



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

**AVIS SUIVI DE
RECOMMANDATIONS**

PREVENTION

FR

16/09/2010

VIH ET COMMERCE DU SEXE GARANTIR L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION ET AUX SOINS

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 16 SEPTEMBRE 2010

Le présent *Avis suivi de recommandations* a été adopté le 16 septembre 2010 à l'unanimité des membres présents du Conseil national du sida.

Le document peut être téléchargé sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2010-09-16_avi_fr_prevention

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.cns.sante.fr

MEMBRES DE LA COMMISSION « PROSTITUTION »

WILLY ROZENBAUM

FRANCOIS BOURDILLON

YOLANDE BRIAND

BRUNO CADORE

JEAN-PIERRE DOZON

NICOLE HESNAULT-PRUNIAUX

CHRISTIANE MARTY-DOUBLE †

SANDRINE MUSSO

RAPPORTEURS

LAURENT GEFFROY

MICHEL CELSE

VIH ET COMMERCE DU SEXE GARANTIR L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION ET AUX SOINS.....	1
INTRODUCTION.....	6
Des clarifications préalables.....	7
Des difficultés communes.....	9
Des préconisations impératives.....	9
PARTIE I DES PERSONNES EXPOSEES A DE NOMBREUX FACTEURS DE VULNERABILITE.....	11
I.1. UNE ACTIVITE HETEROGENE.....	11
I.1.1 L'activité prostitutionnelle : une réalité plurielle.....	11
I.1.2 Des modalités et lieux qui se diversifient.....	13
I.2 UNE VULNERABILITE ALARMANTE.....	14
I.2.1 Une vulnérabilité sanitaire.....	14
I.2.2 Une vulnérabilité sociale renforcée.....	17
PARTIE II DES CONTRADICTIONS CROISSANTES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES AU DETRIMENT DES DROITS DES PERSONNES.....	21
II.1 DES DROITS AFFIRMES MAIS FORTEMENT CONDITIONNES ET INEGALEMENT GARANTIS.....	21
II.1.1 Une réglementation complexe peu conforme aux droits des personnes.....	22
II.1.2 Des droits conditionnels réservés à une minorité.....	25
II.2 DES INCOHERENCES REPETEES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES.....	26
II.2.1 Une absence de coordination et de convergence de l'action publique.....	27
II.2.2 Une absence d'évaluation prospective et rétrospective.....	28
PARTIE III UNE MOBILISATION ASSOCIATIVE SOUTENUE MAIS UNE STRATEGIE INSUFFISAMMENT COORDONNEE, GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE.....	31
III.1 UN CHAMP ASSOCIATIF DIVISÉ QUI PEINE À ADOPTER UNE APPROCHE GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE.....	31
III.1.1 Plusieurs traditions associatives aux particularités fortement affirmées.....	32
III.1.2 La nécessaire diversification des missions en faveur d'une approche globale.....	34
III.2 DES COOPÉRATIONS INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES, UNE ABSENCE DE STRATÉGIE À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE.....	35
III.2.1 Des coopérations insuffisamment développées.....	36
III.2.2 Une absence de stratégies à l'échelle du territoire.....	37

RECOMMANDATIONS.....	40
Renforcer les droits.....	40
Assurer la cohérence des politiques publiques.....	40
Promouvoir une approche globale.....	41
Soutenir les démarches communautaires.....	41
Améliorer la connaissance.....	41
ANNEXE : HISTOIRE DE L'ACTION PUBLIQUE RELATIVE A LA PROSTITUTION.....	43
Un règlementarisme sanitaire coercitif.....	43
Un nouveau cadre d'action publique : vers l'abolitionnisme.....	43
Trois objectifs contemporains de l'action publique.....	45
LISTE DES ABREVIATIONS.....	49
REMERCIEMENTS.....	51

INTRODUCTION

La prostitution en France a profondément changé ces quinze dernières années. Les pratiques se sont largement diversifiées, les trajectoires des personnes ont évolué, les lieux d'exercice de l'activité se sont déplacés, les législations et réglementations ont été modifiées. Cette situation nouvelle complique considérablement le travail de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) et l'accès aux soins en faveur des personnes prostituées.

Sous réserve d'une utilisation optimale des moyens de prévention, l'activité prostitutionnelle ne représente pas en elle-même un facteur de risque de transmission du VIH/sida, ni pour les personnes qui l'exercent, ni pour leurs clients. En revanche, les conditions souvent difficiles dans lesquelles les personnes prostituées exercent leur activité fragilisent considérablement leur accès à la prévention et aux soins et majorent leur exposition à l'ensemble des risques sanitaires. Cette exposition est d'autant plus préoccupante qu'elle touche des populations au sein desquelles la prévalence du VIH/sida est plus élevée que dans l'ensemble de la population : personnes migrantes en provenance de régions à forte prévalence du VIH/sida, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes transsexuelles ou transgenres.

Conformément à sa mission, le Conseil national du sida, attentif à la prévention de l'infection du VIH/sida, entend s'assurer que les personnes particulièrement exposées aux risques infectieux bénéficient d'un accès effectif et optimal aux soins et à la prévention. Sur la question de la prostitution, le Conseil est intervenu à plusieurs reprises ces dernières années pour pointer l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant la prostitution et souligner les conséquences dommageables sur la prévention des dispositifs relatifs au racolage, en particulier ceux prévus par la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (LSI)¹.

Le 22 novembre 2002, le Conseil publie un communiqué de presse dans lequel il met en garde contre plusieurs effets néfastes de la loi : perte de contact des associations avec les personnes prostituées, diminution de l'information, baisse de la vigilance quant au risque de contamination par le VIH et les IST².

Le 17 novembre 2005, dans un rapport sur la politique de prévention du VIH/sida en France, le Conseil note que les articles de la LSI relatifs à la prostitution ainsi que l'accroissement de la pression policière dans plusieurs lieux aggravent la situation sanitaire des personnes prostituées et empêchent le travail de prévention mené par les agents de santé³. Aussi, au titre de ses recommandations, le Conseil invite les pouvoirs publics à revoir les dispositions de la loi et à mettre en cohérence les politiques gouvernementales en matière de prévention⁴.

En 2009, à la suite des rencontres organisées dans le cadre des Assises de la prostitution⁵ et de la présentation du rapport « Quatre villes⁶ » à la direction générale de la santé (DGS), considérant par ailleurs les rapports annuels des associations de santé et de santé communautaire⁷, le Conseil national du sida a souhaité s'informer plus avant des difficultés rencontrées dans l'accès à la prévention et aux soins dans un contexte général dégradé, marqué par les déplacements des personnes prostituées, l'augmentation des violences et la montée des discriminations à leur encontre.

Les données disponibles sur la prostitution sont peu nombreuses en raison du caractère caché ou discret de cette activité. Les études récentes sont qualitatives et portent sur les difficultés rencontrées localement par les

¹ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

² Conseil national du sida, *Politique à l'égard de la prostitution : le CNS réaffirme la priorité de la réduction des risques*, communiqué de presse du 22 octobre 2002. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2002-10-22_cpr_fr_prevention.pdf

³ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, 17 novembre 2005, pp. 16 sq. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

⁴ *Ibid*, p. 39. Voir également : Conseil national du sida, *Prévention de la transmission du VIH : le Conseil national du sida demande une politique gouvernementale cohérente*, communiqué de presse du 22 novembre 2005. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-22_cpr_fr_prevention.pdf

⁵ Collectif Droits & Prostitution, Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida, *Assises Européennes de la Prostitution 2009 Actes*, Paris, 2009.

⁶ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008. Voir également : Guillemaut F. (dir.), *La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange économique-sexuels en Guadeloupe*, GRSP Guadeloupe-SESAG, mars 2009.

⁷ Les Amis du bus des femmes (Paris) ; Arap-Rubis (Nîmes) ; Autres Regards (Marseille) ; Cabiria (Lyon) ; Entr'Actes-GPAL (Lille) ; Grisélidis (Toulouse) ; Médecins du Monde Lotus-Bus (Paris), Funambus (Nantes), Mission mobile (Montpellier), Mission prostitution (Poitiers), Mission France (Rouen) ; PASTT (Paris).

associations et par les personnes prostituées elles-mêmes dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention⁸. Les indicateurs chiffrés sur la situation des personnes prostituées en France et les évaluations documentées de l'action publique sont pratiquement inexistantes. Au titre de la LSI, le gouvernement est pourtant tenu de réaliser une évaluation annuelle de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide⁹. Le seul rapport existant à ce jour, qui porte sur l'année 2004¹⁰, ne fournit pas de données en matière de santé¹¹ et souligne que les informations disponibles sont rares, limitées à la prostitution de voie publique et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la diversité des pratiques et des trajectoires¹².

En l'absence de données suffisantes sur les personnes prostituées, le Conseil national du sida a été conduit à entendre directement les principaux acteurs publics et associatifs concernés par la question de la prostitution en France. Les auditions n'ont pas été limitées au seul secteur de la santé. En effet, les pratiques de nombreux acteurs étrangers à ce champ d'intervention ont un impact indéniable sur l'accès aux soins et à la prévention en faveur des personnes prostituées. Le Conseil a ainsi invité les représentants de plusieurs administrations centrales et déconcentrées¹³ : la direction générale de la police nationale, la direction générale de la cohésion sociale, la direction générale de la santé, la direction régionale de la police judiciaire relevant de la Préfecture de Police. En outre, le Conseil a convié des représentants de différentes associations de santé, de santé communautaire, de réinsertion sociale, de prévention de la prostitution, de droits des personnes prostituées et de professionnels du sexe. Enfin, le Conseil a pu entendre des chercheurs en sciences sociales, sociologues, anthropologues et politistes. Un recensement et une analyse de la littérature française et internationale ainsi qu'un examen attentif des rapports d'activité des associations françaises complètent les auditions.

Le Conseil national du sida a souhaité contribuer à une meilleure connaissance de la prostitution en France et de l'action publique relative à la prostitution, sans pour autant produire de données quantitatives que des études en cours doivent fournir¹⁴. L'appréhension de la réalité prostitutionnelle, l'évolution des origines et des trajectoires des personnes, des lieux de rencontre et des lieux d'exercice de l'activité, les pratiques de prévention et les processus d'exposition aux risques constituent des sujets d'attention premiers. L'intérêt du Conseil porte également sur le travail des acteurs aussi bien associatifs que publics intéressés par la question de la prostitution et de la prévention de l'infection par le VIH/sida et des IST. Leur périmètre d'activité, leur champ de compétence et d'intervention, leurs partenariats, les sujets inscrits sur leur agenda, leurs priorités budgétaires sont autant d'indications utiles pour rendre compte d'une action publique *a priori* faiblement évaluée, notamment en matière sanitaire.

