Health Care Women Int*. 2007 Sep;28(8):745-62.
- 29- A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China. Yi H, Mantell JE, Wu R, Lu Z, Zeng J, Wan Y. *Psychol Health Med*. 2010 Mar; 15(2):172-87.
- 30-Female sex street workers and sexually transmitted infections: their knowledge and behaviour in Italy. Trani F, Altomare C, Nobile CG, Angelillo IF. *J Infect*. 2006 Apr; 52(4):269-75. Epub 2005 Aug 1.
- 31- Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. Roxburgh A, Degenhardt L, Copeland J. *BMC Psychiatry*. 2006 May 24; 6:24.
- 32- Burnout among female indoor sex workers, Vanwesenbeeck I, *Arch Sex Behav*. 2005 Dec; 34(6):627-39
- 33-Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). Tsakiridu DO, Franco Vidal A, Vázquez Valdés F, Junquera Llaneza ML, Varela Uría JA, Cuesta Rodríguez M, López Sanchez C, Busto Folgosa M, Fernández Ollero MJ. *PLoS One*. 2008 Jun 4;3 n(6):e2358.
- 34- Unmet need for contraception among sex workers in Madagascar. Khan MR, Turner AN, Pettifor A, Van Damme K, Rabenja NL, Ravelomanana N, Swezey T, Williams D, Jamieson D; Mad STI Prevention Group, Behets F. *Contraception*. 2009 Mar; 79(3):221-7. Epub 2008 Oct 28.
- 35-Falling through the cracks: contraceptive needs of female sex workers in Cambodia and Laos. Morineau G, Neilsen G, Heng S, Phimpachan C, Mustikawati DE. *Contraception*. 2011 Aug; 84(2):194-8. Epub 2011 Jan 20.
- 36-Prevalence and risk factors of high-risk human papillomavirus in female sex workers in Spain: differences by geographical origin. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Dec;18(12):2057-64 del Amo J, González C, Belda J, Fernández E, Martínez R, Gómez I, Torres M, Saiz AG, Ortiz M.
- 37-Silent killer of the night: a feasibility study of an outreach well-women clinic for cervical cancer screening in female sex workers in Hong Kong. Wong WC, Wun YT, Chan KW, Liu Y. *Int J Gynecol Cancer*. 2008 Jan-Feb;18(1):110-5. Epub 2007 Apr 26.
- 38-Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. Decker MR, McCauley HL, Phuengsamran D, Janyam S, Seage GR 3rd, Silverman JG. *Sex Transm Infect*. 2010 Jun;86(3):236-40. Epub 2010 May 5.
- 39-Violence against female sex workers in Karnataka state, south India: impact on health, and reductions in violence following an intervention program. Beattie TS, Bhattacharjee P, Ramesh BM, Gurnani V, Anthony J, Isac S, Mohan HL, Ramakrishnan A, Wheeler T, Bradley J, Blanchard JF, Moses S. *BMC Public Health*. 2010 Aug 11;10:476.
- 40- Experience of violence and adverse reproductive health outcomes, HIV risks among mobile female sex workers in India. Swain SN and al., *BMC Public Health*. 2011 May 20; 11:357.

- 41-Sex worker health: San Francisco style. Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloniger C, Herlyn A, Breyer J, Coughlin C, Wilson D, Klausner J. *Sex Transm Infect* 2006 Oct;82(5):418-22. Epub 2006 Jul 19.
- 42-Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004 Jul; 54(504):515-9. Jeal N, Salisbury C.
- 43- Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada Lazarus L, Deering KN, Nabess R, Gibson K, Tyndall MW, Shannon K. *Cult Health Sex.* 2012; 14(2):139-50. Epub 2011 Nov 15.
- 44- Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité ? Elodie Gloor, Giovanna Meystre-Agustoni, Anne Ansermet-Pagot, Paul Vaucher, Patrick Bodenmann, Sophie Durieux-Paillard, Matthias Cavassini, *Rev Med Suisse* 2011;7:1429-1433
- 45 Prevalence of the HIV infection in patients seen at specialized diagnosis centers in 9 cities in Spain from 1992 to 2001, Barrasa A, Del Romero J, Pueyo I, de Armas C, Varela JA, Ureña JM, Bru FJ, Aguanell MV, Ordoñana JR, Balaguer J, Sáez de Vicuña LM, Castilla J; Grupo EPI-VIH. *Aten Primaria.* 2004 May 31; n 33(9):483-8.
- 46- Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000-2001. Belza MJ; Spanish Group for the Unlinked Anonymous Survey of HIV Seroprevalence in STD Patients. *Eur J Epidemiol.* 2004; 19(3):279-82.
- 47- Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain). Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, Jerez N, Rodríguez C, Sánchez F, del Romero J. *Gac Sanit.* 2004 May-Jun; 18(3):177-83
- 48- Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. del Amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, García-Saiz A, Belza MJ, Ortiz M, Menéndez B, del Romero J, Bolumar F. *Sex Transm Infect.* 2005 Feb;81(1):79-84.
- 49-Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily. Nigro L, Larocca L, Celesia BM, Montineri A, Sjöberg J, Caltabiano E, Fatuzzo F; Unit Operators Group. *J Immigr Minor Health.* 2006 Oct; 8(4):319-23.
- 50-Prevalence and incidence of syphilis among South American transgender sex workers in Northern Italy, Saleri N et al, *Sex Transm Dis* 2006;33(5):334-5
- 51- Substantial risk behaviour among transgender sex workers in the Netherlands. M. van Veen, et al. *AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference: Abstract no. MOPE0478*".
- 52- Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. *Sex Transm Infect.* 2004 Apr; 80(2):118-20.
- 53- Prevalence of anti-human papillomavirus type 16, 18, 31, and 58 virus-like particles in women in the general population and in prostitutes. Touzé A, de Sanjosé S, Coursaget P, Almirall MR, Palacio V, Meijer CJ, Kornegay J, Bosch FX. *J Clin Microbiol.* 2001 Dec;39(12):4344-8.
- 54- Prostitution and other cofactors in preinvasive and invasive lesions of the cervix. Núñez JT, Delgado M, Girón H, Pino G. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004 Jun;44(3):239-43.

- 55- What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. Ward H, Day S. *Sex Transm Infect.* 2006 Oct; 82(5):413-7. Epub 2006 Jun 21.
- 56- Mortality in a Long-term Open Cohort of Prostitute Women J. Potterat, D. Brewer, S. Muth, R. Rothenberg, D Woodhouse, J. Muth, H. Stites and S Brody *Am. J. Epidemiol.* (2004) 159 (8): 778-785.
- 57- Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder (South Africa, Thailand, Turkey, USA, Zambia) by Melissa Farley, Isin Baral, Merab Kiremire and Ufuk Sezgin *Feminism & Psychology*, 1998, Volume 8 (4): 405-426.
- 58- Prostitution, Violence against women and Post-Traumatic Stress Disorder by Melissa Farley, PhD and Howard Barkan, DrPH (*) *Women & Health*, 27 (3): 37-49. © 1998 by The Haworth Press, 131 pp San Francisco.
- 59- Chlamydia trachomatis genital infection in migrant female sex workers in Italy, Matteelli A, et al, *Int J STD AIDS.* 2003 Sep; 14 (9):591-5 *Int J STD AIDS.* 2003 Sep; 14(9):591-5.
- 60- Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris, De Vincenzi, I Braggiotti, M El Amri, R Ancelle-Park, JB Brunet.
- 61- Consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine S. Cagliero, H. Lagrange, OFDT, octobre 2004.
- 62- Consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine L. Da Silva, L. Evangelista, OFDT, octobre 2004.
- 63- Validating the effects of social desirability on self-reported condom use behavior among commercial sex workers. Morisky D, Ang A, Sneed CD. *AIDS Educ Prev.* 2002 Oct;14(5):351-60.
- 64-VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins, Conseil National du Sida, avis suivi de recommandations, septembre 2010.
- 65- Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey, S. Church, M Henderson, M Barnard, G Hart, *BMJ.* 2001 March 3; 322 (7285): 524–525.
- 66- HIV risk among female sex workers in Miami: the impact of violent victimization and untreated mental illness, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, DOI:10.1080/09540121.2011.630342 H L. Surratt, SP. Kurtz, Minxing Chen & Angela Mooss (2011).
- 67- Le VIH et le commerce du sexe-note d'orientation de l'ONUSIDA, 2009.
- 68- Out of the sauna: sexual health promotion with "off street" sex workers, M Ibbitson *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 903–904.
- 69-"Bridge population": sex workers or their clients?--STI prevalence and risk behaviors of clients of female sex workers in China. Huang ZJ, Wang W, Martin MC, Nehl EJ, Smith BD, *AIDS Care* 2011 Jun;23 Suppl 1:45-53.
- 70- HIV, sexually transmitted infections and sexual behaviour of male clients of female sex workers in Andhra Pradesh, Tamil Nadu and Maharashtra, India: results of a cross-sectional survey. Subramanian T, Gupte MD, Paranjape RS, Brahmam GN, Ramakrishnan L, Adhikary R, Kangusamy B, Thomas BE, Kallam S, Girish CP; *AIDS.* 2008 Dec;22 Suppl 5:S69-79
- 71- A study of men who pay for sex, based on the Norwegian national sex surveys. Schei B, Stigum H. *Scand J Public Health.* 2010 Mar;38(2):135-40. Epub 2009 Nov 2.
- 72- Clients of sex workers in Switzerland: it makes sense to counsel and propose rapid test for HIV on the street, a preliminary report. Diserens EA, Bodenmann P, N'Garambe C, Ansermet-Pagot A, Vannotti M, Masserey E, Cavassini M. *BMC Infect Dis.* 2010 Mar 19;10:74.

- 73- Patterns of sex work contact among men in the general population of Switzerland, 1987-2000. Jeannin A, Rousson V, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F. *Sex Transm Infect.* 2008 Dec; 84(7):556-9. Epub 2008 Jun 4.
- 74- Men who pay for sex in Spain and condom use: prevalence and correlates in a representative sample of the general population. Belza MJ, de la Fuente L, Suárez M, Vallejo F, García M, López M, Barrio G, Bolea A; Health And Sexual Behaviour Survey Group. *Sex Transm Infect.* 2008 Jun; 84(3):207-11. Epub 2008 Mar 13.
- 75- Sex in Australia: experiences of commercial sex in a representative sample of adults. Rissel CE, Richters J, Grulich AE, and al... *Aust NZJ Public Health.*2003; 27(2):191-7.
- 76- Sex, price and preferences: accounting for unsafe sexual practices in prostitution markets, Adriaenssens S, Hendrickx J. *Sociol Health Illn.* 2012 Jun; 34(5):665-80. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01400.x. Epub 2011 Nov 21.
- 77- Clients of sex workers in different regions of the world: hard to count. Carael M, Slaymaker E, Lyerla R, Sarkar S. *Sex Transm Infect.* 2006 Jun; 82 Suppl 3:iii26-33.
- 78- Characteristics of men who pay for sex: a UK sexual health clinic survey. Groom TM, Nandwani R. *Sex Transm Infect.* 2006 Oct; 82(5):364-7.
- 79- Clients of female sex workers in Gonaives and St-Marc, Haiti characteristics, sexually transmitted infection prevalence and risk factors. Couture MC, Soto JC, Akom E, Labbé AC, Joseph G, Zunzunegui MV. *Sex Transm Dis.* 2008 Oct; 35(10):849-55.
- 80- Comparing sex buyers with men who don't buy sex, Melissa farley, E Schuckman, J Golding, K Houser, I Jarrett, p Qualliotine M decker, psychologists for social responsibility annual conference, boston, july 15, 2011.
- 81- Conditions de vie des personnes en situation de prostitution : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH, Serre, A. et al. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, 1996, 407-41.
- 82-. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y, Couturier E, Emmanuelli J, Desenclos JC *Med Sci (Paris)* 2008;24(2):111-21.
- 83- The Impact of Exposure to Transphobia on HIV Risk Behavior in a Sample of Transgendered Women of Color in San Francisco Eiko Sugano, Tooru Nemoto, and Don Operario *AIDS and Behavior*, Vol. 10, No. 2, March 2006.
- 84- A multi-state outbreak of tuberculosis among members of a highly mobile social network: implications for tuberculosis elimination. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000 Nov;4(11):1066-73. Sterling TR, Thompson D, Stanley RL, McElroy PD, Madison A, Moore K, Ridzon R, Harrington S, Bishai WR, Chaisson RE, Bur S.
- 85- Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among transvestite sex workers, Buenos Aires, Argentina Palmero D, Ritacco V, Ruano S, Ambroggi M, Cusmano L, Romano M, Bucci Z, *INT J TUBERC LUNG DIS* 9(10):1168–1170 2005.
- 86- Sex-work harm reduction Michael L Rekart, *The lancet*, Volume 366, Issue 9503, 17 December 2005–6 January 2006, Pages 2123–2134.
- 87-The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001 Feb; 35(1):75-80.
- 88- Comportements par rapport au VIH/sida dans l'univers de la prostitution féminine. Meystre-Agustoni M, Voellinger R, Balthasar F, Dubois- Arber F. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2008 (Raisons de santé, 139).