DES CLARIFICATIONS PREALABLES

Lors de ses auditions, le Conseil national du sida n'a pas souhaité aborder directement les prises de positions des organisations non gouvernementales en faveur d'une orientation politique spécifique à l'égard de la prostitution. Certains acteurs associatifs défendent la réglementation de la prostitution au bénéfice de celles et ceux qu'ils nomment travailleuses et travailleurs du sexe, d'autres envisagent l'abolition de toute forme de réglementation de la prostitution et quelques uns évoquent la prohibition de la prostitution avec l'incrimination des clients. Le Conseil n'entend pas définir *a priori* une politique spécifique à l'égard de la prostitution, ni arbitrer entre les différentes options disponibles mais, au contraire, souhaite identifier, sans aucun parti pris spécifique et dans un souci évident

⁸ Voir par exemple : Maugère A. *Les politiques de la prostitution. Du Moyen Âge au XXI^e siècle*, Dalloz, Paris, 2009 ; Danet J., Guienne V., *Action publique et prostitution*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2006 ; Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, Paris, Hachette Littérature, 2006 ; Vernier J. « La loi pour la sécurité intérieure : punir les victimes du proxénétisme pour mieux les protéger ? » in Handman M.-E, Mossuz-Lavau J. (dir.) *La prostitution à Paris*, Editions de la Martinière, Paris, 2005, pp. 212-152.

⁹ L'article 52 de la LSI stipule qu'à compter de 2004 le Gouvernement déposera chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide.

¹⁰ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, mars 2006, non publié.

¹¹ Le rapport reproduit *in extenso* les passages du Programme national de lutte contre le sida 2005-2008 (PNLS) consacrés aux personnes prostituées. Le PNLS ne présente pas non plus de données françaises et s'appuie sur la littérature internationale pour souligner une série de difficultés qui pèsent sur les personnes prostituées. Cf. *infra*.

¹² *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.*, p. 16.

¹³ La liste des personnes auditionnées figure en annexe du présent avis.

¹⁴ Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Institut national de veille sanitaire (InVS), *ProSanté, Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution*, 2010. Les résultats de l'étude ne seront pas connus avant 2011.

de pragmatisme, les enjeux de la lutte contre le VIH/sida auprès des personnes prostituées afin de dégager des recommandations à destination des pouvoirs publics.

De même, le Conseil national du sida n'a pas souhaité arrêter une terminologie spécifique pour dénommer l'ensemble des personnes prostituées.

Les institutions internationales, à l'instar d'ONUSIDA¹⁵ et de l'OMS¹⁶, adoptent les termes de *professionnel(le)s du sexe* et certaines organisations non gouvernementales en faveur des droits des personnes prostituées retiennent les termes proches de *travailleuses et travailleurs du sexe*. Cette dernière terminologie est la traduction littérale de *sex workers* proposée aux États-Unis à la fin des années 1970 par des activistes féministes afin de contourner le terme jugé connoté de prostitué(e) et de banaliser l'activité de la prostitution¹⁷. L'expression ne désigne pas, selon ses promoteurs, une forme de travail du sexe particulière, que celui-ci soit exercé sous la contrainte ou librement, occasionnellement ou régulièrement, directement par la fourniture de services sexuels ou indirectement, que cette activité par ailleurs constitue une ressource financière à titre principal ou secondaire¹⁸. Le terme recouvre de nombreuses pratiques de commerce du sexe direct ou indirect¹⁹. L'expression *sex worker* ne s'est toutefois pas imposée comme une catégorie sémantique univoque car elle peut suggérer que l'activité de commerce du sexe est librement exercée. Or, de nombreuses personnes demeurent contraintes d'exercer la prostitution et subissent à cette fin des violations de leurs droits et des atteintes évidentes à leur dignité et leur intégrité, parfois dans le cadre de réseaux organisés de traite et d'exploitation des êtres humains. En outre, l'expression suscite une opposition de principe des tenants de la prohibition de la prostitution et de l'abolition des règles l'encadrant.

A cet égard, de nombreuses organisations non gouvernementales ont conservé le terme *prostitué(e)* et évoquent des *personnes prostituées* ou des *personnes en situation de prostitution*. Les deux expressions rappellent opportunément que les prostituées sont avant tout des personnes et, en tant que telles, des sujets de droits. Par ailleurs, la référence à la notion « en situation de » souligne que l'identité des personnes ne peut être réduite à leurs seules activités. Néanmoins, la seconde expression dénote une certaine passivité des personnes qui subissent la prostitution comme elles pourraient subir précarité et vulnérabilité. Or, de nombreux témoignages attestent du libre choix de la prostitution. Plus généralement, la notion même de prostitution interroge car elle renvoie à une pratique ancienne et à une catégorie historiquement connotée qui rappelle l'immoralité et la maladie²⁰, en particulier depuis les réglementations sur la syphilis au XIX^e siècle.²¹ A ce titre, la prostitution et plus particulièrement la prostitution de voie publique enferme, encore aujourd'hui, dans un statut social marqué par l'infamie²² et le stigmate²³.

Parmi l'offre disponible, aucune terminologie n'est donc exempte de connotations spécifiques, ni ne bénéficie d'une reconnaissance unanime. A la suite de cette clarification sémantique, les termes de *personnes prostituées* peuvent toutefois être retenus car moins connotés que les terminologies alternatives et plus largement utilisées, en particulier par les pouvoirs publics et la plupart des organisations non gouvernementales françaises. Il est toutefois aussi envisagé d'utiliser dans certains cas les termes de *personnes en situation de prostitution*, s'agissant en particulier des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains, et ceux de *travailleuses et travailleurs du sexe*, s'agissant des personnes qui exercent la prostitution librement, sans subir ni violations de leurs droits, ni atteintes à leur dignité et à leur intégrité physique et morale.

¹⁵ ONUSIDA, *Le VIH et le commerce du sexe. Note d'orientation de l'ONUSIDA*, avril 2009.

¹⁶ Organisation mondiale de la santé, *Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé*. Département VIH/sida, avril 2009.

¹⁷ Leigh C., « Inventing sex work », in Nagle J. (dir.), *Whores and other feminists*, Routledge, New-York & London, 1997, pp. 223-231; Delacoste F., Alexander P. (dir.), *Sex Work : Writing by Womens in the Sex Industry*, Cleis Press, San Francisco, 1987.

¹⁸ ONUSIDA définit par exemple les professionnel(le)s du sexe comme les adultes et les jeunes (de plus de 18 ans) de sexe féminin ou masculin et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement. La définition est large et inclut aussi bien les professionnel(le)s organisé(e)s et contrôlé(e)s par des tiers, les professionnel(le)s travaillant à leur propre compte, qu'ils ou elles s'identifient ou pas comme professionnel(le)s du sexe, et les personnes qui font l'objet d'un trafic ou sont contraint(e)s de vendre des faveurs sexuelles. ONUSIDA, *Commerce du sexe et VIH/sida. Actualisation*, mars 2003.

¹⁹ Harcourt C., Donovan B., « The many faces of sex work », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, 2005, pp. 201-206.

²⁰ Tabet P., *La grande arnaque : Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, Paris, L'Harmattan, 2005.

²¹ Corbin A., *Les filles de Noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1978.

²² Pherterson G., *Le prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan, 2001 et *A vindication of the Rights of Whores*, Washington, Seal Press, 1989.

²³ Pryn S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 1999.

DES DIFFICULTES COMMUNES

La disparité réelle des situations, des parcours de vie et des pratiques, que traduit, pour partie, la pluralité de terminologies disponibles, ne doit pas masquer les facteurs communs de fragilité que le Conseil national du sida a tenté de dégager. Les personnes prostituées sont exposées à des formes de vulnérabilités proches, renforcées par la remise en cause de leur présence dans l'espace public. La disparition des manifestations visibles de la prostitution, l'essor d'une population migrante en situation de précarité, le développement de nouvelles formes de prostitution parfois très discrètes (internet, salon de massage, prostitution « en tour ») ont fragilisé la sécurité de ces personnes, compliqué la mise en œuvre de la prévention et opacifié les conditions, en particulier sanitaires, dans lesquelles le commerce du sexe s'exerce aujourd'hui en France.

Les pouvoirs publics n'ont pas réussi, jusqu'à présent, à accroître la sécurité des personnes prostituées ni à améliorer durablement leur accès à la prévention et aux soins. Depuis le début des années 2000, une double préoccupation publique s'impose : une préoccupation de court terme, d'abord, avec la lutte contre les formes visibles de la prostitution, notamment le racolage, une préoccupation de moyen terme ensuite, avec, d'une part, la lutte contre la criminalité internationale et les migrations illégales et, d'autre part, la mobilisation en faveur de la réinsertion des personnes prostituées. L'ensemble de ces réponses sont conçues pour faire face, selon le législateur, à l'inflation de réseaux criminels, à la détérioration de l'ordre et de la tranquillité publics née de l'accroissement d'une prostitution de voie publique et de la précarisation de prostituées femmes victimes.

La question de l'accès aux soins et à la prévention ne bénéficie plus, contrairement à la période marquée par l'arrivée du VIH/sida, d'une attention de premier plan. Les conséquences de cette relégation sont nombreuses. Les droits garantis aux personnes prostituées restent réservés à une très faible minorité et sont fortement conditionnés par la situation administrative au regard du séjour sur le territoire français, la coopération avec les services de la justice et la cessation de l'activité de prostitution. Aucune instance de concertation, au plan local ou national, n'a été mise en place pour lever les contradictions évidentes et répétées entre les impératifs d'ordre public et de lutte contre la criminalité organisée d'une part et les impératifs de santé publique d'autre part. Les programmes de réinsertion sociale sont largement privilégiés au détriment des programmes de santé et bénéficient à un nombre très limité de personnes.

Les pouvoirs publics n'interviennent pas directement auprès des personnes prostituées. Ils interviennent par l'intermédiaire du financement du secteur privé non lucratif, en particulier des associations de soutien spécialisées, compétentes en matière d'insertion sociale, relativement anciennes et correctement implantées sur le territoire et des associations de santé et de santé communautaire moins nombreuses et plus récentes, créées à la suite du développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida dans les années 1990. La majorité des organisations contribue à fournir un ensemble de services aux personnes prostituées, mais peine à développer systématiquement, en raison d'obstacles culturels ou financiers, une approche globale efficace aussi bien en termes de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement social et de médiation culturelle. En outre, les personnes prostituées demeurent insuffisamment associées à l'organisation et à la mise en œuvre de la prévention, de l'accueil et de l'accompagnement, en dépit des efforts menés en particulier par les associations communautaires.

DES PRECONISATIONS IMPERATIVES

Depuis la publication de l'avis « Prévention » de 2005²⁴, le Conseil national du sida n'a pas noté d'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins au bénéfice des personnes prostituées. Les grands principes fondateurs de la lutte contre le VIH/sida ne sont que très imparfaitement mis en œuvre en direction de ces populations, en dépit des recommandations récurrentes et convergentes des organisations internationales. Le développement des connaissances, le respect des droits des personnes, le leadership politique garant de cohérence de l'action publique, le développement d'une approche globale et le soutien à l'ensemble des démarches communautaires sont largement insuffisants. Ces principes fondateurs de la lutte contre le VIH/sida ont pourtant considérablement contribué à freiner le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida en améliorant significativement la prévention, le dépistage, l'accès aux soins et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. La relégation au second plan des grands principes et dans certains cas leur abandon paraissent d'autant plus dommageables que les personnes prostituées sont davantage exposées aux risques sanitaires en raison des conditions d'exercice extrêmement complexes de leur activité.

Le Conseil entend rendre compte de cette situation en s'attachant à trois aspects primordiaux : la vulnérabilité des personnes prostituées, l'incohérence de l'action publique, la mobilisation associative insuffisamment globale et

²⁴ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH, op.cit.*

communautaire. A partir de cet état des lieux, le Conseil s'attachera à proposer une série de recommandations susceptibles d'améliorer significativement et durablement la prévention et l'accès aux soins en faveur de l'ensemble des personnes prostituées²⁵.

²⁵ Dans le présent avis, le Conseil national du sida n'examinera donc pas toutes les formes de commerce du sexe (industrie pornographique, spectacles érotiques, *sex shop*) mais, *a contrario*, il n'envisagera pas les seules situations relevant de la prostitution de voie publique.

PARTIE I DES PERSONNES EXPOSEES A DE NOMBREUX FACTEURS DE VULNERABILITE

La situation démographique des personnes prostituées est mal connue. Les données disponibles soulignent l'arrivée de populations migrantes depuis une quinzaine d'années et le renouvellement de l'offre de relations tarifées à la faveur de la banalisation de l'usage d'Internet sans parvenir à dresser les contours précis des différentes populations. Au regard de nombreuses études et témoignages, elle apparaît considérablement dégradée. Les populations sont soumises à des déplacements permanents des lieux d'exercice de l'activité, à une exposition à des formes récurrentes de vulnérabilité et de violence, et subissent, plus généralement, des conditions de vie et de travail extrêmement pénibles et précaires. En conséquence, les personnes prostituées semblent aujourd'hui particulièrement exposées aux risques d'infection par le VIH/sida et les IST. Elles ne sont notamment pas toujours en mesure d'imposer les outils de prévention appropriés lors d'une relation tarifée et relèguent les préoccupations d'ordre sanitaire au second plan au profit d'impératifs liés à leur propre sécurité immédiate.

Les conditions de vie et les conditions d'exercice rencontrées par les personnes prostituées sont des facteurs de vulnérabilité déterminants. La prostitution traditionnelle de voie publique, en ville, s'est profondément renouvelée et s'est localement fragmentée et déplacée ces dernières années. En outre, certaines formes de prostitution ont augmenté significativement, en particulier la prostitution dite discrète, pratiquée dans des bars à hôtesse ou des salons de massage, et surtout la prostitution au domicile ou à l'hôtel à la suite d'une rencontre sur internet. Ces décentrement multiples ont renforcé l'isolement des personnes et favorisé leurs expositions à différentes formes de vulnérabilité et de violence. L'accès optimal aux connaissances, aux outils de prévention et à l'offre de soins au bénéfice des personnes prostituées se trouve négativement impacté par ces évolutions.

I.1. UNE ACTIVITE HETEROGENE

La prostitution ne constitue pas une réalité homogène et l'évocation de prostitutions – au pluriel – semble préférable au regard de la diversité croissante des situations constatées depuis une quinzaine d'années²⁶. Cette évolution des populations est marquée par l'arrivée progressive de populations migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine, l'apparition de prostitutions occasionnelles ou encore l'essor des nouvelles technologies de l'information. Une part des personnes prostituées, difficilement quantifiable, exerce librement son activité, une part est contrainte.

I.1.1 L'ACTIVITE PROSTITUTIONNELLE : UNE REALITE PLURIELLE

Selon les pouvoirs publics, 18 000 à 20 000 personnes exercent la prostitution en France.²⁷ Les estimations sont établies par les services de police du ministère de l'intérieur et comportent de nombreux biais. Les données ne reflètent pas la réalité. A titre de comparaison, les autorités espagnoles et allemandes évaluent à 400 000 le nombre de personnes exerçant une activité de prostitution sur leurs territoires respectifs.

La prostitution demeure majoritairement féminine, malgré la progression d'une prostitution masculine et transgenre. Les personnes prostituées sont en majorité étrangères dans une proportion de 60 à 80% selon les données des services de police et des associations. La présence de personnes prostituées étrangères est liée aux différents épisodes migratoires que la France connaît depuis les années 1960²⁸. Depuis cette époque, et jusque dans les années 1990, des femmes originaires des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne francophone s'installent en France. Au début des années 1990, de nombreuses personnes plus particulièrement originaires d'Algérie tentent d'obtenir l'asile territorial français pour fuir les troubles politiques rencontrés dans leurs pays.

A la fin de cette décennie, à la suite de la rupture du bloc soviétique, une population originaire d'Europe de l'Est migre en direction de la France pour des motifs variés. La majorité est originaire notamment de Moldavie, d'Albanie,

²⁶ Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, p.13 On peut également évoquer une « réalité en mosaïque » avec Portes M.-D., *Prostitution et politiques européennes, pour une approche anthropologique du droit*, L'Harmattan, 2007, p. 64.

²⁷ Auditions CNS ; Sénat, *Compte rendu de la séance du mardi 11 mai 2010*, JORF 12/05/2010, p. 3322. La liste des personnes auditionnées par le Conseil national du sida dans le cadre de sa commission « Prostitution » figure à la fin du présent avis.

²⁸ Pour une synthèse voir en particulier : Guillemaut F., « Trafics et migrations de femmes, une hypocrisie au service des pays riches », *Hommes et Migrations*, vol. 1248, 2004, pp. 75-87 ; Moujoud N., Teixeira M., « Migration et trafic des femmes », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, pp. 377 sqq.

de Russie, puis, au milieu des années 2000, de Roumanie et de Bulgarie, et inclut une communauté Rom. Les femmes en provenance de pays d'Afrique francophone, en particulier du Cameroun, émigrent au milieu des années 1990. Celles issues des pays anglophones, essentiellement le Nigeria, le Ghana, le Libéria et la Sierra Leone, s'installent en France au tout début des années 2000. La présence de personnes prostituées originaires du Nord de la Chine est plus récente en dépit d'une implantation historique ancienne de personnes originaires du sud du pays²⁹. Il est également fait mention de plusieurs vagues d'émigration de personnes prostituées en provenance d'Amérique latine depuis les années 1970 jusqu'à récemment.

Les déterminants des migrations demeurent en grande partie liés aux conditions de vie et à l'absence d'alternatives dans le pays d'origine. Le projet migratoire est déterminé par le libre choix du départ fondé sur des facteurs économiques³⁰ ou socioculturels, l'amélioration du capital social et culturel, le rejet de rapports sociaux de genre. Dans de nombreux pays, les femmes demeurent soumises à un statut conjugal défavorable, particulièrement au Nigéria, et disposent par ailleurs d'un moindre accès à la scolarisation et aux dispositifs d'insertion professionnelle à l'image des microcrédits. Des pratiques abusives telles que le mariage forcé sont d'autres motivations de fuir le pays d'origine.³¹ Aussi, la mobilisation des candidats à la migration reste très forte et les retours sont rares.³²

Il apparaît difficile de mesurer précisément la part de migrations consenties, dans le cadre de réseaux lucratifs ou fondés sur la solidarité, et la part de trafic relevant de la traite des êtres humains, à des fins d'exploitation de la prostitution d'autrui.³³ La circulation internationale des personnes prostituées ne prend pas nécessairement la forme dominante de la traite.³⁴ Les politiques restrictives d'entrée, de séjour et de travail des étrangers en France sont susceptibles d'entraîner la clandestinité de la migration et la dépendance à l'égard d'un réseau³⁵, d'autant que les personnes migrantes arrivées en France disposent d'opportunités de travail très limitées. Les femmes nouvellement arrivées peuvent être contraintes de choisir entre le service domestique et le service sexuel.³⁶ L'occupation d'un emploi domestique précarisé dans des secteurs féminisés peut constituer une première étape avant l'entrée dans la prostitution, déterminée par le désir de fuir des conditions de travail déplorables et très mal rémunérées.³⁷

La prostitution des mineurs et leur protection se posent plus spécifiquement avec l'arrivée de jeunes mineurs originaires d'Europe de l'Est³⁸. Les données partielles dont disposent les pouvoirs publics font état d'une faible présence de mineurs en situation de prostitution, à savoir moins d'une centaine³⁹, issus, outre l'Europe de l'Est,

²⁹ Auditions CNS.

³⁰ Ce déterminant est particulièrement prégnant s'agissant par exemple des populations chinoises issues de la province du Dongbei. Auditions CNS ; Lotus Bus/MDM, *Rapport d'activité*, 2009 ; Cattelain C., Ngugen S., *Les Chinois d'Ile de France et l'infection à VIH. Savoirs, vulnérabilités, risques et soins*, ARCAT, Paris, 2003.

³¹ Voir par exemple : Van Blerk L., « Young sex workers in Ethiopia, linking migration, sex work and AIDS », in Thomas F. et al. (dir.) *Mobility, sexuality and AIDS*, New York, 2010.

³² Guillemaut F., « Femmes africaines, migration et travail du sexe », *Sociétés*, vol. 1, n° 99, 2008, pp. 11-26.

³³ Auditions CNS. Voir également Moujoud N., Teixeira M., « Migration et trafic des femmes », in *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 377 ; Guillemaut F. « Victimes de trafic ou actrices d'un processus migratoire ? Saisir la voix des femmes migrantes prostituées par la recherche-action », *Terrains et travaux*, vol.10, 2006 ; Musso S., « Les paradoxes de l'invisibilité. Le travail de rue d'une association marseillaise auprès des prostituées maghrébines », *Ethnographiques.org*, vol. 12, février 2007 <http://www.ethnographiques.org/2007/Musso.html> ; Kempadoo, K., « Trafficking and prostitution reconsidered. New perspectives on migration, sex work and human rights », Boulder, Londres, 2005 ; United Nations Population Fund (UNFPA), *L'état de la population mondiale 2006 : Vers l'espoir, les femmes et la migration internationale*, New York, 2006.