- 89- Alcohol Use Among Female Sex Workers and Male Clients: An Integrative Review of Global Literature. Qing Li, Xiaoming Li, and Bonita Stanton , Alcohol Alcohol. 2010 Mar-Apr; 45(2): 188–199.
- 90- VIH/sida et santé mentale, OMS, rapport du Secrétariat conseil exécutif, Cent vingt-quatrième session 20 nov. 2008.
- 91- Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010, Alain Giami, Emmanuelle Beaubatie, Jonas Le Bail Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 22 novembre 2011 / n° 42,
- 92- Changes in regular condom use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: a 12 year study. Zaccarelli M, Spizzichino L, Venezia S, Antinori A, Gattari P. Sex Transm Infect. 2004 Dec;80(6):541-5.
- 93- Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution]. Belza MJ, Llácer A, Mora R, de la Fuente L, Castilla J, Noguer I, Cañellas S. Gac Sanit. 2000 Sep-Oct; 14(5):330-7
- 94- Prostitution and Trafficking in Nine Countries: an Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder, Farley M., Lynne J., Zumbek S., Spiwack F., Reyes M. E., Alvarez D., Sezgin U., 2003, Journal of trauma practice, vol. 2, n° 3/4.
- 95- La prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'expert sous la direction du Pr. Patrick Yeni, 2010 »
- 96- « Prevalence of *Chlamydia trachomatis*: results from the first national population-based survey in France », V Goulet, B de Barbeyrac, S Raheison, Sex Transm Infect, vol. 86, 2010, p. 263-270.
- 97- Stigmatization among drug-using sex workers accessing support services in Dublin. Whitaker T, Ryan P, Cox G. Qual Health Res. 2011 Aug; 21(8):1086-100. Epub 2011 Apr 6.
- 98- Drug use among female sex workers in Hanoi, Vietnam Tran, T N; Detels, Roger; Long, H T; & Lan, Hoang (2005). Addiction, Volume 100, Issue 5, pages 619–625, May 2005

Annexe 4 : Témoignage fondé sur les expertises médico-légales réalisées chez des femmes victimes de la traite

Témoignage du Dr Eric Darnis, praticien hospitalier au CHU de NANTES et expert près la cour d'appel de RENNES en gynécologie obstétrique

Les femmes vues par le Dr Darnis sont toutes des étrangères en situation irrégulière sur le territoire engagées dans une procédure judiciaire contre leur proxénète :

- Les Nigérianes ont été contactées entre 15 et 23 ans dans leur village par des « Mamas », dans un contexte de manque aigu de ressources de la famille, les mères voyant dans cette proposition des Mamas un moyen d'améliorer le quotidien. Les Mamas évoquent la possibilité de faire des études ou de travailler et aider leur famille. Le transport en France est souvent direct avec de faux passeports notamment pour les mineures et elles sont récupérées par d'autres à Paris où on leur prend leur passeport et on les tient au courant de la nécessité de rembourser le transport et l'hébergement qui correspond toujours à 50 000€. Étant donné qu'il faut rembourser vite, les Mamas indiquent à ces femmes qu'il faut en passer par la prostitution et les soumettent celles qui ne sont pas d'accord à un rite vaudou pour qu'elles soient punies de la mort en cas de refus ou que leur famille subisse le même sort.
- Les Roumaines, souvent en situation précaire dans leur pays, ont aussi été attirées par la possibilité de trouver du travail par l'intermédiaire de « rabatteurs » masculins musclés. Elles se rendent en car jusqu'en France et sont confrontées au même problème que les Nigérianes à leur arrivée avec menace sur leur famille si elles ne se prostituent pas. L'autre menace de représailles faite par les proxénètes porte sur l'accès aux soins dans la mesure où il y a risque de mettre à jour le réseau. Si ces femmes doivent aller à l'hôpital, elles se rendent en général dans des services peu regardants, type urgences ou CPEF, et sous escorte féminine pour écouter tout ce qu'elles vont dire.

L'activité prostitutionnelle de ces femmes obéit en général au même schéma : les horaires sont larges et d'autant plus importants qu'elles sont jeunes au départ ; cela peut aller jusqu'à un travail tous les jours et dans deux endroits différents pour ne pas permettre de repos (exemple : 9H-17h dans un foyer de travailleurs immigrés « à la chaîne » puis transport au bois de Vincennes pour travailler dans un camion de 18H30 à 8H du matin pour une jeune de 15 ans)

Le type de prestation demandé est très disparate, il dépend des proxénètes, certains interdisant les rapports non protégés ou certaines pratiques, d'autres acceptant l'absence de protection et encourageant les pratiques susceptibles de faire payer plus cher le client.

Aucune n'a eu de rapports à 100 % protégés d'où le nombre important d'IVG pendant la période de prostitution (> 60 %) et de périodes douloureuses s'apparentant à des salpingites aiguës (> 50 %).

Outre ces problèmes, ces femmes ont été exposées aux violences de la part des clients, incluant des menaces avec couteaux ou pistolet, des positions acrobatiques imposées avec les membres liés au lit, des photos pendant les relations sexuelles et des ébats avec plusieurs clients. Elles ont aussi fait l'objet de brûlures de cigarettes assez récurrentes sur les seins et la face interne des cuisses.

Elles peuvent aussi subir les violences des proxénètes, qui commencent souvent chez les jeunes vierges par une défloration rapide mais violente qui laisse souvent des lésions importantes des organes génitaux, source de douleurs et de vaginisme par la suite.

Chez les Nigérianes, les dégâts sont d'autant plus importants qu'elles ont déjà subi des mutilations génitales dans leur pays d'origine.

Parfois, il est constaté des violences entre prostituées lorsque leur proxénète les change de place et que la concurrence joue. Cela peut aller jusqu'au tabassage « fait à plusieurs qui laissent souvent la personne à demi morte »

A l'examen clinique, les lésions constatées chez ces femmes sont des cicatrices, surtout au niveau des membres, consécutives au fait d'avoir été attachées, traînées, griffées (ce sont quasiment toujours des femmes qui s'occupent des prostituées africaines), ainsi que des arrachages de cheveux et des brûlures de cigarettes.

Au niveau vulvo-vaginal, l'examen retrouve des vulves très déformées et parfois des vagins cicatriciels durs et très douloureux, notamment dans la partie haute du vagin où il existe parfois des cicatrices rétractiles en diminuant nettement la longueur. Ces lésions sont susceptibles d'affecter leur vie sexuelle ultérieure, y compris pour des rapports désirés. On constate aussi souvent des atteintes des organes génitaux supérieurs (col, utérus, trompes et ovaires) du fait d'infections récurrentes sexuellement transmises type chlamydiae et gonocoques, pourvoyeurs majeurs de stérilité.

Enfin, les psychologues qui sont amenées à travailler avec ces femmes après l'arrêt de leur activité, retrouvent toujours un peu le même profil : un syndrome fonctionnel constitué de douleurs diffuses mais surtout dans le bas ventre, des migraines, une asthénie qui démarre dès le matin et qui ne s'atténue pas dans la journée, des cycles qui sont souvent irréguliers avec parfois une absence de règles ou à l'inverse des règles très abondantes sans signe d'infection.

S'y associe une difficulté à se concentrer sur la lecture ou un travail, ce qui rend difficile une formation. Ces femmes sont souvent angoissées à l'idée de sortir ou d'avoir des ami(e)s de peur de rencontrer leurs anciens clients ou proxénètes ou quelqu'un de leur pays qui les reconnaîtraient.

Elles font des cauchemars la nuit avec des cris, elles se sentent honteuses, éprouvent un sentiment de perte de dignité et de déstabilisation, elles se méfient de tout le monde, même de personnes dites de confiance, elles se sentent en insécurité partout; elles ont souvent une humeur triste et n'ont pas de projet spontanément.

Commentaires du Dr Darnis

« La difficulté que je rencontre en tant qu'expert médico-légal tient surtout à la rétention d'informations de la part des organismes qui ont antérieurement pris en charge ces personnes (CPEF, centre IVG, hôpitaux, médecins d'association). D'une part, ces femmes ont généralement demandé à ce que rien de ce qui les concerne ne soit divulgué du fait des menaces qui pèsent sur elles. Par ailleurs, elles ont souvent été vues par ces organismes avec des identités fausses, ce qui complique de toute façon l'obtention d'information les concernant.

Je suis actuellement inquiet du nombre croissant d'affaires que la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions demande de régler, dans la mesure où les évaluations sont très contestées par le fond de garantie. Cela peut bien entendu se comprendre. Mais il est aussi difficile de faire comprendre que l'image que ces femmes ont d'elles-mêmes est totalement détériorée pendant leur activité prostitutionnelle et qu'elle ne revient pas à la normale dès qu'elles arrêtent. Les souffrances psychiques sont à prendre plus en considération que les souffrances physiques parce qu'elles durent longtemps et qu'elles sont un réel frein à la reconstruction ».

Annexe 5 : Accès à la protection sociale et aux soins

Plusieurs possibilités d'affiliation à l'assurance maladie sont ouvertes aux personnes qui se prostituent en fonction de leur nationalité, de leur origine géographique, communautaire ou extracommunautaire, de la régularité de leur séjour au regard des conditions juridiques d'entrée et de séjour sur le territoire. De manière complémentaire, la déclaration ou non de l'activité prostitutionnelle en tant que telle, ainsi que le niveau des revenus, le montant de ces derniers, réel ou estimé, constituent les données complémentaires permettant de définir les modalités d'accès à une protection sociale.

Dans tous les cas, il existe un cadre juridique qui doit permettre, avec plus ou moins de difficultés, d'accéder à une protection sociale.

Il peut s'agir de l'accès au droit commun de l'assurance maladie, sous couvert d'un groupe professionnel relatif à une profession indépendante, ou, en fonction des revenus, déclarés ou estimés, de la couverture maladie universelle, de base (CMU) et/ou complémentaire (CMUc).