³⁴ Selon une étude datant de 2004, 81% des personnes arrivées en France sont parties volontairement contre 19% qui ont été forcées dans le cadre de réseau de traite. Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, novembre 2004, pp. 60 et sq.

³⁵ Auditions CNS dans le cadre des commissions « Prostitution » et « Migrants » ; Kempadoo, K. « Trafficking and prostitution reconsidered. New perspectives on migration, sex work and human rights », *op.cit.*

³⁶ Audition CNS. Voir également : Dussault A.-M. « Le travail domestique et le travail du sexe dans les migrations internationales », in Verschuur C. et Reysoo F. (dir.), *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations, Cahier Genre et Développement*, vol. 5, 2005, Paris, L'Harmattan, pp. 123-136.

³⁷ UNFPA, *L'esclavage contemporain*, 2006 http://www.unfpa.org/swp/2006/moving_young_fr/stories/stories_Natalia.html ; Moujoud N., « Prostitution et migration des Maghrébines », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, pp.199 sqq. Cattelain et Ngugen, 2003 (rapport Arcat) ; Liane Mozère, « Des domestiques philippines à Paris. Entrepreneuses d'elles-mêmes sur le marché transnational de la domesticité », in Verschuur C. et Reysoo F., *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations, op.cit.*, pp. 155-162.

³⁸ O'Deye A., Joseph V., *La prostitution des mineurs à Paris, Données, acteurs et dispositifs existants, rapport final*, octobre 2006, Cabinet Anthropolos, p. 17 sq.

³⁹ En 2005, il est dénombré 60 jeunes filles et 4 garçons de moins de 8 ans sur les 1 200 personnes prostituées identifiées dans des procédures. En outre 7 mineurs figurent parmi les 895 personnes mises en cause pour proxénétisme en 2005. Pour Paris, les données produites par la Police nationale font état de 55 cas de prostitution de mineurs, une moitié de nationalité française (24 filles et 4 garçons), une autre moitié de nationalité roumaine (27 personnes mineures). Selon l'aide sociale à l'enfance, 0,1% des 1188 mineurs ont été signalés pour « réseau de prostitution » par les services éducatifs auprès des tribunaux. Seuls 15 mineurs en situation de prostitution sont enregistrés en 2005. : O'Deye A., Joseph V., *La prostitution des mineurs à Paris, Données, acteurs et dispositifs existants, rapport final, op. cit.*

d'Afrique, et dans une moindre mesure d'Asie. Les associations pointent toutefois une large sous-estimation de cette forme de commerce du sexe⁴⁰ qui ne prend en compte que la prostitution de voie publique et n'intègre pas la prostitution sur internet et les réseaux liés aux activités de pédophilie.

En ce qui concerne la demande de prostitution, une étude publiée en 2004 révélait qu'en France, un peu plus d'un homme sur dix se déclarait être un client de la prostitution (12,7% des 6 000 hommes interrogés) et presque un quart des hommes (22,5%) était concerné par le clientélisme, soit qu'ils aient été clients par le passé, soit qu'ils envisageaient de le devenir.⁴¹ Notons que les clients sont très majoritairement, voire exclusivement, des hommes. Les parcours qui conduisent les clients à recourir aux services des personnes prostituées sont extrêmement hétérogènes, et les clients n'appartiennent pas à une catégorie sociale particulière.⁴² Par ailleurs, la fréquence du recours aux personnes prostituées apparaît extrêmement variable. Certains clients recourent régulièrement au commerce du sexe tandis que pour d'autres, celui-ci constitue une expérience occasionnelle voir, dans certains cas, « accidentelle ».⁴³ Les raisons qui conduisent une personne à devenir client demeurent très variées : la solitude ou le manque affectif, l'angoisse face au premier rapport sexuel, la déception face à une sexualité de couple insatisfaisante, le refus ou la peur de l'engagement, etc.⁴⁴

1.1.2 DES MODALITES ET LIEUX QUI SE DIVERSIFIENT

La prostitution de voie publique, qui s'exerce également dans les camionnettes, est la plus connue mais voisine avec d'autres formes plus discrètes dans des bars ou des salons de massage, ou encore dans le cadre du domicile ou de l'hôtel après une rencontre Internet. La prostitution peut constituer la source principale de revenus des personnes prostituées ; dans d'autres cas, elle apparaît également comme une pratique ponctuelle, irrégulière, généralement inconnue des services sociaux ou des associations. La prostitution s'exerce de façon indépendante ou dans le cadre de réseaux, avec ou sans lien avec un proxénète. Ce dernier peut exercer une contrainte plus ou moins forte à l'égard des personnes prostituées. Ces dernières sont susceptibles d'exercer leur activité en toute indépendance et, éventuellement, de bénéficier d'un protecteur qui sera rémunéré à leur propre initiative.⁴⁵

La prostitution de voie publique s'exerce sur des territoires dont le découpage obéit à plusieurs lois : l'âge, l'ancienneté, l'origine, la langue, l'usage de drogue, les stratégies développées pour occuper et maintenir des lieux de travail, la proximité avec d'autres commerces du sexe, la tolérance accordée par les autorités de la police.⁴⁶ Le risque et le danger, le passage de la clientèle, la concurrence, le confort des lieux sont autant de variables que les personnes prostituées souhaitent contrôler. Depuis quelques années, certains lieux de la prostitution se déplacent en grande périphérie des villes, vers un ensemble de territoires discontinus, moins privilégiés, moins accessibles, et plus dangereux tels que les forêts en grande périphérie urbaine. Cette nouvelle localisation multi-centrée accentue la mobilité des personnes entre les villes ou les espaces et renforce leur isolement en dépit des réseaux existants. Il est noté également des déplacements en dehors de la France, en Espagne et en Belgique en particulier.⁴⁷

En dehors de la voie publique, la prostitution se développe considérablement ces dernières années à la faveur de la généralisation de l'usage d'Internet. Internet séduit à la fois de nouvelles travailleuses et travailleurs du sexe et des personnes prostituées exerçant antérieurement sur la voie publique⁴⁸. Les offres de rapports sexuels tarifés les plus visibles sont celles des « escortes ». L'escorting désigne une relation tarifée qui adjoint un service sexuel à un

⁴⁰ En particulier l'association contre la prostitution des enfants (ACPE), l'équipe d'action contre le proxénétisme (EACP) et le réseau d'organisations travaillant ensemble afin d'éradiquer la prostitution et la pornographie infantile (ECPACT International).

⁴¹ Legardinier C., Bouamama S. « Les clients en question : étude sociologique et enquête d'opinion publique », Mouvement du Nid, juin 2004.

⁴² L'enquête ANRS sur la sexualité en France, parue en 2008, montre néanmoins que les hommes déclarant avoir payé pour des rapports sexuels au moins une fois dans leur vie sont plus nombreux au sein de la catégorie « Artisan, commerçants, chef d'entreprise » (22,7%) et moins nombreux au sein de la catégorie « Profession intellectuelle, cadre secteur public, profession libérale » (10,6%).

⁴³ Mossuz-Lavau J., « Qui sont les clients ? » in Handman M.-E. et Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, pp. 295 sqq.

⁴⁴ Legardinier C., Bouamama S. « Les clients en question : étude sociologique et enquête d'opinion publique », *op. cit.*

⁴⁵ Auditions CNS et Fauguier J., Sargeant M., « Boyfriends, 'pimps' and clients », in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, Londres et New York, Routledge, 1997, p. 121.

⁴⁶ Chimienti M., Földhâzi N., « Géographies du marché du sexe : entre dynamiques urbaines, économiques et politiques », *Sociétés*, 2008/1, vol. 99, pp. 80-90 ; Séchet R., « La prostitution, enjeu de géographie morale dans la ville entrepreneuriale. Lectures par les géographes anglophones », *L'Espace géographique* 1/2009 vol. 38, p. 59-72 ; Gaissad L., Deschamps C., « Des sexualités dans l'espace public. Moments "autres" et co-voisinages multiples », *Espace populations sociétés*, 2007/2-3, mis en ligne le 01 décembre 2009, <http://eps.revues.org/index2238.html> ; Sides J., « Excavating the Postwar Sex District in San Francisco », *Journal of Urban History*, vol. 32, n° 3, mars 2006, pp. 355-379. Sur l'exemple de Paris, voir Redoutey E., « Trottoirs et territoires, les lieux de la prostitution à Paris », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, pp. 39 sq.

⁴⁷ Auditions CNS.

⁴⁸ Voir l'exemple de la prostitution masculine : Sousa A., « La prostitution masculine s'est transformée », *SWAPS*, n° 42.

service d'accompagnement pour une durée et des pratiques convenues lors de la réservation. Plusieurs formes d'escorting peuvent être distinguées : l'escorting comme relation de service, l'escorting comme forme de domination et l'escorting comme relation affectivo-sexuelle à durée limitée.⁴⁹ Les escortes pratiquent leur activité de façon indépendante ou dans le cadre de réseaux qui fournissent des services en hôtel auprès d'une clientèle aisée. Dans certains cas, les réseaux planifient des « tours » : les personnes prostituées effectuent une tournée dans les grands hôtels des villes d'Europe et reçoivent, lors de chaque étape, un nombre conséquent de clients. Le recrutement des personnes prostituées, majoritairement dans les pays d'Europe de l'Est, et les sollicitations des clients s'effectuent par l'intermédiaire d'Internet.⁵⁰

I.2 UNE VULNERABILITE ALARMANTE

Au regard de leurs trajectoires et des conditions d'exercice de leur activité, les personnes prostituées se trouvent particulièrement exposées aux risques sanitaires. Cette exposition est renforcée en raison d'une prévention inadaptée aux situations de terrain, d'un dépistage déficient, d'un accès à l'information et aux soins de santé primaires limité et plus généralement d'un environnement social dégradé et perçu souvent comme hostile. Les personnes prostituées sont soumises à des formes de violences multiples et peinent à faire valoir leurs droits au séjour, aux soins et aux prestations sociales.

I.2.1 UNE VULNERABILITE SANITAIRE

La vulnérabilité sanitaire dont peuvent être victimes les personnes prostituées résulte moins de comportements jugés "déviant" que d'un environnement social susceptible d'entraver l'utilisation des outils de prévention et de conduire à des prises de risques en matière de santé. La vulnérabilité face au client, les rapports extra-professionnels non protégés, le relâchement général des pratiques de prévention, les pratiques spécifiques en matière d'hygiène, les problèmes posés par l'offre de prévention et de soins se révèlent préjudiciables pour la santé. Les données disponibles, notamment issues des rapports des associations de soutien des personnes prostituées, montrent de moindres capacités de compréhension des messages de prévention en raison du barrage de la langue, d'un niveau de connaissances préalables sur le VIH et les IST limité, de conditions de vie peu propices à la réception des stratégies usuelles de communication de la prévention.⁵¹ Les femmes africaines en provenance de régions à forte prévalence⁵² et les personnes transgenres⁵³ sont aujourd'hui des populations particulièrement touchées par le VIH.