En fonction de leur statut au regard des conditions d'entrée et de séjour en France, les personnes qui se prostituent d'origine étrangère peuvent avoir accès à la CMU en tant que demandeurs d'asile ou en tant qu'étrangers en situation régulière. Etrangères en situation irrégulière, elles peuvent, selon les cas, avoir accès à l'aide médicale d'Etat (AME), ainsi qu'aux dispositifs d'accès aux soins accessibles aux personnes qui ne disposent pas d'une couverture sociale (soins urgents, AME à titre humanitaire).

1. L'ACCES A L'ASSURANCE MALADIE

1.1. *Pour les personnes françaises ou étrangères disposant d'un droit de séjour*

Le droit commun de l'assurance maladie offre plusieurs possibilités d'ouverture de droits selon la situation de la personne qui se prostitue.

1.1.1. Une affiliation au titre d'une autre activité que la prostitution

Certaines personnes qui se prostituent peuvent avoir en parallèle une autre activité professionnelle déclarée et bénéficier à ce titre de droits à l'assurance maladie. C'est le cas par exemple de personnes rencontrées par la mission qui ont un emploi de service à temps partiel déclaré dans une entreprise de nettoyage, ou un emploi de service à la personne chez des particuliers. La personne est alors affiliée sur cette base au régime général des travailleurs salariés.

1.1.2. Une affiliation comme ayant droit d'un autre assuré

D'autres personnes peuvent bénéficier d'une couverture sociale comme ayant droit d'un assuré auquel elles sont liées par mariage, ou PACS ou par un lien de filiation.

A signaler toutefois que l'assuré dont la personne qui se prostitue est l'ayant droit risque éventuellement de s'exposer à des poursuites en étant incriminée de proxénétisme.

1.1.3. Une affiliation au régime social des indépendants (RSI)

L'exercice d'une activité prostitutionnelle permet à la personne concernée de se déclarer comme travailleur indépendant et de cotiser au régime social des indépendants (RSI) pour la couverture assurance maladie.

Dans un arrêt de 1995, la Cour de cassation¹⁵⁴ a en effet considéré que l'exercice de la prostitution était une activité non salariée pour laquelle les règles de recouvrement sont les mêmes que pour tous les travailleurs indépendants, les revenus devant être traités fiscalement pour l'impôt sur le revenu comme des bénéfices non commerciaux et soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale dans les conditions de droit commun.

Dans la mesure où la personne qui se prostitue fait une demande d'affiliation elle cotise donc au régime social des indépendants sur les revenus qu'elle déclare (bénéfices non commerciaux) soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants à l'URSSAF dans les conditions de droit commun¹⁵⁵.

La difficulté pour cette activité, qui n'est pas illégale, mais qui n'est pas reconnue en tant que profession, consiste à trouver le groupe professionnel et la catégorie d'affiliation. Comme l'indiquent les services juridiques du régime social des indépendants, (RSI)¹⁵⁶ « il est difficile de déterminer la nature de cette activité de prestation de services. » Compte tenu de ce flou le rattachement se fait au groupe professionnel artisan ou commerçant, selon l'activité déclarée.

Les personnes qui se prostituent peuvent en effet se déclarer explicitement en tant que personne prostituée ou travailleur du sexe et sont alors inscrites dans la catégorie des « autres services personnels » de la nomenclature NAF définie par l'Insee, qui couvre notamment les activités des hôtesse, des agences de rencontre, et d'escort services. Celles-ci sont alors considérées comme des activités commerciales. Il n'est toutefois pas possible de déterminer au sein de la catégorie globale des « autres services personnels » qui recouvre de façon indifférenciée une grande variété d'activités, le nombre de personnes qui lors de leur inscription se sont référées explicitement à la prostitution ou au travail du sexe.

Les personnes qui se prostituent peuvent aussi choisir de s'affilier sous des libellés d'activité divers qui ne se réfèrent pas explicitement à la prostitution comme les massages ou soins de détente qui correspondent à la catégorie de l' « entretien corporel »¹⁵⁷ et sont considérées comme des activités artisanales.

Tableau 5 : Evolution des effectif des actifs des catégories « autres services personnels » et « entretien corporel » entre 2008, et 2010

Catégories étudiées	Effectifs 2008	Effectifs 2009 Evolution 2008/2009	Effectifs 2010 Evolution déc.2009/oct. 2010
Autres services personnels	15 333	28 036 (+82,8%)	38 580 (+37,6%)
Entretien corporel	3 249	6 384 (+ 96,5%)	9 294 (+45,6%)
Total des 2 catégories	18 582	34 420 (+96,5%)	47 874 (+39,1%)

Source : note RSI, activités d'hôtesse, de soins et de détente

¹⁵⁴ Cass.soc ; 18/05/1995, URSAF de Paris c/Madame Tremblay

¹⁵⁵ Source direction de la sécurité sociale, entretien du 12 juillet 2012.

¹⁵⁶ Note DIRRCA/pôle réglementation et recouvrement amiable, note transmise à la mission.

¹⁵⁷ Affiliation au groupe professionnel des artisans, code NAF 2003-930 L, code NAF 2008-9604Z.

La forte progression des effectifs de ces deux catégories (« autres services personnels», « entretien corporel ») a conduit le RSI à engager en 2010 une étude plus approfondie pour essayer de mieux comprendre ce phénomène. Selon cette étude, c'est l'arrivée de nombreux auto-entrepreneurs qui constitue, en réalité, la principale explication de cette augmentation, sans pouvoir en attribuer la responsabilité à l'activité de prostitution.

La majorité des affiliations dans ces catégories se fait en effet sous le statut d'auto-entrepreneur : elle représentait près de 59 % des effectifs de ces deux catégories en 2010

De l'analyse qui a été menée, il n'apparaît pas possible de déceler la part de la prostitution dans l'évolution des effectifs affiliés au titre de ces deux catégories. Il n'est pas exclu néanmoins (et certaines personnes qui se prostituent rencontrées par la mission l'ont confirmé) que les opportunités offertes par le statut d'auto-entrepreneur aient été utilisées par ces dernières et les aient ainsi encouragées à s'affilier.

1.1.4. Une inscription à la CMU

La loi du 27 juillet 1999 qui a créé la CMU et CMUc les a réservées aux personnes de nationalité française ou étrangères en situation régulière.

L'accès à la couverture de base peut se faire, selon le niveau des ressources, à titre gratuit ou moyennant versement d'une cotisation assise sur les revenus. Les personnes dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé à 9 356 euros par foyer au 1^{er} octobre 2012 bénéficient de la CMU de base à titre gratuit.

A cette couverture de base peut s'ajouter une couverture complémentaire (CMUc) sous conditions de ressources (7 934 euros annuels pour une personne seule).

Enfin, les personnes disposant de ressources supérieures au plafond de la CMUc mais inférieures à un certain plafond (fixé depuis le 1^{er} janvier 2012 à 135 % du plafond CMUc, soit 10 711 euros annuels) peuvent bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) individuelle.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières devrait donc être exclu pour les personnes dont les revenus entrent dans ce cadre juridique et financier. Cependant un certain nombre de difficultés sont fréquemment relevées dans l'application de ces règles.

1.1.4.1. Les bénéficiaires potentiels doivent présenter des justificatifs d'état civil.

La justification de l'état civil des bénéficiaires potentiels ne soulève pas de problèmes de principe, mais sa mise en œuvre peut parfois soulever des difficultés pour certaines personnes étrangères, même en situation régulière.

Les instructions internes à l'Assurance maladie précisent la liste des documents acceptés comme justificatifs. La liste est assez large pour l'ouverture des droits à la CMU mais beaucoup plus restrictive pour l'attribution de la carte vitale qui permet des les faire valoir au quotidien et de ne pas faire l'avance des frais.

Liste des pièces justificatives pour l'état civil

Pour l'attribution d'une carte vitale doit être présenté l'un des documents suivants :

la copie intégrale de l'acte de naissance

un extrait d'acte de naissance avec filiation

des pièces établies par un consulat

D'autres documents permettent l'inscription du bénéficiaire mais pas l'attribution de la carte vitale :

passport ou carte d'identité

une traduction de la copie intégrale ou d'un extrait d'acte de naissance effectué par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité

une traduction du livret de famille dans les mêmes conditions que supra

le titre de séjour

les attestations officielles concubinage ou PACS

...ou tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur ou celle des personnes à sa charge

Source : AMELI

Pour tenir compte des difficultés éprouvées par certains demandeurs les instructions précisent qu' « à défaut de pouvoir justifier de son identité et de celle des personnes à sa charge, une attestation d'une association agréée ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM »

1.1.4.2. Les conditions d'appréciation de la régularité et de la stabilité du séjour

- pour l'ouverture des droits

Les conditions d'ouverture des droits supposent qu'il y ait à la fois régularité et stabilité du séjour. La régularité du séjour s'apprécie à partir de la production d'un titre de séjour en cours de validité. La stabilité du séjour en France est établie si la personne apporte la justification de sa résidence sur le territoire national depuis au moins 3 mois à la date de la demande : le visa du passeport datant de plus de 3 mois, un avis d'imposition, des attestations de logement ou d'hébergement dont la liste est fixée par arrêté.

- pour l'exercice des droits

« La condition de stabilité de résidence de 3 mois pour l'ouverture du droit à la CMU (et à l'AME) ne doit pas être confondue avec la condition de stabilité de résidence pour la prise en charge des soins : pour pouvoir y prétendre, tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit maintenir son foyer sur le territoire français¹⁵⁸ ». La durée du séjour doit être d'au moins 6 mois par année civile.

1.1.4.3. Les conditions de revenu

L'appréciation des revenus est nécessaire pour justifier d'une inscription à la CMU de base à titre gratuit ainsi que pour accéder à la CMUc, l'une et l'autre soumis à plafond de ressources.

Diverses pièces peuvent être acceptées comme justificatif de ressources : avis d'imposition ou de non-imposition, les bulletins de paie ou indemnités de chômage le cas échéant,

En l'absence de justificatifs, une attestation sur l'honneur peut être produite par le demandeur indiquant que ses revenus ne dépassent pas le plafond.

1.1.4.4. Les possibilités d'accès immédiat aux soins

Les droits à la CMU et CMUc prennent effet le premier jour du mois qui suit la décision d'attribution. Toutefois une possibilité d'attribution immédiate au 1^{er} jour du mois de dépôt de la demande¹⁵⁹ est ouverte sur la base d'une présomption de conditions remplies. Peuvent en bénéficier les personnes dont la situation l'exige, car ayant un besoin de soins immédiats, ou devant recourir à des soins programmés¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Article R 115-6 du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁹ L. 861-6 du CSS

¹⁶⁰ En particulier pour une IVG

1.2. *Le cas particulier des demandeurs d'asile*

Un certain nombre de personnes qui se prostituent arrivent en France en utilisant les possibilités offertes par le droit d'asile. Elles se retrouvent dans la même situation que toutes les personnes qui font une demande d'asile sur le territoire Français.

Celles-ci sont théoriquement éligibles à une protection sociale. Ainsi, les démarches effectuées auprès de l'office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) pour obtenir le statut de réfugié permettent l'attribution d'une autorisation provisoire de séjour de 3 mois ou un récépissé de demande de titre de séjour portant la mention « a sollicité l'asile » renouvelable pendant toute la durée de la procédure, qui lui donne accès notamment à une couverture maladie.

Les personnes qui se prostituent qui ont fait une demande d'asile peuvent bénéficier, selon le pays où a été déposée la demande, de la CMU ou de l'AME.

- les demandeurs d'asile ou réfugiés dans le cadre de la procédure dite « Dublin »

En fonction du premier pays d'entrée sur le territoire européen, les personnes demandeurs d'asile doivent disposer d'une convocation ou d'un récépissé de la préfecture permettant d'identifier s'il s'agit d'un demandeur « Dublin ».

Dans le cas de la procédure « Dublin ¹⁶¹», les demandeurs d'asile font l'objet d'une procédure de détermination de l'Etat responsable de l'examen de leur demande. Ils sont alors en possession d'une convocation en préfecture portant la mention « demandeur d'asile » et sont éligibles à l'AME à l'issue des 3 mois de résidence stable en France. Dans l'intervalle, ils peuvent bénéficier de la procédure « soins urgents » (voir ci-dessous)

- hors procédure Dublin

Lorsque la première demande d'asile est faite sur le territoire Français, elle permet d'ouvrir immédiatement le droit à la CMU sans attendre le délai de 3 mois de résidence, sous réserve de fournir un des documents provisoires spécifiques au titre de l'asile.

La demande, faite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de résidence (ou de domiciliation), est accordée sur présentation soit d'une convocation à la préfecture dans le cadre de la demande d'asile, soit d'un document provisoire de séjour (APS ou récépissé), accompagné le cas échéant de l'attestation de domiciliation d'un organisme agréé. La condition de stabilité de résidence est réputée remplie.

Les droits à la CMU de base sont permanents, les droits à la CMUc sont valables un an et doivent faire l'objet d'une demande de renouvellement. La CPAM peut demander des documents complémentaires (notamment récépissé de 3 mois) pour attribuer la carte vitale ainsi qu'un numéro définitif de sécurité sociale. Les demandeurs d'asile hors procédure « Dublin » qui perçoivent l'allocation temporaire d'attente « ATA » ne relèvent pas de la CMU mais du régime socioprofessionnel concerné.

Comme le souligne le rapport de l'IGAS et de l'IGF¹⁶² reprenant une étude de l'office français de l'intégration et de l'immigration (OFII), dans certains départements, les difficultés d'accès à une couverture maladie des demandeurs d'asile sont souvent liées à des particularismes des CPAM, dont l'interprétation des textes peut rendre inopérant l'accès aux droits des demandeurs d'asile¹⁶³.

Le régime qui vient d'être décrit vaut jusqu'à ce qu'il soit statué sur la demande d'asile. Dans le cas où celle-ci fait l'objet d'un rejet la personne est invitée à quitter le territoire français et si elle y demeure appartient dès lors à la catégorie des personnes étrangères en situation irrégulière.

¹⁶¹ « Demandeur d'asile-règlement CE 343/2003 du Conseil du 18 février 2003

¹⁶² Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat, rapport IGAS/IGF, novembre 2010

¹⁶³ Etude de l'OFII du 19 mai 2010

1.3. Le cas particulier des étrangers ressortissants de l'union européenne

La directive communautaire n° 2004/38/CE du 29 avril 2004, transposée par la loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration et l'intégration, puis par le décret du 21 mars 2007 et la circulaire du 23 novembre 2007 de la DSS ont fixé les règles applicables aux conditions de régularité du séjour des ressortissants communautaires.

Les demandeurs ressortissants « inactifs » (pensionnés, étudiants, demandeurs d'emploi), ne sont considérés en situation régulière que s'ils disposent d'une assurance maladie à leur entrée en France et des ressources suffisantes.

Lorsque ces deux conditions ne sont pas ou plus remplies, les ressortissants communautaires sont considérés en situation irrégulière et relèvent des autres dispositifs ci-dessous :

- dispositif soins urgents si la personne réside en France depuis moins de 3 mois ;
- AME si elle réside en France depuis plus de 3 mois et si elle remplit les conditions, notamment de ressources ;

Néanmoins ces personnes peuvent éventuellement avoir accès à la CMU si elles justifient avoir perdu leur droit à l'assurance maladie et leurs ressources depuis leur entrée en France.

Comme les autres ressortissants communautaires, les populations roumaines et bulgares doivent faire la preuve de leur présence en France depuis plus de 3 mois pour bénéficier de l'AME.

Effet des dispositions transitoires : elles doivent retourner tous les trois mois dans le pays d'origine, ce qui ne permet pas de bénéficier des soins.

1.4. Pour les personnes en situation irrégulière

La grande majorité des personnes qui se prostituent entre dans cette catégorie selon les estimations convergentes qui reposent sur l'observation de la prostitution « visible ».

Dans ce cas, elles ont la possibilité de bénéficier des procédures ouvertes aux personnes étrangères en situation irrégulière.

1.4.1. L'aide médicale de l'Etat (AME)

L'aide médicale de l'Etat (AME) est entrée en vigueur le 1er janvier 2000 pour assurer la protection de la santé des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois mais ne remplissant pas la condition de régularité du séjour exigée pour l'admission à la CMU et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMUc.

Cette aide a été conçue dans un double objectif, humanitaire et sanitaire. En effet d'une part elle protège les personnes concernées en leur permettant d'accéder aux soins. D'autre part elle protège la santé publique en évitant que des affections contagieuses ne se propagent dans la population faute d'être dépistées et prises en charge précocement.

L'article L 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) précise les conditions de l'ouverture des droits à l'aide médicale d'Etat (AME).

Il faut pouvoir justifier :

- d'une résidence en France depuis plus de trois mois (L 380-1 du CSS) Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé pour pouvoir bénéficier de l'AME. Dans les faits on observe que cette domiciliation peut être difficile selon la capacité des associations locales à assurer ce service et selon les pratiques des centres communaux d'action sociale.
- des conditions de ressources permettant de les situer en dessous du plafond de la CMUc ((7 934 euros annuels pour une personne seule). Les règles d'appréciation des ressources sont identiques à celles fixées pour la CMU

- d'une preuve de l'identité¹⁶⁴

Documents d'identité recevables

- passeport(s) indiquant la date d'entrée en France ou
 - carte(s) nationale(s) d'identité ou
 - extrait(s) d'acte de naissance ou livret de famille ou
 - copie(s) d'un ancien titre de séjour ou
- tout autre document qui atteste de l'identité ou de celle des personnes à charge
par exemple : permis de conduire, carte(s) professionnelle(s) du pays d'origine, carte(s) d'étudiant,
document nominatif du ministère des Affaires étrangères

Source : AMELI

La justification de l'identité ¹⁶⁵ avec un extrait d'acte de naissance ou livret de famille rédigés en langue étrangère implique que ces documents soient au préalable traduits par une personne assermentée auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays ayant établi l'acte de naissance ou le livret de famille. Cette traduction n'est cependant pas obligatoire si la CPAM peut vérifier directement les noms, prénom, date et lieu de naissance.

1.4.1.1. Le droit d'entrée forfaitaire

Un droit d'entrée forfaitaire de 30 € a été instauré par l'article 188 de la loi de finances pour 2011 pour les bénéficiaires de l'AME. La délivrance de l'attestation d'affiliation à l'AME était subordonnée au paiement du montant de ce forfait. Les associations s'étaient inquiétées d'un risque de report de soins et des conséquences sanitaires, estimant que ce forfait a conduit à détériorer l'accès aux soins.

La loi de finances rectificative (LFR) pour 2012 a supprimé ce droit d'entrée de 30 €.

1.4.1.2. Les modalités pratiques d'accès à l'AME

- Le dépôt des demandes

Les dossiers de demande peuvent être déposés auprès des caisses primaires d'assurance maladie.

Pour la réception des dossiers et la délivrance des titres chaque CPAM développe sa propre logique d'organisation, soit en spécialisant les agences, comme à Paris et à Marseille tant pour l'établissement du dossier (deux agences de la CPAM à Paris, une à Marseille) que pour la délivrance du titre (une seule agence à Paris comme à Marseille) ; d'autres CPAM ont fait le choix de rendre chaque agence compétente dans les deux procédures.

Depuis 2012, les demandes peuvent à nouveau être déposées auprès des associations agréées, des services sanitaires et sociaux des départements et des centres communaux d'action sociale (CCAS). Cette possibilité leur avait été retirée par la loi 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, faisant de l'organisme d'assurance maladie du demandeur le lieu unique de dépôt des demandes d'AME.

La réintégration de ces organismes comme collecteurs des demandes d'AME constitue une amélioration pour l'accès aux droits. Proches des publics considérés ils sont en mesure de les accompagner et de leur apporter l'information et l'aide nécessaire pour formuler une demande d'AME et constituer le dossier.

En outre, les cellules sociales des PASS des établissements hospitaliers ont également vocation à aider les bénéficiaires potentiels à accéder à l'AME

Un délai de deux mois est prévu pour l'ouverture des droits entre le dépôt du dossier, et la décision d'admission. L'absence de réponse explicite dans ce délai vaut décision implicite de rejet.

¹⁶⁴ Voir ce qu'il en est pour les déboutés du droit d'asile qui ont détruit leurs papiers

¹⁶⁵ Article L .251-2 du CASF et 968 E du code général des impôts

- Le retrait du titre

La remise en mains propres de l'attestation d'AME, est prévue pour éviter les fraudes et usurpation d'identité. Un délai de 2 mois maximum s'ouvre entre la notification de l'admission, invitant la personne à venir chercher son titre et le retrait effectif du titre.

- La prise d'effet des droits

Dans l'intérêt des personnes, l'ouverture du droit à l'AME est toujours rétroactive. En règle générale la décision d'admission à l'AME prend effet à la date du dépôt de la demande. Lorsque les soins ont débuté avant la demande d'AME le droit peut être ouvert rétroactivement à la date des soins, sous réserve que la demande d'AME ait été déposée dans un délai d'un mois à compter de la date des soins.

1.4.2. La procédure « étrangers malades »

L'article L. 313-11 du CSS prévoit que « sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. La loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a modifié les conditions, en accordant ce dispositif sous réserve que l'étranger malade ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, la notion d'accès effectif (qui impliquait un accès géographique, économique), par la notion plus restrictive d'accessibilité (présence du traitement dans le pays).

La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin inspecteur de santé publique compétent au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État¹⁶⁶».

Les personnes concernées acquièrent dès lors le statut d'étranger en situation régulière et peuvent à ce titre bénéficier de la CMU.

1.4.3. Le dispositif « soins urgents »

Les étrangers en situation irrégulière qui ne remplissent pas la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de 3 mois ou du moins ne peuvent en justifier, ne peuvent être admis à l'AME. Mais ils peuvent néanmoins bénéficier du dispositif des « soins urgents ».

Ce dispositif permet la prise en charge des soins dispensés dans les établissements hospitaliers « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou entraînerait une altération grave et durable de l'état de santé¹⁶⁷ ».

Sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible à l'entourage ou à la collectivité (ex : tuberculose, sida). Enfin sont également pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés avant ou pendant la grossesse, les soins aux femmes enceintes et au nouveau-né, les IVG ainsi que les interruptions de grossesse pour motif médical.

Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'Etat.

¹⁶⁶ R. 313-23 à R.313-32CSS

¹⁶⁷ Article L. 254-1 du CASF

1.4.4. L'AME à titre humanitaire

Sont également possibles, par décision individuelle prise par le ministre compétent, des admissions pour soins hospitaliers ponctuels, de personnes qui ne résident pas habituellement en France. Cette disposition, qui n'a pas le caractère d'un droit, représente moins d'une centaine d'admissions chaque année.

2. LES DISPOSITIFS D'ACCES GRATUIT AUX SOINS

Lorsque les personnes ne disposent pas de droits ouverts à une protection sociale, elles peuvent bénéficier des différents dispositifs institutionnels ou associatifs. Il s'agit souvent des personnes en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits à une couverture maladie ou le fonctionnement du système de soins, et qui n'arrivent pas à faire valoir leurs droits¹⁶⁸.