DES PRATIQUES A RISQUE

L'usage du matériel de prévention, et principalement du préservatif masculin, demeure une pratique courante dans le milieu prostitutionnel pour les actes de pénétration.⁵⁴ S'agissant de la prostitution féminine, la protection se situe autour de 90 à 100% lors des relations anales et vaginales et autour de 66 à 84% lors de relations bucco-génitales.⁵⁵ L'une des vocations du préservatif est de protéger contre la transmission du VIH/sida et des IST, mais il

⁴⁹ Bigot S., « La prostitution sur Internet : Entre marchandisation de la sexualité et contractualisation des relations affectives », *Genre, sexualité et société* (en ligne), vol. 2, Automne 2009, <http://gss.revues.org/index1139.html> ; « Le sexe et l'argent. Les différentes significations de l'argent dans l'escorting », Communication présentée à la Journée Rencontre - débats « Regards insolites sur la sexualité » organisée par l'Association Pluridisciplinaire de Recherches et d'Etudes sur la Sexualité, ENS, Paris, 14 juin 2008.

⁵⁰ Auditions CNS.

⁵¹ Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008.

⁵² Guillemaut F. (dir.), *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, *op.cit.*, p. 56.

⁵³ Le taux de prévalence du VIH serait extrêmement élevé. Sur une quarantaine de personnes dans une file active donnée, il approcherait les 80%. Auditions CNS.

⁵⁴ Auditions CNS. Voir également par exemple Cabiria, *Rapport d'Activité* 2008, p. 23. et Gil, F. « Sexualité et prostitution » in Handman M.-E, Mossuz-Lavau J. (dir.) *La prostitution à Paris*, *op.cit.*, p. 365.

⁵⁵ Meystre-Agustoni G. et al., *Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2008. Voir également Guillemaut F. (dir.), *La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange économique-sexuels en Guadeloupe*, *op.cit.*, pp. 66 sqq. Le taux d'utilisation du préservatif établi à partir de données déclaratives comporte plusieurs biais. Voir par exemple Ferguson A.-G. et al., « Using diaries to measure parameters of transactional sex : an example from the Trans-Africa highway in Kenya », *Culture Health Sex*, vol 8, 2006, pp. 175-185 ; Lowndes C. et al., « Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk : targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin », *AIDS*, vol.14, 2000, pp. 2523-2534 ; Alary M. et al., « Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin 1993-1999 », *AIDS*, vol. 16, 2002, pp. 463-470.

permet également une mise à distance du client. Son usage est antérieur à l'apparition du VIH/sida⁵⁶ et s'est renforcé avec l'arrivée de l'épidémie⁵⁷ en dépit d'obstacles persistants. Ainsi, les demandes de rapports non protégés émanant de clients demeurent importantes et se situeraient, selon les sources, entre 10 et 50%⁵⁸. Les demandes se sont accrues depuis le début des années 2000 avec le relâchement croissant des pratiques de prévention⁵⁹. L'acceptation de rapports non protégés serait aujourd'hui particulièrement significative, en raison de la dépendance financière des personnes prostituées, des habitudes prises avec des clients réguliers, du regain de concurrence consécutif à l'accroissement de l'offre prostitutionnelle⁶⁰, du relâchement global des pratiques de prévention en particulier chez les clients⁶¹ et de l'accroissement de pratiques à risque, particulièrement sur internet. « Fellation nature », « extra-ball⁶² », « CIM⁶³ », « sodomie nature », sont autant de pratiques à risque mises en avant dans les annonces.⁶⁴ 12 à 33% des personnes prostituées sont prêtes à accéder à la demande d'un client qui a sollicité un rapport non protégé si ce dernier consent une majoration du prix de la prestation⁶⁵. Les situations décrites par les clients au cours de 2 500 appels téléphoniques auprès de Sida info service en 2005 confirment ces prises de risque. Dans 6 cas sur 10, un risque potentiel de contamination par le VIH et les IST est noté.⁶⁶

Le relâchement des pratiques de prévention touche particulièrement les hommes en situation de prostitution occasionnelle⁶⁷. Selon une étude récente consacrée aux rencontres gays sur internet⁶⁸, les personnes qui déclarent avoir reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles sont plus nombreuses à déclarer au moins une relation anale non protégée avec leurs partenaires (61,2% vs 37,5% de l'ensemble de l'échantillon), à s'engager dans des prises de risque régulières (36,8% vs 19,6%) ou systématiques (19,5% vs 8,1%) et à déclarer des pratiques « barebacks »⁶⁹ (51% vs 28,5%). Ces personnes sont plus nombreuses à être séropositives au VIH/sida (15,8% vs 11,5%) ou à ne plus être certaines d'être séronégatives (11,5% vs 6%).

Par ailleurs, malgré l'usage du préservatif, certaines pratiques sont susceptibles d'accroître l'exposition des personnes aux risques d'infection. De nombreuses femmes migrantes, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, recourent à des pratiques intra-vaginales, la douche vaginale ou l'assèchement vaginal, c'est à dire l'assèchement des muqueuses vaginales par l'utilisation de produits détergents ou de tissus, à des fins hygiéniques (les sécrétions étant considérées comme impures et sales) et/ou érotiques pour le resserrement du vagin⁷⁰. Certaines femmes

⁵⁶ Voir par exemple : Coppel A. et al., *Recherche-action : prostitution et santé publique. Rapport final*, Centre collaborateur sida, Institut de médecine et d'épidémiologie africaine et tropicale, 1990.

⁵⁷ Mathieu L., *Prostitution et sida, Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 44 ; Welzer-Lang D., *Prostitution, les uns, les unes et les autres*, Paris, Métailié, 1994, p. 143. Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, op.cit., pp. 126 sq.

⁵⁸ Service Droits des femmes et égalité, *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, op.cit. ; Gil F., « Sexualité et Prostitution » in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. *La prostitution à Paris*, op.cit., p. 365

⁵⁹ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine*, 2005. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

⁶⁰ European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (Tampep), www.tampep.com/documents/reporttampep7interim.pdf

⁶¹ Auditions CNS ; Voir également Fauguier J., Sargeant M., « Boyfriends, 'pimps' and clients », in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, op.cit., p. 121.

⁶² Plusieurs relations sexuelles lors d'une même relation tarifée.

⁶³ Acronyme de l'expression anglaise « Come / cum in mouth », désigne l'éjaculation dans la bouche du / de la partenaire sexuel(le) lors d'une fellation.

⁶⁴ Auditions CNS ; Expuesto J., « De la rue au virtuel », *Transversal*, vol. 43, juillet-août 2008, p. 26.

⁶⁵ Baker, L. M. et al., « General health problems of inner-city sex workers: a pilot study », *Journal of the Medical Library Association*, vol. 91, n°1, janvier 2003, pp. 67-71, p. 68.

⁶⁶ Carvallo de, E. « Prise de risque des clients de prostituées. Etude de la prise de risque parmi les appelants du numéro gratuit de Sida Info Service, clients de prostituées sur l'année 2005 » Sida Info Service, Service Evaluation Qualité, novembre 2006.

⁶⁷ Connell J., Hart G., *An Overview of Male Sex Workers in Glasgow and Edinburgh*, Occasional Paper n° 8, MRC Social & Public Policies Unit, Glasgow University 2003.

⁶⁸ Le Net Gay Baromètre 2009, repose sur 19 052 questionnaires. 4,2% des personnes ont déclaré avoir reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles. <http://www.gaystudies.org>

⁶⁹ Le *barebacking* désigne la pratique de rapports sexuels non protégés et, par extension, le courant apparu dans la communauté gay prônant le culte et la revendication de cette forme de pratique sexuelle, ainsi que le culte du sperme.

⁷⁰ Vuylsteke B. et al., « Preventing HIV among sex workers » in Mayer K. H., Pizer H. F. *HIV Prevention*, Elsevier, Londres, 2009; Fernandez C., « Les pratiques d'assèchement vaginal », in Guillemaut F., *Femmes migrantes, Enjeux de l'épidémie à VIH*, op.cit., pp. 148 sq ; Reed B.-D., Ford, K., Wirawan D., « The Bali STD/AIDS study: association between vaginal hygiene practices and STDs among sex workers », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, n° 1, 2001, pp. 46-52 ; Wang et al., « Vaginal Douching, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections Among Chinese Female Sex Workers », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 11, 2005; Fonck et al., « Sexually transmitted infections and vaginal douching in a population of female sex workers in Nairobi, Kenya », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, n° 4, 2001, pp. 271-275.

utilisent la pierre d'alun, d'autres une serviette éponge roulée introduite dans le vagin afin de retirer toute sécrétion. Elles n'ont donc généralement pas recours au gel lubrifiant et sont donc plus exposées à une rupture de préservatif.⁷¹ Ces pratiques intra-vaginales facilitent le développement d'affections génitales (infections génitales basses, grossesses extra-utérines, infections pelviennes)⁷² et la contamination par le VIH/sida ou une IST⁷³.

La mauvaise utilisation du préservatif peut résulter, par ailleurs, de l'usage d'alcool et de drogues lors de relations tarifées, à la demande souvent du client. Cette pratique expose d'autant plus les personnes prostituées au risque de contracter une IST que ces substances assèchent et fragilisent les muqueuses, et que les clients proposant des relations sexuelles sous l'influence de drogues ont d'autres comportements à risque⁷⁴.

En dehors des relations professionnelles, en particulier dans le cadre de la relation de couple, les personnes prostituées utilisent rarement le matériel de prévention, en particulier le préservatif souvent envisagé comme un outil professionnel de mise à distance du client.⁷⁵ La dépendance affective et la confiance mutuelle entre les personnes affectent le recours au préservatif.⁷⁶ En outre, les représentations sociales peuvent contrarier les pratiques de prévention. Pour certaines personnes migrantes, le recours au préservatif dans le cadre d'une relation, même occasionnelle, avec une personne originaire de leur pays est difficilement concevable.⁷⁷ Par ailleurs, certaines des femmes escortes ne se percevant pas comme prostituées, renoncent au préservatif, celui-ci étant associé à un acte professionnel auquel ces dernières ne s'identifient pas.⁷⁸

UN MOINDRE ACCES AUX SERVICES

La vulnérabilité des personnes prostituées s'est renforcée par le manque d'informations en matière de prévention, de soins et une mauvaise utilisation du matériel préventif.⁷⁹ Le niveau d'information sur les IST et les hépatites demeure très faible, en particulier parmi les personnes anglophones originaires d'Afrique et les personnes originaires d'Europe de l'Est. Les mécanismes de transmission des infections sont appréhendés de façon approximative en dépit d'une bonne connaissance des situations à risque. De nombreuses fausses croyances se répandent autour de la transmission du VIH/sida (baisers profonds, partage de couverts, piqûres de moustiques, douches vaginales⁸⁰, rapports sexuels avec préservatifs⁸¹) et la gravité potentielle des hépatites semble sous-estimée.⁸² *A contrario*, les conséquences d'une infection par le VIH/sida sont surestimées, l'infection étant synonyme, chez de nombreuses personnes migrantes, de dégradation rapide de la santé conduisant à une mort certaine et rapide.⁸³

⁷¹ Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, pp. 48 sq. Par ailleurs, indépendamment des pratiques d'assèchement vaginal, il est signalé un moindre recours au gel lubrifiant dans de nombreuses circonstances. Voir par exemple : Lotus-Bus, *Rapport d'activité*, 2008.