Ces personnes peuvent néanmoins accéder aux soins par l'intermédiaire de divers dispositifs spécialisés ou non qui accueillent les personnes sans couverture sociale.

2.1. Les permanences d'accès aux soins des établissements hospitaliers (PASS)

En application de l'article L 6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

2.2. Les relais assurés par les centres de santé ou les centres de soins

Des centres de santé, gérés par des associations ou des municipalités, accueillent aussi les personnes qui sont hors du champ de l'assurance maladie. Il s'agit souvent d'accueils médico-sociaux à bas seuil.

Composés de médecins, généralistes et spécialistes, mais aussi de services sociaux, ces centres assurent des consultations médicales, parfois bucco-dentaires, des dépistages (VIH-SIDA, tuberculose ...)

A titre expérimental, l'assurance maladie a ouvert aux bénéficiaires de l'AME les centres d'examen de santé de Paris et de Bobigny afin d'y organiser des visites de prévention.

2.3. Les dispositifs spécialisés gratuits

On peut notamment citer dans ce cadre

- les centres de planification, dont l'accès est gratuit pour les personnes mineures et les non assurés sociaux, qui délivrent des consultations de contraception voire plus largement de gynécologie
- les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) pour le VIH/sida et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist)
- les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour le suivi médical des grossesses et des jeunes enfants

¹⁶⁸ Près de 76% des patients reçus dans les centres d'accueil de l'association médecins du monde relevaient théoriquement d'un droit à l'assurance maladie, 51% de l'AME, 24% de l'assurance maladie, 2% de droits ouverts dans un autre pays européen., rapport de synthèse de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission de MDM, 2010.

- les centres de lutte contre la tuberculose,...

2.4. Des actions « hors les murs »

Les programmes d'action mobile des associations, des établissements hospitaliers, vont à la rencontre des personnes qui n'ont pas un accès effectif aux soins et aux droits, et ont pour vocation de les orienter vers le système de droit commun ; ils sont parfois communs avec les dispositifs ouverts aux actions de réduction des risques en matière de drogue (Dépistage, etc. ...)

Annexe 6 : Morbidité-mortalité associée aux produits psychoactifs

Outre d'être des facteurs de prise de risque sexuel, ces produits (drogues illicites, alcool, benzodiazépines) induisent des dépendances et engendrent une série de complications¹⁶⁹.

L'usage des drogues illicites (héroïne, cocaïne, crack) peut s'accompagner de co-morbidités psychiatriques (induites ou aggravées), d'un sur-risque d'accidents, de troubles cardiaques et d'overdoses. Par ailleurs, l'usage de drogues intraveineux est pourvoyeur d'infections comme le VIH et les hépatites B et C, virus aux multiples expressions cliniques (maladies chroniques nécessitant des traitements et un suivi régulier, associées à un sur-risque de mortalité).

La morbi-mortalité liée à l'alcool est par ailleurs bien connue : sur-risque d'accidents (voie publique, domestique), atteintes cardiovasculaires, pathologies digestives (hépatites, cirrhoses, pancréatites), troubles mentaux (dépression, suicides, altérations cognitives), cancers (ORL, œsophage, foie).

Les benzodiazépines peuvent également favoriser les accidents (et possiblement, des troubles cardio-respiratoires quand ils sont pris en grande quantité et/ou avec de l'alcool ou d'autres produits), pérenniser des insomnies et induire des pertes de motivation.

L'ensemble de ces produits sont susceptibles de compliquer les grossesses (embryo-fœtopathies, retard de croissance in utéro, prématurité). Ils ont aussi en commun d'exposer aux violences et d'être des facteurs de désinsertion sociale supplémentaires.

Enfin le tabagisme provoque des problèmes qui vont de la bronchite et de l'emphysème aux cancers (poumons, ORL, vessie, col utérus) ainsi que des problèmes cardiovasculaires (artérite, infarctus, AVC).

¹⁶⁹ « Usage nocif de substances psychoactives : Identification des usages à risque, Outils de repérage, Conduites à tenir », Rapport au Directeur Général de la Santé, La Documentation française – Paris, 2002 ISBN 2 11 005024-1

Annexe 7 : Cadre des interventions sanitaires et sociales de l'Etat

Comme cela a été souligné dans le rapport, les interventions en direction des personnes qui se prostituent menées par le milieu associatif peuvent avoir diverses sources de financement : Etat, collectivités locales (départements et communes), institutions européennes, organismes privés (comme Sidaction). On examinera dans cette annexe le cadre qui sert de base aux interventions financières de l'Etat. On y trouvera également une brève présentation du cadre européen.

1. POLITIQUES SOCIALES

1.1. *Les crédits d'action sociale*

Initialement inscrits au budget du programme n° 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables », rattaché au ministère du logement les crédits dédiés aux actions en direction des personnes qui se prostituent sont inscrits depuis 2011 au programme n° 137 « égalité entre les hommes et les femmes » rattaché au ministère des affaires sociales. Ils figurent sous l'action 12 intitulée « Promotion des droits, prévention et lutte contre les violences sexistes ».

Une instruction du 17 mai 2011 de la direction générale de la cohésion sociale aux préfets de région et de département relative aux modalités de gestion du transfert des crédits "lutte contre la prostitution" du programme 177 au programme 137 précise que « Les crédits destinés à des actions en faveur des personnes qui se prostituent ou en situation de risque, inscrits jusqu'en 2010 sur le programme 177 "Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables", ont été transférés en loi de finances pour 2011 vers le programme 137 "Egalité entre les hommes et les femmes". Le montant du transfert a été calculé sur la base d'une estimation de consommation de la sous-action 14 du programme 177 "prostitution - hors dotation globale des CHRS" pour abonder l'action 3 "Egalité en droit et en dignité" du 137. »

Ce rattachement devait « sanctuariser » les crédits¹⁷⁰ auparavant « fongibles » dans le cadre du programme n° 177 ce qui pouvait aboutir à des réaffectations au profit d'autres populations vulnérables. De fait on observe entre 2010 et 2011 une légère augmentation des crédits consommés, passant de 1,762 millions d'euros à 2, 279 millions d'euros alors que les crédits ouverts étaient en baisse.

¹⁷⁰ Selon le directeur général de la cohésion sociale de l'époque M Fabrice Heyries, auditionné par la mission parlementaire le 2 novembre 2010. Cf rapport d'information n°3334 précité.

Loi de finances pour 2011		
Action	Intitulé	Montant
01	Accès des femmes aux responsabilités et à la prise de décision	511 701
02	Égalité professionnelle	5 069 744
03	Égalité en droit et en dignité	14 648 999
04	Articulation des temps de vie	149 092
05	Soutien du programme 137	782 099
Total		21 160 248
		<i>(en euros)</i>
Loi de finances pour 2012		
Action	Intitulé	Montant
11	Égalité entre les femmes et les hommes dans la vie professionnelle, économique, politique et sociale	4 945 000
12	Promotion des droits, prévention et lutte contre les violences sexistes	14 481 703
13	Soutien du programme 137	675 494
Total		20 102 197

Mais au total on note une très importante diminution du montant des crédits consacrés sur les 5 dernières années à l'aide aux associations de prévention et de réinsertion qui interviennent en direction des personnes qui se prostituent.

En 5 ans le montant des crédits dédiés à ces actions a été divisé par trois, passant de 6, 738 millions d'euros consommés en 2006 à 2, 215 millions d'euros consommés en 2011.

Prostitution	PROGRAMME 177										PRGRAMME 137	
	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés
en central	252 274 €	252 274 €	330 124 €	330 124 €	299 774 €	299 774 €	351 274 €	351 274 €	331 274 €	331 274 €	331 274 €	331 274 €
déconcentrés	6 531 507 €	6 486 709 €	2 807 752 €	2 240 410 €	2 807 752 €	1 914 858 €	2 100 000 €	1 850 983 €	2 100 000 €	1 430 983 €	1 575 000 €	1 947 676 €
Total	6 783 781 €	6 738 983 €	3 137 876 €	2 570 534 €	3 107 526 €	2 214 632 €	2 451 274 €	2 202 257 €	2 431 274 €	1 762 257 €	1 906 274 €	2 278 950 €
n / n-1 en valeur			- 3 645 905 €	- 4 168 449 €	- 30 350 €	- 355 902 €	- 656 252 €	- 12 375 €	- 20 000 €	- 440 000 €	- 525 000 €	516 693 €
n / n-1 en %			-53,74%	-61,86%	-0,97%	-13,85%	-21,12%	-0,56%	-0,82%	-19,98%	-21,59%	-100,00%

Source : DGCS

Cette diminution qui a été particulièrement marquée en 2007 où les crédits ont été diminués de plus de moitié, affecte essentiellement les budgets déconcentrés qui représentent en 2011 plus de 85% du budget total contre plus de 96% en 2006. Les crédits attribués au niveau national ont en effet connu un accroissement passant de 252 274 euros en 2006 à 331 274 euros en 2011 soit un accroissement de 31% en 5 ans.

1.2. Au niveau national

La répartition des subventions attribuées au niveau national a peu varié au cours des 5 dernières années. 4 associations « tête de réseau » en bénéficient¹⁷¹, qui s'inscrivent toutes dans la mouvance abolitionniste :

ALC-Nice se voit attribuer plus de la moitié du budget distribué au niveau national en raison de son rôle spécifique d'animation du programme ACSE.

Le Mouvement du Nid, l'Amicale du Nid et le Comité contre l'esclavage moderne se répartissent le restant du budget.

A noter que seuls le Mouvement du Nid et l'Amicale du Nid ont un objet social et une activité entièrement tournés vers la prostitution.

Le tableau ci-dessous fait apparaître une grande continuité dans la répartition des crédits, qui se fonde sur des contrats pluriannuels d'objectifs.

Fixant les modalités des relations financières entre l'Etat et les organismes financés et comportant des engagements réciproques des deux parties, les CPO répondaient à un double objectif :

-celui des organismes d'inscrire leur action dans la durée

-celui de l'Etat de s'assurer de la cohérence des actions menées avec les objectifs de politique publique.¹⁷²

Selon les services administratifs ils permettaient effectivement d'orienter les actions et d'obtenir un meilleur retour d'information

L'année 2012 constitue une rupture à cet égard puisqu'elle marque le retour à une procédure de conventions annuelles.