⁷² Zhang J. et al. « Vaginal Douching and Adverse Health Effects: A Meta-Analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 7, juillet 1997.

⁷³ Mc Clelland et al., « Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study », *AIDS*, vol. 20, 2006, pp. 269-273.

⁷⁴ Shira et al., « Correlates of unprotected sex with female sex workers among male clients in Tijuana, Mexico », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 7, n° 5, mai 2010 ; Shannon, K. et al., « Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers », *AIDS care*, vol. 20, n° 2, février 2008, pp. 228-234.

⁷⁵ Voir par exemple Meystre-Agustoni G. et al., in *Raisons de santé*, vol. 139, 2008 ; Mission mobile – Lotus Bus, Promotion de la santé auprès des personnes se prostituant à Montpellier, *Rapport d'activité*, 2009, p. 15 ; Jackson L.A., Sowinski, B et al., « Female Sex Trade Workers, condoms and the Public-Private Divide », p. 83-105 in J. T. Parsons, *Contemporary Research on Sex Work*, 2005 ; Meystre-Agustoni G, Voellinger R. et al., *Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine*, op.cit. ; Fauquier J., Sargeant M., « Boyfriends, 'pimps' and clients », in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, op.cit., p. 128.

⁷⁶ De Carvalho E., Bertin X., Sitbon G., *Prise de risque des clients de prostituées*, Paris, SIS, 2006, p. 19.

⁷⁷ Deschamps, C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, op.cit., p. 136

⁷⁸ Auditions CNS.

⁷⁹ Selon une enquête conduite par Médecins du Monde et réalisée sur 93 femmes en 2007, 70% des personnes interrogées ont connu une rupture de préservatif.

⁸⁰ Grimley D.-M. et al. « An intervention to reduce vaginal douching among adolescent and young women: a randomized controlled trial ». *Sexually Transmitted Diseases*, n° 32, décembre 2005, pp. 752-758 ; Mc Clelland et al., « Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study », op.cit.

⁸¹ Une enquête menée sur des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France indique que un tiers des répondants pense que la transmission du VIH est possible par une piqûre de moustique ou lors de rapports sexuels avec préservatifs. Lydié N., *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint Denis, 2007.

⁸² Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, p. 44.

⁸³ *Ibid*, p. 63.

Le recours au dépistage et au traitement, appelé aujourd'hui à être amplifié⁸⁴, semble insuffisant. Les propositions de dépistage du VIH/sida⁸⁵, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida⁸⁶ et des hépatites⁸⁷ demeurent trop rares. Le traitement prophylactique post-exposition (TPE) ainsi que les outils de contraception alternatifs ou complémentaires au préservatif masculin ne sont pas connus de nombreux travailleuses et travailleurs du sexe, en particulier les personnes prostituées anciennes dites traditionnelles⁸⁸, les personnes migrantes issues de l'Europe de l'Est, de Chine et d'Afrique subsaharienne.⁸⁹ En cas d'accident du préservatif, les personnes prostituées ne sont pas toutes suffisamment informées de l'existence du TPE et de ses éventuels bénéfices pour prévenir l'infection à VIH⁹⁰ ou n'y ont pas accès, en particulier la nuit et le week-end⁹¹. La prise en charge et les traitements sont généralement 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.⁹²

Les personnes prostituées ne disposent pas, par ailleurs, d'un accès suffisant à l'offre existante de soins. Le système de santé ne fournit pas des services adaptés aux besoins sanitaires, aux connaissances linguistiques, aux valeurs culturelles et à la mobilité des personnes prostituées. La méconnaissance du dispositif médico-social français⁹³, le recours insuffisant à l'interprétariat en milieu hospitalier, bien que des moyens soient prévus, les réticences de la part du personnel à l'égard de certaines populations, en particulier les personnes transgenres, le problème global d'accueil des migrants dans les structures de soins, notamment pour le TPE, constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins.⁹⁴ En outre, de nombreux refus de soins en raison de l'affiliation à l'aide médicale d'Etat (AME)⁹⁵ ou de l'activité de prostitution⁹⁶ sont signalés. En conséquence, de nombreuses personnes prostituées ne révéleraient pas leur activité au personnel soignant.⁹⁷

1.2.2 UNE VULNERABILITE SOCIALE RENFORCEE

La vulnérabilité sanitaire se conjugue avec d'autres formes de vulnérabilité, une exposition aux violences et un moindre accès aux droits sociaux (sécurité sociale, retraite, assurance chômage, droit au logement), des difficultés dans la recherche d'un logement, l'ouverture d'un compte en banque, l'accès à un emploi salarié ou à une formation professionnelle adaptée. Ces formes de vulnérabilité renforcent l'exposition aux risques d'infection à VIH et des IST.⁹⁸

⁸⁴ Patrick Yeni (dir.), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, La documentation Française, 2010.

⁸⁵ Auditions CNS.

⁸⁶ Selon une étude récente menée auprès de femmes prostituées chinoises et réalisée après des séances de test de dépistage, 52% des personnes interrogées déclarent n'avoir jamais réalisé un test de dépistage du VIH auparavant et ne pas se sentir concernées par le VIH/sida perçu comme une maladie étrangère. Ces femmes appartiennent à une tranche d'âge qui, en Chine, n'a jamais eu accès à des informations sur les IST et VIH/sida. Lotus Bus, *Rapport d'activité*, Médecins du Monde, 2009.

⁸⁷ Les Amis du Bus des Femmes, *Rapport d'activité*, 2007.

⁸⁸ Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008. L'enquête a été menée auprès de 349 personnes au cours des permanences d'accueil mobiles.

⁸⁹ L'enquête menée sur des migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France précédemment citée indique que seulement 57% d'entre eux ont eu connaissance de l'existence de traitements antirétroviraux. Lydié N., *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, op.cit.

⁹⁰ Guillemaut F. (dir), *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, op.cit, p. 53-54.

⁹¹ Auditions CNS.

⁹² Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008, pp. 61 sq.

⁹³ Lotus Bus, « Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris », in *Dossier de presse, Médecins du Monde*, février 2009.

⁹⁴ Auditions CNS.

⁹⁵ Cf. *infra*.

⁹⁶ Téqui, « Discrimination of sex workers in health care settings in France », *Research for sex work*, vol. 7, juin 2004.

⁹⁷ Jeal N., Salisbury C., « Self-reported experiences of health services among female street-bases prostitutes : a cross-sectional survey », *British Journal of General Practices*, vol. 54, n° 504, 2004, pp. 515-519.

⁹⁸ Van Wesenbeeck et al., « Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts », *Patient Education and Counseling*, vol. 24, pp. 307-329, 1994; Ntumbanzondo M. et al., « Unprotected intercourse for extra money among commercial sex workers in Kinshasa », *AIDS Care*, vol. 18, 2006, pp. 777-785.

UN MOINDRE ACCES AUX DROITS SOCIAUX

Les personnes prostituées ne bénéficient pas de droits sociaux spécifiquement liés à l'exercice d'une profession reconnue⁹⁹. Elles doivent néanmoins déclarer leur revenu à l'administration fiscale, au titre des bénéfices non commerciaux et sont assujetties aux cotisations d'allocations familiales. Aussi, les personnes prostituées peuvent bénéficier du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles. S'agissant de la question de la retraite, elles peuvent être inscrites depuis 2004 à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) qui accueille, depuis cette date, les professions ne relevant d'aucune autre caisse de retraite. Par ailleurs, elles sont éligibles aux minima sociaux sous condition notamment de régularité du séjour : revenu de solidarité active (RSA), minimum vieillesse, couverture médicale universelle (CMU), allocation adulte handicapé (AAH), allocation parent isolé (API) et allocations familiales. Les personnes susceptibles de bénéficier de ces droits n'y ont pas nécessairement recours en raison de la méconnaissance des dispositifs¹⁰⁰ ou de la perception de l'activité de prostitution comme étant transitoire.

Les personnes prostituées étrangères en situation irrégulière rencontrent des difficultés supplémentaires. Celles-ci peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour de trois mois sans autorisation de travail.¹⁰¹ Les difficultés rencontrées dans l'accès à une couverture médicale, CMU ou AME, sont également avérées. Les changements fréquents dans les conditions d'affiliation ont contribué ces dernières années à l'exclusion de plus en plus de personnes étrangères de la CMU au profit d'une couverture par l'AME. Ainsi, pour une file active donnée entre 2003 et 2005, le taux de couverture de l'AME est passé de 6 à 30% ; celui de la CMU de 79 à 30%¹⁰². L'entrée dans l'Union européenne de la Bulgarie et de la Roumanie a notamment entraîné une réduction des droits à la CMU. Ainsi, ces nouveaux Etats membres de l'Union Européenne s'étant engagés à assurer une couverture maladie à tous leurs ressortissants, ces derniers ne peuvent désormais plus bénéficier d'une couverture médicale en France au titre du régime général et ne peuvent désormais prétendre qu'à l'AME.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME demeure problématique. Les personnes bénéficiaires de l'AME disposent d'un accès à l'offre de soins peu favorable. Ainsi, il est signalé qu'environ un tiers des bénéficiaires de l'AME sur trois a expérimenté un refus de soins de la part d'un professionnel de santé.¹⁰³ En outre, l'accès à l'AME est rendu plus difficile depuis 2008. En effet, la demande d'ouverture doit désormais être accompagnée d'un justificatif de besoins de soins évalués par un médecin. La demande de l'AME à titre humanitaire est très souvent refusée.¹⁰⁴ Enfin, la condition de résidence de trois mois opposée aux bénéficiaires potentiels de l'AME peut constituer un obstacle important dans l'accès aux soins¹⁰⁵. Les associations constatent que les personnes doivent être accompagnées par un intervenant pour bénéficier d'une ouverture de droits effective et assurée. Ainsi, en l'absence de structures de santé de proximité, l'accès au système de santé de droit commun pour les personnes prostituées migrantes semble hypothétique et réduit aux urgences hospitalières.