Tableau 6 : subventions attribuées aux associations au niveau national

Associations subventionnées au niveau national	Subvention 2009	Subvention 2010	Subvention 2011	Subvention 2012	Nature subvention (subvention annuelle, CPO)
ALC-Nice (dispositif Ac-sé)	180 000	180 000	180 000	170 000	CPO (2009-2012) Convention annuelle pour 2012
Amicale du Nid	32 000	32 000	32 000	32 000	CPO (2009-2011) Convention annuelle pour 2012
CCEM (Comité contre l'esclavage moderne)	58 000	58 000	55 000	50 000	CPO programme 177 (2009-2011) + subvention annuelle sur le 137 subvention annuelle pour 2012
Mouvement du Nid	79 274	79 274	79 300	79 300	CPO (2009-2012) Convention annuelle pour 2012
Total subventions (programmes 177 et 137)	349 274	349 274	346 300	331 300	

Source : Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes

¹⁷¹ La subvention auparavant versée à une cinquième association, le CRI, n'ayant pas été reconduite

¹⁷² Cf. circulaires Premier Ministre du 1^{er} décembre 2000, n° 4899/SG du 24 décembre 2002, n° 5193/SG du 16 janvier 2007

Tableau 7 : Contenu des contrats pluriannuels d'objectifs 2009-2011

Organisme	Objet social ¹⁷³	Objet de la subvention
Amicale du Nid	Proposer des ouvertures alternatives aux personnes ayant une conduite prostitutionnelle, dans le respect de leur choix	Prévention et repérage des risques prostitutionnels auprès des jeunes. Formation dans cette perspective de 10 salariés de l'association et mise en œuvre pour toucher 500 jeunes chaque année
Mouvement du Nid	Mise en mouvement de personnes connaissant ou ayant connu la prostitution et avec et à partir d'elles d'autres personnes ayant connu ou non l'exclusion	4 actions : -responsabilisation des clients et meilleure connaissance du système prostitutionnel - formation des acteurs sociaux et recueil des données sur la situation des personnes prostituées pour améliorer leur accueil et accompagnement -développement d'outils de communication pour la prévention auprès des jeunes (BD..) -animation et coordination des délégations locales
Comité contre l'esclavage moderne	Défendre les personnes asservies, objets de mauvais traitement, de violences sexuelles, de torture ou barbarie	Poursuite de l'aide aux jeunes femmes victimes d'esclavage domestique pour leur faciliter l'accès aux droits et la réinsertion : -assistance juridique -accompagnement socio-éducatif
ALC-Association d'accompagnement lieux d'accueil carrefour éducatif et social	Accueil des personnes en situation de rupture, exclues ou en voie d'exclusion : mineurs, familles, personnes isolées, étrangères, prostituées	Accueil, hébergement et protection des victimes de la traite, du proxénétisme, de l'esclavage domestique ou menacées de mariage forcé : -coordination du dispositif d'accueil sécurisant (Ac-Sé) permettant leur mise à l'abri -pôle ressource pour les acteurs sociaux confrontés à ces problèmes

Source : IGAS- exploitation des CPO 2009-2011

1.3. Au niveau régional

1.3.1. Ile-de-France

Dans la Région Ile-de-France, la prostitution est traitée dans le cadre du Plan régional stratégique pour l'égalité entre les femmes et les hommes (PRSEFH) 2012-2014. Parmi les 12 objectifs stratégiques de ce plan, l'objectif n°11 vise à « *favoriser l'information des femmes sur leurs droits, l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences notamment conjugale et des personnes prostituées* ». Une des 81 « fiches-action » de ce plan est consacrée à ce public, sous l'intitulé « *faciliter l'accueil et la prise en charge des personnes prostituées* » (fiche n° 75).

A noter que cette action est rattachée à l'axe stratégique « *promotion des droits et lutte contre les violences sexistes* » du plan régional qui se réfère lui-même aux deux grands axes de la politique interministérielle :

- *égalité dans la vie professionnelle, économique, sociale et politique*, d'une part,
- *promotion des droits, prévention et lutte contre les violences sexistes*, d'autre part

Constatant la faible connaissance d'ensemble du phénomène de la prostitution, la multiplicité des interventions, des opérateurs et des partenaires, l'hétérogénéité dans le traitement des situations, l'orientation générale des actions vise essentiellement à « *organiser le réseau de prise en charge des personnes prostituées* » à travers :

- La mise en place d'une instance de coordination : groupe de travail opérationnel co-piloté par les 3 administrations qui concourent à cette prise en charge : DRDFE, ARS, DRIHL

¹⁷³ Tel qu'énoncé dans le contrat pluriannuel d'objectifs

- l'élaboration d'outils communs : état des lieux, répertoire des intervenants, protocole d'intervention

1.3.2. Midi-Pyrénées

Se référant au plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, des axes prioritaires ont été dégagés pour l'action du réseau de l'égalité entre les femmes et les hommes en région parmi lesquels :

- promouvoir des actions de sensibilisation avec pour objectif d'éviter l'entrée dans la prostitution. La prévention se fonde sur l'éducation à la vie affective et au respect et sur le repérage du risque prostitutionnel chez les jeunes notamment en milieu scolaire
- améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes qui se prostituent. Il s'agit notamment d'assurer une meilleure couverture territoriale des besoins qui ne sont actuellement pris en compte qu'en Haute-Garonne, le maillage étant inexistant dans les autres départements.

Un appel à projet a été lancé à l'été 2012 par la Déléguée régionale aux droits des femmes et à l'égalité afin d'élaborer un programme régional de formation à la prévention et à la lutte contre la prostitution pour 2012-2013. Ce projet s'adresse à tous les professionnels et bénévoles susceptibles d'être en contact sur le terrain avec cette problématique.

1.3.3. Pays de Loire

En Loire-Atlantique un groupe partenarial est animé par la chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité, sous l'intitulé « prévention et la lutte contre les systèmes prostitutionnels ». Pour le deuxième semestre 2012, ce groupe a mis au point un projet de campagne d'affichage dans l'agglomération nantaise. Le projet, qui se réfère au 3^e plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, entend sensibiliser l'opinion publique mais aussi les clients potentiels de la prostitution au fait que « la prostitution est une violence faite aux femmes » (thème de l'affiche). Le portage opérationnel doit être confié à l'association « le Mouvement du Nid ». Le budget total estimé à 20 000 euros environ sera financé sur les crédits du BOP 137.

Dans la Sarthe une concertation a été menée à l'initiative de la délégation territoriale de l'ARS associant la DDCS, le Mouvement du Nid et l'université du Maine sur la question de la prostitution étudiante. L'Université du Maine mène des actions de prévention avec le concours du Mouvement du Nid. Un coordonnateur étudiant a été recruté par l'Université pour travailler sur la réduction des risques de façon générale, dont les comportements prostitutionnels font partie. La concertation engagée début 2012 pourrait se poursuivre avec un programme de prévention et d'accompagnement élaboré et financé conjointement par l'ARS et la DDCS.

1.3.4. PACA

La DDCS 13 soutient des projets de prévention de la prostitution, notamment l'action « Gymnase Gaby » qui vise l'insertion par l'activité physique de jeunes publics en difficulté issus pour partie de la prostitution (actions visant à renforcer l'estime de soi, hygiène corporelle, nutrition via un travail sur le corps, la participation à des ateliers et à des sorties culturelles). Le décalage comptable des actions n'a pas permis d'inscrire en 2010 un soutien financier sur le Bop 177 mais la DDCS souhaite retrouver le niveau de financement antérieur (prévision exécution de 98 000€ pour 2012) afin de pouvoir également soutenir l'action de l'atelier Passerelle et développer de nouveaux projets de prévention avec l'amicale du Nid.

La DDCS 84 soutient des actions prévention-accueil ou d'accompagnement de personnes qui se prostituent sur le département portées par l'association l'Embellie à Montpellier qui fait notamment des tournées conjointes avec AIDES. Le passage du bop 177 au bop 137 n'a pas permis d'inscrire un soutien financier à la hauteur des besoins mais la DDCS 84 souhaite pouvoir soutenir la

globalité des domaines d'actions qui vont de l'accueil à la prévention et l'accompagnement, voire même développer les possibilités de bus itinérant ou/et de structuration des organisations

1.3.5. Rhône-Alpes

L'objectif affiché par la DRDFE est de mailler la région en évitant les zones blanches ou les doublons tout en favorisant la complémentarité des actions entre l'ARS et des départements. En 2011, outre les partenaires associatifs habituels (interventions de l'amicale du nid Rhône et Isère, actions de formation du mouvement du nid, action portée par un CHRS en Haute Savoie (hébergement public qui se prostituent à proximité de la Suisse), il a été décidé de soutenir également l'association Cabiria. La DDCS 69 a par ailleurs demandé aux CCAS de délivrer les agréments permettant les domiciliations pour l'ouverture des droits (un document type a été élaboré en l'absence de document CERFA pour l'AME).

2. POLITIQUES SANITAIRES

2.1. Le cadre national

2.1.1. Le plan VIH/SIDA et IST

Les personnes qui se prostituent font partie des publics prioritaires désignés par le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Leur prise en compte fait l'objet d'un volet spécifique de ce Plan au titre de l'approche populationnelle.

Extrait du plan national 2010-2014 de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 intègre une approche populationnelle. Cela signifie qu'il prévoit des stratégies et des actions spécifiques à l'égard des publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH et des IST :

- hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et lesbiennes, bi et transsexuel(les) (HSH et LBT)
- migrants/étrangers
- autres populations en situation de vulnérabilité : personnes détenues, usagers de drogues et personnes qui se prostituent

Ces stratégies et actions spécifiques sont énoncées dans le présent plan et valorisés dans les programmes populationnels.

Toutefois, loin d'accréditer l'idée d'une relation univoque entre les personnes qui se prostituent d'une part, le risque VIH et IST, d'autre part, la présentation de ce volet entend resituer cette question dans un contexte plus global. Dans l'introduction il est en effet précisé que « *cette approche thématique a vocation à s'articuler et intégrer dans l'approche de santé globale en direction des populations en situation de vulnérabilité* ». Pour ce qui concerne les risques, il est souligné que « *les contextes d'exercice, les déterminants de la santé et les difficultés d'accès à la prévention et aux soins ont un impact sur l'état de santé au-delà des seules questions du VIH et des IST* ».

Ce préalable étant clairement posé, le programme en direction des personnes qui se prostituent identifie 3 axes spécifiques pour lesquels 5 mesures et 6 types d'actions sont prévues.

Axes stratégiques	Mesures	Actions
Axe 1 PREVENTION, INFORMATION, EDUCATION POUR LA SANTE <i>Objectif stratégique : favoriser et adapter l'accès à la prévention des personnes qui se prostituent</i>	Mesure 1 Réduire les obstacles à l'accès à la prévention pour les personnes qui se prostituent	P1 Organiser et coordonner au niveau régional l'offre de prévention des différents acteurs P2 Sensibiliser les acteurs en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention P3 Mener une réflexion avec les services du Ministère chargé de l'intérieur pour les sensibiliser aux enjeux
	Mesure 2 Adapter les actions de prévention aux nouvelles formes de prostitution	P4 Recenser et mettre à disposition des associations et personnes prostituées les documents et outils de prévention
	Mesure 3 Prévenir la transmission du VIH et des IST auprès des clients des personnes prostituées	P5 Communiquer et agir auprès des clients
Axe 2 DEPISTAGE <i>Objectif stratégique : promouvoir une stratégie de dépistage du VIH et des IST adaptée aux besoins et à la situation des personnes qui se prostituent</i>	Mesure 4 : Mettre en place des stratégies de dépistage adaptées aux besoins et réalités du terrain	P6 Elargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats
Axes 3 et 4 PRISE EN CHARGE MEDICALE, SOCIALE, ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS	Pas de mesures spécifiques pour les personnes qui se prostituent. (Les mesures sont celles des axes stratégiques généraux)	
Axe 5 RECHERCHE ET OBSERVATION <i>Objectif stratégique : approfondir les connaissances sur les personnes qui se prostituent et sur leur risque VIH-IST</i>	Mesure 5 : Recherche- améliorer les connaissances sur les diverses formes de prostitution	

2.1.2. Les conventions conclues avec les associations au niveau national

La mission a procédé à l'analyse des conventions conclues entre le Ministère chargé de la santé et les associations, comportant un volet spécifique en direction des personnes qui se prostituent : AIDES, ARCAT, Médecin du Monde, Cabiria, Grisélidis.

Selon les informations recueillies auprès de la Direction Générale de la Santé, 5 associations font l'objet d'une convention au niveau national prévoyant des actions en direction des personnes qui se prostituent.