S'agissant du logement, les associations de soutien notent qu'une grande majorité de personnes étrangères ne bénéficie pas de logement privés mais d'une domiciliation en raison d'un défaut de titres de séjour ou de la méfiance des bailleurs susceptibles d'être mis en cause pour proxénétisme¹⁰⁶. Pour la plupart, les femmes migrantes vivent à l'hôtel, particulièrement à leur arrivée, dans des conditions d'hygiène et de salubrité très précaires, et

⁹⁹ Maffesoli S.-M., « Le traitement juridique de la prostitution », *Sociétés*, vol. 1, n° 99, 2008, pp. 33-46.

¹⁰⁰ Voir par exemple : Guillemaut F. (dir.), *La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange économique-sexuels en Guadeloupe*, *op.cit.*, p. 64. La méconnaissance des dispositifs peut être liée, dans certains cas, à la barrière de la langue.

¹⁰¹ Auditions CNS. Voir notamment Arap-Rubis, *Rapport moral*, 2008 ; Sur les 500 femmes suivies par l'association Cabiria en 2005, 5% sont en situation irrégulière au regard du séjour, 66% disposent d'un titre de séjour provisoire, 81% ne disposent pas d'autorisation de travail. Seules 8% des personnes suivies ont bénéficié d'une carte de séjour temporaire avec une autorisation de travail. Cabiria, *Rapport d'activité*, 2004.

¹⁰² Auditions CNS ; Guillemaut F. (dir.), *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, *op.cit.*, pp. 40 sq.

¹⁰³ Une étude nationale de Médecins du Monde montre que 34% des médecins généralistes sur un échantillon de 700 médecins refusent de traiter des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME). Ce taux est près de quatre fois supérieur aux refus de soins pour les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), qui atteint 10%. Selon plusieurs représentants de la profession médicale, de tels refus sont souvent liés aux réticences des médecins de ville à gérer des modalités administratives de règlement de la consultation pour les patients AME qui apparaissent plus complexes et dont les délais de remboursements sont parfois plus longs. Médecins du Monde, « Test de discrimination sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes de France », novembre 2006 ; Voir également : Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des finances (IGF), *Audit de modernisation, Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat*, mai 2007, pp. 6 sqq ; Griséliadis, *Rapport d'activité*, 2007, pp. 57 sq. ; Boisguérin B. et Haury B., « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et documents*, vol. 645, juillet 2008.

¹⁰⁴ Françoise Guillemaut (dir.), *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008, *op.cit.*, p. 40.

¹⁰⁵ Auditions CNS.

¹⁰⁶ Auditions CNS ; Griséliadis, *Rapport d'activité*, 2008, p. 47 ; Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, p.100.

certaines y retournent après des passages en foyers d'urgence ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Un petit nombre parvient à être logé en sous-location. La plupart des personnes rencontrées par les associations ignorent pouvoir prétendre aux prestations sociales et à leur cumul – RSA, aide au logement ou aide financière exceptionnelle.¹⁰⁷

UNE EXPOSITION AUX VIOLENCES

Outre les difficultés d'accès aux droits sociaux, les personnes prostituées ou des associations leur offrant un soutien relatent, depuis de nombreuses années, une exposition quotidienne et répétée à différentes formes de violences, d'ordre physique, psychologique, symbolique ou morale, ou liées à l'imposition de conditions de vie spécifiques.¹⁰⁸ Selon une étude réalisée en 2004, 70% des personnes prostituées interrogées ont identifié des actes de violence contre elles au cours des six derniers mois¹⁰⁹. Ces violences surviennent entre personnes prostituées ou émanent des proxénètes, des clients, des forces de police ou des institutions.

Les violences exercées par les clients sont fréquentes et naissent le plus souvent de sollicitations ou de tentatives d'imposition de nouveaux actes sexuels ou de demandes de remboursement.¹¹⁰ Par ailleurs, certaines escortes mentionnent l'existence de clients « dominateurs » susceptibles d'imposer un rapport serviciel, dans lequel le corps de la femme devient une marchandise dont le client peut librement disposer¹¹¹. Selon les associations de soutien aux personnes prostituées et de droits des personnes, les violences qui émanent également des forces de police se sont accrues ces dernières années¹¹². Les violences s'exercent aussi entre les personnes prostituées dans un secteur d'activité fortement concurrentiel soumis à certaines formes de clandestinité.¹¹³ Ainsi, des propos vexatoires et des brimades sont régulièrement subis par les personnes nouvellement installées ou placées en bas des hiérarchies sociales.¹¹⁴ Les violences rencontrées dans le milieu prostitutionnel sont étroitement liées à l'activité exercée. Les personnes prostituées sont frappées d'indignité et fortement stigmatisées en raison de leur activité¹¹⁵. Les personnes ne sont pas seulement touchées par le stigmate, mais elles l'incarnent sur de nombreux plans.¹¹⁶ Les personnes transgenres¹¹⁷ et les HSH¹¹⁸ seraient davantage discriminés. Tous ces facteurs sont susceptibles d'affecter négativement l'estime de soi des personnes prostituées, pouvant ainsi favoriser les prises de risque et une attention moindre à la préservation de leur santé.

Des violences plus spécifiques s'exercent à l'encontre des migrants. Il semble que l'arrivée des jeunes femmes d'Europe de l'Est et d'Afrique anglophone qui pratiquent des tarifs inférieurs à la moyenne pratiquée a ravivé des tensions entre personnes prostituées et banalisé les discours dépréciatifs, voire ouvertement racistes, des personnes

¹⁰⁷ Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008, p. 94.

¹⁰⁸ Voir également : Földäzi A., « Activités prostitutionnelles et gestion des violences : les risques du métier », *Genre, sexualité & société*, vol. 2, automne 2009. <http://gss.revues.org/index1020.html> ; Pryn S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, op.cit, p. 94 sq.

¹⁰⁹ Guillemaut F., *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, novembre 2004, p. 106. Une enquête plus ancienne réalisée en 1995 montre que 41% des travailleurs du sexe ont subi une agression au cours des cinq mois précédant l'enquête. « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 1996. Ces données sont corroborées par plusieurs autres études. Ainsi, par exemple, à San Francisco, 70% des personnes prostituées ont subi des violences provenant de proxénètes et de clients : Fauguier, J., Sargeant, M., « Boyfriends, 'pimps' and clients » in Scambler, G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, 1997, op. cit, p. 123.

¹¹⁰ Une étude réalisée en 1995 montre que le client est le principal agresseur des cas de violence dans 58% des cas. « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, op.cit. Des données canadiennes montrent que les violences décrites par les personnes prostituées émanent de la police dans 66% des cas et des clients dans 14%. Bruckert et Parent, *Crime organisé et trafic de personnes au Canada : perceptions et discours*, 2004.

¹¹¹ Bigot S., « La prostitution sur Internet : Entre marchandisation de la sexualité et contractualisation des relations affectives », *Genre, sexualité et société* (en ligne), vol. 2, Automne 2009, <http://gss.revues.org/index1139.html>

¹¹² Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, « Des nouvelles zones de non droit, des prostituées face à l'arbitraire policier », 2006, pp. 11 sq. http://www.syndicat-magistrature.org/IMG/pdf/rapport_sm_ldh_saf.pdf

¹¹³ Deschamps C., « Clandestinité et partage de territoire. La prostitution de rue à Paris », *Gradhiva*, n° 33, 2003, p.106.

¹¹⁴ Pourette D., « Les violences », in Handman M.-T., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris*, op.cit. p. 326.

¹¹⁵ Pheterson G., *Le prisme de la prostitution*, op. cit, 2001, p. 334.

¹¹⁶ « Dans chaque dimension du déshonneur, les prostituées réapparaissent sous le prototype de putain. Elles sont perçues comme la personification des rapports sexuels (adultères), de la race (sombre), de l'argent (sale), des sévices (mérités), de la maladie (sexuellement transmissible) et du savoir (tabou) », *Ibid*, p. 128

¹¹⁷ Auditions CNS.

¹¹⁸ Belza M.J., « Risk of HIV infection among male sex workers in Spain », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, n°1, 2005, pp. 85 sq.

prostituées françaises à l'égard des personnes étrangères.¹¹⁹ Par ailleurs, d'autres formes de violence découlent du remboursement de la dette de passage contractée par certaines personnes migrantes. Celle-ci est variable en fonction du pays d'origine, de la « prestation » achetée (visa, contrat de travail, passeport, voyage, passage illégal de frontières, etc.) et du type de négociation. Le montant de la dette s'échelonne entre 2 000 et 50 000 euros. Le lien par la dette (*debtboundage*) peut devenir une forme de servitude réelle, particulièrement prégnante pour les femmes nigériennes liées par le « juju¹²⁰ » et constituer une menace pour l'intégrité de la personne ou de sa famille restée dans le pays d'origine. On estime que près de 80% des personnes migrantes ont contracté des dettes liées à leur voyage¹²¹.

¹¹⁹ *Ibid*, p 327.

¹²⁰ Le « juju » est une cérémonie pratiquée avant le départ pour protéger la personne qui entreprend un voyage. La bénéficiaire doit respecter le « juju », en particulier en lui payant une somme d'argent, sous peine de perdre la santé. Guillemaut F., « Sexe, juju et migrations. Regard anthropologique sur les processus migratoires de femmes africaines en France », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 1, 2008, pp. 10-25.

¹²¹ Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe*, Cabiria, 2007, p.101

PARTIE II DES CONTRADICTIONS CROISSANTES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES AU DETRIMENT DES DROITS DES PERSONNES

Au cours des années 2000, les pouvoirs publics poursuivent différents objectifs en matière de prostitution.¹²² Ils œuvrent en faveur de la tranquillité publique et accentuent les sanctions contre les formes visibles de la prostitution de voie publique et contre certaines formes de proxénétisme. Ils luttent contre les formes de criminalité organisée et adoptent des mesures spécifiques contre la traite des êtres humains. Ils se mobilisent enfin en faveur de la protection des mineurs, de la protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains et de la réinsertion des personnes prostituées. Ainsi la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne renforce les peines encourues au titre du proxénétisme simple.¹²³ La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale interdit la prostitution des mineurs et incrimine spécifiquement le proxénétisme à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans.¹²⁴ Enfin, la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, dite LSI, prévoit plusieurs dispositifs relatifs au racolage, au proxénétisme, à la traite des êtres humains et aux mesures d'assistance offertes aux personnes victimes.¹²⁵

Conçus pour œuvrer en faveur de la tranquillité publique, lutter contre la traite des êtres humains et fournir une protection, les dispositifs de la LSI ont davantage déstabilisé les personnes prostituées, sans parvenir ni à restaurer leurs droits, ni à garantir la stabilité des personnes les plus vulnérables. La législation demeure ainsi source d'instabilité, en particulier pour les personnes étrangères. Elle contribue à reléguer les impératifs de santé au second plan et elle renforce l'exposition des personnes prostituées aux risques de transmission du VIH/sida et des IST. Ni les coordinations mises en œuvre ou affichées par les pouvoirs publics, ni la définition d'objectifs ambitieux dans le cadre de plans de santé publique nationaux ou locaux, n'ont, jusqu'à présent, permis d'infléchir les tendances négatives constatées unanimement, aussi bien au sein des associations de soutien aux personnes prostituées que dans l'unique rapport d'évaluation de la LSI établi par les services du gouvernement.