Ces conventions font référence à l'article L 3121-1 du Code de la santé publique et aux objectifs n° 36 et 37 de la loi de santé publique du 9 août 2004¹⁷⁴ qui concernent respectivement l'infection par le VIH/SIDA (objectif 36) et les hépatites (objectif 37).

¹⁷⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Objectif n° 36 Maladies infectieuses –infection par le VIH/Sida	Réduire l'incidence des cas de Sida à 2,4 /100 000 en 2008
Objectif n° 37 Maladies infectieuses -hépatites	Réduire la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique d'ici 2008

Les crédits correspondant sont imputés sur le programme 204 « prévention et sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission ministérielle santé, au titre de l'action 13 « prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins », sous action 13.1 (VIH/SIDA/Hépatites).

Peuvent également être mobilisés toujours sous le programme 204 des crédits relatifs à l'action 12 « accès à la santé et éducation à la santé », sous action 12.2 « santé des populations en difficulté » et à l'action 14 « prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades » sous action 14.3 « pratiques addictives et à risques ». C'est le cas pour la convention passée avec Médecins du monde.

La DGS a lancé le 24 juin 2011 un appel à projets sur le thème de la prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes.

Suite à cet appel d'offres deux conventions ont été signées qui portent spécifiquement sur le champ de la prostitution, avec les associations Griselidis et Cabiria.

Tableau 8 : Contenu des conventions

Organisme	Durée de la convention et montant de la subvention	Objet de la subvention
GRISELIDIS	2011-2012 45 000 euros au total	Réaliser une recherche-action sur les modalités de prostitution sur Internet pour élaborer des approches préventives adaptées à ce média.
CABIRIA	Convention annuelle pour 2012 30 000 euros	Amélioration de l'accessibilité des documents de prévention adaptés aux femmes prostituées par leur recensement et mise à disposition

Source : DGS

Ces deux associations bénéficient également de financements attribués par l'INPES pour leurs projets en direction des personnes qui se prostituent dans le cadre de conventions pluriannuelles « santé sexuelle, prévention du VIH et des IST » 2011-2013.

L'initiative développée par Grisélidis en direction des personnes proposant des services sexuels tarifés via Internet fait l'objet d'une subvention globale de 130 800 euros sur la période 2011-2013 orientée vers la réalisation de 2 objectifs généraux visant à :

- Mener une action communautaire de proximité sur le territoire prostitutionnel virtuel (tournées hebdomadaires virtuelles, permanences virtuelles et téléphoniques, tenue du site internet, envoi de matériel de prévention...)
- Diffuser au niveau national d'un modèle d'intervention virtuel et communautaire adapté à ce public (création d'un outil collaboratif virtuel, sensibilisation et formation des acteurs associatifs, ...)

D'autres actions sont financièrement soutenues par la DGS dont peuvent bénéficier des personnes qui se prostituent même si ces actions s'inscrivent dans un contexte plus général en termes de publics visés ou d'actions menées.

- La convention pluriannuelle 2010-2013 conclue avec l'association Médecins du Monde pour un montant prévisionnel total de 731 000 euros porte sur un ensemble de projets qui relèvent des actions 12, 13 et 14 du programme 204, ci-dessus définie. Elle vise un large public dont le point commun est d'être en situation de vulnérabilité, avec un accent mis sur la population étrangère/migrante. Les personnes qui se prostituent sont explicitement mentionnées parmi les publics prioritaires et font l'objet de deux initiatives qui leur sont spécifiquement dédiées sous forme de missions mobiles à Paris (le Lotus Bus) et à Nantes (le Funambus). Les personnes qui se prostituent sont également l'un des publics mentionnés comme prioritaires au titre d'un autre programme qui porte sur le développement de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de cette association, afin de recueillir et d'exploiter des données, d'améliorer la connaissance et l'expertise.
- La convention pluriannuelle 2011-2014, conclue avec l'association AIDES pour un montant annuel de subvention de 3 107 913 euros, définit les modalités de contribution de cette organisation à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales B et C (action 13 du programme 204 ci-dessus défini). Elle identifie 4 types de populations qui doivent faire l'objet d'actions prioritaires compte tenu des données épidémiologiques. Les femmes exposées au risque constituent une de ces 4 catégories, avec les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les personnes vivant avec le VIH ou les hépatites, et les populations des départements d'Outre-mer (DOM). Si les personnes qui se prostituent ne sont pas citées en tant que telles, il est clair qu'elles sont destinées à bénéficier des approches mise en œuvre en direction de ces 4 types de publics.
- La convention pluriannuelle 2009-2012 conclue avec l'association ARCAT pour un montant de subvention total de 1 400 000 euros s'inscrit également dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales B et C (action 13 du programme 204 ci-dessus défini). Elle prévoit que l'association participe à l'amélioration des stratégies d'intervention auprès des publics concernés par des actions en direction du secteur médical et thérapeutique, par des actions de prévention auprès des personnes migrantes et en entreprise, et par la diffusion d'une information ciblée au travers d'un support ad hoc, le Journal du Sida et hépatites actualités
- La convention pluriannuelle 2009-2012 conclue avec l'association ISM Interprétariat pour un montant de subvention total de 728 000 euros s'inscrit également dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH/Sida, les IST et les hépatites virales B et C (action 13 du programme 204 ci-dessus défini) mais aussi de la politique de lutte contre la tuberculose (objectif 38 de ce même programme). Elle vise à faciliter l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins des personnes migrantes ayant une mauvaise maîtrise de la langue française. Les actions menées doivent permettre la fourniture de prestations d'interprétariat adaptées en termes de qualité et de coût aux professionnels des structures de prévention et de soins concernées : CDAG, CIDDIST, CLAT, services hospitaliers, centres de soins de premier accueil,...

2.2. Des déclinaisons régionales

La mission a procédé à l'analyse des projets régionaux de santé dans les régions où elle s'est rendue.

Dans la nouvelle architecture organisée par la loi HPST, le projet régional de santé comprend le plan stratégique régional de santé, les trois schémas prévention, soins, médico-social et quatre programmes obligatoires dont le PRAPS («Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins »).

MIDI-PYRENEES –Schéma régional de prévention (SRP)

Le schéma régional de prévention (SRP) 2012 de Midi-Pyrénées est structuré suivant 3 orientations transversales. Une 4^e orientation regroupe 4 champs spécifiques dont la Prévention du VIH, des IST et des hépatites.

Dans ce champ, constatant une augmentation du nombre de personnes atteintes depuis quelques années, le schéma se fixe pour objectif de « renforcer la perception du risque et communiquer de façon spécifique vers les groupes à risques : les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), les populations migrantes et les personnes qui se prostituent. » Il prévoit dans cette perspective de s'appuyer sur les acteurs associatifs les plus investis auprès de ces populations. Ce champ comprend deux volets, prévention et dépistage. Les situations de prostitution sont prises en compte de façon explicite dans le champ prévention et sans les nommer explicitement dans le champ dépistage à travers le développement des Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD).

Ces orientations s'insèrent de la façon suivante dans l'architecture du SRP :

Extraits du schéma régional de prévention (SRP) Midi Pyrénées 2012

Orientation 4 : maintenir une intervention sur des champs spécifiques

4.3 Prévention du VIH, des IST et des hépatites

4.3.1 Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics

Mettre en place des actions de prévention en direction des personnes qui se prostituent : Il s'agit de rompre l'isolement des personnes qui se prostituent en allant à leur rencontre, de favoriser l'accès au matériel de prévention et aux savoirs sur le VIH et les IST, d'informer sur le dépistage. Ces interventions se dérouleront essentiellement à Toulouse et dans sa périphérie. La population cible est d'environ 500 personnes.

4.3.2 Développer le dépistage du VIH et des IST

Développer le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence : Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif de dépistage classique. Elle consiste essentiellement à développer une nouvelle technique, récemment autorisée : les Tests Rapides à Orientation Diagnostique (TROD). Ces tests consistent en un prélèvement capillaire au doigt et en cas de positivité nécessitent une confirmation par test en laboratoire. Ils sont pratiqués en dehors des laboratoires par des personnels de santé ou des intervenants associatifs spécialement formés et habilités par l'ARS. Cette méthode qui va au contact des populations les plus à risques doit être développée et son déploiement sera confié par l'ARS à des associations habilitées agissant auprès des populations à risque.

PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR – Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS)

Les responsables de l'ARS soulignent que « jusqu'en 2012 il n'y a pas eu de stratégie spécifique ou coordonnée en faveur de l'accès aux soins et de prévention des personnes qui se prostituent. La porte d'entrée n'était pas une approche populationnelle mais une entrée par thématique, VIH/SIDA, Hépatites». Ce qui n'a pas empêché le GRSP d'apporter aux associations un soutien actif et durable en finançant des actions pour un montant de plus de 400 000 euros par an : accueil dans les locaux, distribution de matériel de prévention information sur le VIH, les hépatites, les IST, accompagnement physique et médiation vers l'accès aux droits et aux soins, démarches administratives, interprétariat pour les personnes migrantes

Depuis son adoption en 2012 les personnes qui se prostituent sont recensées dans le cadre du PRAPS parmi les populations particulièrement vulnérables. A ce titre elles sont éligibles aux

actions de ce programme et peuvent être concernées par ses différents objectifs visant notamment à restaurer leurs droits, valoriser leurs compétences, les accompagner dans l'accès aux soins, favoriser les démarches de santé communautaire et aller à la rencontre de ces publics. Elles sont plus explicitement citées dans l'objectif 5.5 « développer des actions de prévention et d'éducation à la santé » comme faisant partie des « populations ayant des comportements à risque », (avec les migrants, les détenus, et les personnes sans domicile), pour lesquelles il est nécessaire de « mettre en place des actions de prévention combinée ciblée ».

A noter que pour la déclinaison au plan régional du Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST un groupe de travail spécifique sur les personnes qui se prostituent a été mis en place entre l'ARS et le COREVIH afin d'identifier les actions à mettre en œuvre et de les prioriser. Certaines de ses conclusions ont été prises en compte pour la rédaction du PRAPS et du cahier des charges des actions à financer. Les actions menées se situent dans le cadre du programme 14 (VIH, IST), dans une moindre mesure du programme 15 (VHC) et dans le PRAPS. Elles visent les femmes, les hommes et les personnes trans. Elles reposent sur les associations de santé communautaire (AIDES, Autres regards) et de tradition sociale (ALC).

RHONE-ALPES

Les personnes qui se prostituent ne sont pas explicitement mentionnées parmi les publics ciblés par le PRAPS Rhône-Alpes qui entend concentrer les actions auprès de trois types de publics bien définis

- les habitants des quartiers prioritaires « politique de la ville »,
- les personnes sans domicile individuel,
- les migrants en difficulté d'accès à la prévention et aux soins,

Pour autant, il est rappelé que « les plans nationaux VIH/IST/Hépatites et le plan Tuberculose ciblent particulièrement certaines catégories de population » et que « le PRAPS relaiera les actions préconisées dans la déclinaison régionale de ces plans ».

Un cahier des charges spécifique à la thématique VIH/SIDA/IST/Hépatites a été rédigé pour 2011 et les personnes qui se prostituent font partie des publics prioritaires, comme dans le cadre du plan national. L'enjeu principal est de maintenir le niveau de prévention et d'accompagnement auprès de ces personnes en tenant compte des changements intervenus dans l'exercice de la prostitution ces dernières années. Ainsi, tenant compte de la plus grande dispersion géographique de la prostitution qui se déplace des centres villes vers les périphéries et les routes nationales, L'ARS se fixe pour objectif de développer la couverture du territoire Rhône alpin malgré les baisses budgétaires auxquelles l'ARS a été confrontées.

Les actions ont donc été reconduites en 2012 après étude par un groupe de travail thématique.

Tableau des budgets accordés

PAYS DE LOIRE

En 2012, l'ARS Pays de Loire a lancé un appel à projet dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention, centré sur les relations affectives et sexuelles. Cette initiative s'appuie sur le projet régional de santé de l'ARS pays de Loire (permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé et de mobiliser ses ressources personnelles, agir auprès des population à des périodes sensible de leur vie) et le plan de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014, incluant l'objectif de mettre en œuvre des actions de prévention combinée ciblées en direction des populations exposées (migrants, population HSH et LBT, usagers de drogues et personnes se prostituent).

Encadré : projet réseau régional en santé sexuelle

Dans les Pays de la Loire, le thème de la prévention des risques liés à la sexualité est porté par 4 réseaux (3 réseaux ville hôpital centrés sur le VIH et 1 plus généraliste sur la santé sexuelle).

Dans un souci de mutualisation et d'efficacité, l'ARS a souhaité faire évoluer ces réseaux vers un réseau régional unique sur le champ plus large de la santé sexuelle afin d'améliorer le service rendu aux usagers en matière de promotion de la santé, d'éducation, d'accès aux soins et au dépistage et d'optimiser la coordination des professionnels et la qualité des pratiques.

A cet effet, le COREVIH a coordonné d'un groupe de travail réunissant les réseaux en vue de produire des diagnostics territoriaux et d'élaborer un projet de schéma organisationnel en lien avec l'ARS. Ce nouveau réseau régional devrait être installé en 2013.

3. AU NIVEAU EUROPEEN

Daphné est un programme communautaire créé en 2000 et destiné à prévenir et à combattre toute forme de violence survenant dans la sphère publique ou privée à l'encontre des femmes, des adolescents et des enfants, en incluant l'exploitation sexuelle et le trafic des êtres humains. Il vise également à parvenir à un niveau élevé de protection de la santé, de bien-être et de cohésion sociale.

Décision n° 779/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2007 établissant le programme DAPHNE III

Article 3 Objectif spécifique

L'objectif spécifique du programme est de contribuer à prévenir et à combattre toutes les formes de violence survenant dans la sphère publique ou privée à l'encontre des enfants, des jeunes et des femmes, y compris l'exploitation sexuelle et la traite des êtres humains, en prenant des mesures préventives et en offrant une assistance et une protection aux victimes et aux groupes à risque

Le programme Daphné III couvre la période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2013. Son enveloppe financière pour la période s'élève à près de 117 millions d'euros (116 850 000 EUR). Des actions portant sur la prostitution peuvent être et ont été financées dans le cadre de ce programme. Celui-ci ne concerne en principe la prostitution qu'en tant qu'elle est le fruit de la traite des êtres humains et/ou d'une exploitation sexuelle. Mais le projet « INDOORS » financé au titre de ce programme semble largement dépasser cette perspective.

Encadré Projet INDOORS

Dans le cadre du projet européen INDOORS, l'association Autres regards de Marseille a coordonné, en lien avec MDM et les organisations de 4 autres pays européens (Bulgarie, Allemagne, Italie et Portugal), l'élaboration d'un livret de prévention fait avec et pour les personnes qui se prostituent.

Traduit en 6 langues, ce livret (« travailler à moindre risque ») aborde la « réduction des risques liés à la sexualité, aux lieux et conditions de travail en particulier dans des lieux privés. Il s'adresse aux personnes travaillant en hôtels, appartements, bordels/eros center, clubs, bars, salons de massage, saunas, sex-shops et dans d'autres lieux privés ».

D'après la présentation qui en est faite sur le site de Cabiria, « ce livret donne un panel de conseils de sécurité au travail, transmet des messages de prévention du VIH et des IST, des informations sur

les droits des personnes victimes de violence, sur les droits sur le lieu de travail et sur les différentes législations de la prostitution dans les pays concernés C'est un outil de prévention qui a pour but l'empowerment des personnes et la promotion de la sécurité dans le travail du sexe. Les informations sont concises et basées sur des réalités de terrain »

A la fin du livret, figurent des « informations sur la législation relative à la prostitution et sur les organisations soutenant les travailleurs du sexe dans les cinq pays mentionnés »

Annexe 8 : Partenariat pour repérer la tuberculose chez les personnes qui se prostituent dans un centre de santé sexuelle au Royaume-Uni

Il s'agit d'une action menée par l'Imperial College entre 2008 et 2010 faisant suite à la prise en charge problématique d'une personne se prostituant atteinte de tuberculose¹⁷⁵.

Constat : Les publics qui se prostituent dans la rue sont souvent :

- difficiles d'accès, composé de migrants de pays d'endémie vivant dans des conditions de promiscuité, très mobiles, et souvent de passage
- en contact avec un grand nombre de personnes
- en difficulté d'accès aux soins du fait de leur statut d'immigrant et de leur activité prostitutionnelle
- incapables de s'arrêter de travailler même en mauvaise santé

Objectif : organiser le screening et le dépistage des personnes se prostituant susceptibles d'être porteuses de la tuberculose au sein d'un centre de santé sexuelle proposant accueil, dépistage et consultation anonyme et gratuit aux personnes qui se prostituent.

Critères de sélection pour proposer un test sanguin était d'être

- migrant originaire de pays d'endémie et au RU depuis moins de 2ans
- vivant dans des conditions de promiscuité
- n'accédant pas aux soins (irrégulier, pas d'argent, discrimination)
- ayant eu des contacts avec la TB, ayant des symptômes ou des antécédent deTB

Le test utilisé était le quantiféron (test sanguin ne nécessitant de 2eme lecture) dont certaines indications répondent aux caractéristiques de cette population (tuberculose latente chez migrants issus de pays à forte prévalence, parfois infectés par le VIH)¹⁷⁶

Résultats

Cette action a permis de diagnostiquer 11 cas de tuberculose, dont la moitié ont été traités en 2010.

Année 2010	Repérages	Positifs	Traitements	Perdus de vus
Hommes	32	7 (22%)	3 (43%)	3 (+ 1 écarté)
Femmes	44	4 (9%)	3 (75%)	1
Total	76	11 (17%)	6 (55%)	4

Les pays d'origine les plus représentés étaient l'Amérique latine pour les hommes (79 %), et l'Amérique latine (32 %), les pays d'Europe de l'est (30 %), la chine (16 %), pour les femmes.

¹⁷⁵ **TB Screening Partnership in Sex Workers** Centre for Sexual Health, St Mary's Hospital Imperial College Healthcare Trust, A. Mosobela (www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/442097/A_Mosobela.pdf).

¹⁷⁶ En 2006, la HAS les a jugées potentiellement intéressantes ses indications mais non suffisamment documentés.

Pour les auteurs, cette action :

- A permis d'identifier de prendre en charge des patient à haut risque de tuberculose, ce qui a réduit leur risque de développer une forme active de tuberculose et le risque de diffusion au sein de la population
- A permis à des patients qui n'auraient normalement pas eu accès aux services de santé d'être repérées et traités avant que la maladie ne se développe plus activement
- A renforcé les liens entre l'équipe tuberculose et le personne du centre de santé sexuelle
- Peut accroître le niveau de conscience des personnes qui se prostituent vis à vis de la tuberculose
- Peut amener à des dépistages précoces et des prises en charge adaptées

Annexe 9 : Historique de l'action publique au regard des enjeux sanitaires liés à la prostitution

Dans son histoire, la France a adopté différentes attitudes vis-à-vis de la prostitution, alternant tentatives d'interdiction et tolérance plus ou moins contrôlée¹⁷⁷. Mais c'est au début du XIX^{ème} siècle que se met en place une surveillance sanitaire organisée de la prostitution¹⁷⁸ au motif d'endiguer l'épidémie de syphilis de l'époque sur fond de légalisation des maisons closes¹⁷⁹. Il est alors décidé que les personnes qui se prostituent doivent se faire enregistrer sur des registres municipaux (« en carte ») et se soumettre à des contrôles gynécologiques réguliers en fonction desquels leur est accordée ou refusée la pratique de l'activité. Sous contrôle de la Brigade des mœurs, ce dispositif conjugue la volonté des pouvoirs publics de lutter contre les maladies vénériennes et de supprimer les manifestations publiques les plus visibles de la prostitution¹⁸⁰.

Peinant à enrayer la transmission des IST, la réglementation sanitaire est renforcée par le décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes qui prévoit la prévention de la contagion, l'examen et les soins obligatoires, ainsi que la possibilité pour les médecins de dénoncer l'état pathologique de leurs patients. Les personnes qui se prostituent qui refusent la visite médicale (« les insoumises ») s'exposent à une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois mois. Le contrôle de la réglementation est assuré par une autorité sanitaire.

Dans l'immédiat après-guerre, la loi du 13 avril 1946, dite loi Marthe Richard, impose la fermeture des maisons closes (interdiction des relations contractuelles des personnes qui se prostituent dans l'intérêt de leur activité), pénalise l'infraction de racolage, supprime l'inscription des personnes qui se prostituent sur les registres de la police tout en prévoyant la création des établissements de rééducation et de réinsertion pour les accueillir (services de prévention et de réadaptation sociale). Un contrôle sanitaire et social est maintenu et organisé sous la direction du ministère de la santé publique dans le but de " dépister les prostituées vénériennes voulant se dérober au traitement un fichier sanitaire et social des personnes qui se prostituent ».

De 1946 à 1960, la prostitution se développe dans les hôtels de passe. Le réglementarisme sera poursuivi avant d'être abandonné en 1960, date à laquelle la France ratifie de la Convention de l'ONU de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui. La sexualité tarifée devient une activité totalement privée, les préoccupations sanitaires sont abandonnées, les IST ne donnent plus lieu à une surveillance.

Par la suite, la répression du proxénétisme et du racolage sont accrues. Au début des années 2000, plusieurs lois renforcent encore la lutte contre le proxénétisme et la protection des mineurs qui se prostituent. Enfin la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, dite LSI, prévoit plusieurs dispositifs relatifs au racolage, en réintroduisant notamment le délit de racolage passif, dépenalisé depuis 1994¹⁸¹, tout en renforçant la répression du proxénétisme et la promotion des garanties accordées aux victimes de la traite des êtres humains.

¹⁷⁷ « Comme Charlemagne avant lui, Saint Louis fut d'abord " prohibitionniste ". Il ordonna par un édit royal de 1254 de fermer les " bors d'eau " dont le nom progressivement donnera " bordels ". Cet édit fut plus tard révoqué et la prostitution tolérée sous réserve du respect de certaines règles qui la cantonnaient notamment dans certains quartiers spécifiques. Un centre de réadaptation fut par ailleurs ouvert pour les prostituées. Louis XIV lui-même tenta en vain d'interdire la prostitution », Les politiques publiques et la prostitution. Rapport d'information sur l'activité de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes pour l'année 2000.

¹⁷⁸ En 1805, Napoléon instaure l'enregistrement, l'inspection et la régularisation des prostituées.

¹⁷⁹ Le Préfet de police Delvaux édicte en 1823 le règlement des maisons de tolérance revu par la loi de 1903.

¹⁸⁰ Suivi quelques décennies plus tard par d'autres lois réglementant la prostitution (pénalisation de la prostitution d'autrui sur la voie publique en 1885, pénalisation de la prostitution d'autrui exercée sous la contrainte, y compris dans une « maison de débauche » en 1903, loi concernant la prostitution des mineurs en 1908).

¹⁸¹ Le fait, par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 Euros d'amende.