II.1 DES DROITS AFFIRMES MAIS FORTEMENT CONDITIONNES ET INEGALEMENT GARANTIS

Les difficultés rencontrées par les personnes prostituées résultent, en partie, de la mise en œuvre de dispositifs publics malaisés, à l'instar du délit de racolage passif prévu par la LSI et dont l'application s'est révélée très complexe, inégale sur le territoire et dans le temps. Par ailleurs, de nombreux droits, dont ceux réservés aux victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains, en particulier étrangères, restent réservés à une minorité, car ils sont assortis de conditions problématiques. En définitive, la législation actuelle n'est parvenue ni à protéger directement les victimes du proxénétisme et de la traite, ni à accroître le nombre de mises en cause des auteurs de proxénétisme et de traite. La principale conséquence de la loi demeure l'augmentation conséquente des mises en cause directes des personnes prostituées (cf. Tableau 1).

¹²² Pour un aperçu de l'histoire des législations relatives à la prostitution en France et une présentation synthétique de la législation actuelle, se reporter à l'annexe du présent avis : *Histoire de l'action publique relative à la prostitution*

¹²³ Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

¹²⁴ Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

¹²⁵ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure. Le détail des dispositifs est présenté dans l'annexe.

TABLEAU 1 MISES EN CAUSE ET CONDAMNATIONS POUR RACOLAGE ET PROXENETISME ET PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DU PROXENETISME ET DE LA TRAITE DES ETRES HUMAINS¹²⁶

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹²⁷
Mises en cause pour racolage actif et passif	267	-	-	5152	-	-	-	-	2315
Condamnations judiciaires pour racolage passif	-	-	291	747	996	474	535	-	-
Condamnations judiciaires pour racolage actif	-	-	-	4	0	0	0	0	-
Mises en cause pour proxénétisme et proxénétisme aggravé	-	643	709	717	-	-	-	-	465
Condamnations pour proxénétisme et proxénétisme aggravé	-	-	-	554	528	473	592	498	-
Identification des victimes du proxénétisme et de la TEH	-	-	-	-	-	1218	-	-	684
Admission au séjour des victimes	-	-	172	180	-	-	-	-	79
Signalement de victimes à la coordination Ac-Sé	-	-	50	-	-	-	-	56	-
Accueil effectif au sein du réseau Ac-Sé	-	-	33	44	-	-	-	-	-

II.1.1 UNE REGLEMENTATION COMPLEXE PEU CONFORME AUX DROITS DES PERSONNES

L'application de la législation sur le racolage a considérablement accru la pression exercée sur les personnes prostituées et constitue un facteur indéniable de déstabilisation. Au surplus, la réglementation protectrice en faveur des victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme, notamment étrangères, a tardé à être correctement mise en œuvre et concerne, en raison du caractère très conditionnel des droits, une minorité symbolique de personnes prostituées. Ainsi, les dispositifs de protection des victimes ont été incapables d'amortir les effets négatifs produits par la mise en œuvre de la réglementation sur le racolage.

UNE MISE EN ŒUVRE DIFFERENCIEE DU DELIT DE RACOLAGE

La mise en œuvre de l'article 50 de la LSI occasionne une augmentation spectaculaire du nombre de mises en cause pour racolage. Selon les données disponibles, 5152 procédures ont été établies pour racolage par la police nationale en 2004. Par comparaison, 267 contraventions pour racolage ont été dressées en 2001¹²⁸. Le nombre de mises en cause pour racolage tend toutefois à diminuer ces dernières années. En 2009, 2315 procédures pour racolage ont été établies au 30 novembre.¹²⁹ Par ailleurs, le nombre de mises en cause dans des procédures de la Police nationale a largement augmenté, particulièrement en 2004¹³⁰ et jusqu'en 2005. A partir des années 2005-2007, il est noté que les opérations des services de police sont relativement moins nombreuses, mais plus ciblées¹³¹. Les populations visées sont, en majorité, des étrangers et les mises en cause peuvent davantage porter

¹²⁶ Sources : Auditions CNS, *Compte-rendu intégral (Sénat) de la séance du 11 mai 2010, Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide (2006), Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi sur la sécurité intérieure (2002), Ministère de la justice et des libertés.*

¹²⁷ Données au 30 novembre 2009.

¹²⁸ Sénat, *Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi sur la sécurité intérieure par Jean-Patrick Courtois*, n° 36, annexé au procès-verbal de la séance du 30 octobre 2002, p. 74. <http://www.senat.fr/rap/l02-036/l02-0361.pdf>

¹²⁹ Sénat, *Séance du mardi 11 mai 2010*, JORF, 12/05/2010, p. 3323.

¹³⁰ L'association Grisélidis note en novembre 2004 un pic dans la mise en cause des personnes prostituées à Toulouse avec 34 arrestations au cours d'une seule nuit et une moyenne de 8 à 10 arrestations par semaine pour l'ensemble de l'année 2004, Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2006.

¹³¹ Auditions CNS.

sur la régularité du séjour en France que sur le délit de racolage. Ainsi, les interpellations des personnes originaires d'Europe de l'Est semblent avoir diminué en 2007 à la suite de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne.¹³² Par ailleurs, il est noté l'absence de mises en cause de personnes prostituées non migrantes.¹³³

Le nombre de condamnations judiciaires à la suite d'une mise en cause pour racolage a également augmenté mais demeure largement inférieur au nombre de mises en cause. Il passe ainsi de 291 condamnations pour racolage en 2003 à 996 en 2005 et se stabilise autour de 500 condamnations annuelles au cours des deux années suivantes. Les peines rendues sont moins élevées que celles prévues par le code pénal mais elles peuvent se révéler dissuasives s'agissant de personnes en situation de précarité. Les personnes prostituées mises en cause dans une procédure judiciaire seraient condamnées à une amende de 400 euros en moyenne.¹³⁴ Les difficultés rencontrées pour apprécier le caractère constitutif du racolage ont occasionné des jugements contraires sur des situations très comparables. L'application de l'article 50 s'est révélée très variable dans le temps. Les condamnations pour racolage ont été peu nombreuses dans les premiers mois de la mise en œuvre de la loi et, par la suite, leur nombre a augmenté. Dans plusieurs cas, les parquets ont fait appel pour obtenir des condamnations plus lourdes que celles prononcées en première instance.¹³⁵

La mise en œuvre de la LSI paraît, en outre, extrêmement inégale sur le territoire et dépendante des initiatives variables des élus locaux et des représentants de l'Etat. A Paris, la Préfecture de Police a créé une brigade spécialement affectée à la constatation de l'infraction de racolage, l'Unité de surveillance et d'investigation territoriale (USIT), qui, depuis, a été dissoute. L'activité répressive apparaît extrêmement variable d'un arrondissement à l'autre mais demeure, dans certains quartiers, très prononcée, à tel point que les services de police ont même procédé, par erreur, à plusieurs interpellations de personnes non prostituées attendant un taxi à la sortie de discothèques parisiennes.¹³⁶ L'USIT avait tenté de préciser les éléments constitutifs du racolage passif.¹³⁷ Selon les périodes, plusieurs quartiers ou zones géographiques sont ciblés. Depuis la fin de l'année 2009, les personnes prostituées présentes dans le bois de Vincennes sont, par exemple, l'objet de très nombreuses mises en cause alors qu'une concertation avait été mise en œuvre pour permettre l'exercice de l'activité dans le lieu tout au long de l'année, à l'exception de périodes spécifiquement négociées.¹³⁸

Dans les régions, les mises en cause pour racolage sont variables d'une ville à l'autre. En région PACA par exemple, les mises en cause pour racolage sont extrêmement rares dans la ville de Marseille et sont liées à des nuisances spécifiques liées au bruit ou aux bagarres. Dans la ville voisine de Toulon, les mises en cause ont été beaucoup plus nombreuses et ont abouti à une diminution importante du nombre de personnes prostituées entraînant la fermeture de l'antenne associative locale et un report des personnes prostituées vers d'autres lieux d'exercice, notamment vers Marseille.¹³⁹ Les mises en cause varient également dans le temps en fonction du départ ou de l'arrivée d'un représentant de l'Etat. Ainsi les mises en cause par la police ont spectaculairement augmenté à Lyon en 2007 avec l'arrivée d'un nouveau préfet. En outre, plusieurs villes ont promulgué, indépendamment de l'application de la loi, des arrêtés réglementant la présence et l'activité des personnes prostituées sur la voie publique ou le stationnement des véhicules équipés pour le séjour ou une activité. Ainsi à Lyon, le maire de la ville a signé plusieurs arrêtés municipaux¹⁴⁰ pour interdire le racolage en centre ville ou le stationnement des camionnettes des personnes prostituées dans certains quartiers ou rues de la ville¹⁴¹. Dans la commune de Rennes, le maire n'a pas adopté d'arrêté réglementant l'activité des personnes prostituées ou le stationnement de camionnettes mais les services de police ont entrepris, avant l'instauration de la LSI de mettre en cause de façon

¹³² Auditions CNS.

¹³³ Auditions CNS ; Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008 ; Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

¹³⁴ Sénat, *Séance du mardi 11 mai 2010, op.cit.*, p. 3309.

¹³⁵ Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2006.

¹³⁶ Auditions CNS.

¹³⁷ « Certains signes ne trompent pas : position d'attente sur un boulevard avec des automobilistes s'arrêtant à hauteur de la femme, déambulation provocante, gestes ou regards appuyés... » in « Bilan de la sécurité à Paris », *Liaisons*, n° 81, janvier-mars 2004

¹³⁸ Auditions CNS.

¹³⁹ Auditions CNS.

¹⁴⁰ Juillet 2002, août 2006, octobre 2006, juillet 2007, mai 2008, décembre 2009, mai 2010. Le dernier arrêté en date du 17 mai 2010 réglemente le stationnement des véhicules équipés pour le séjour ou une activité dans les 7^{ème} et 8^{ème} arrondissements de la ville de Lyon, *Extrait du registre des Arrêtés du Maire*, Réf. 47300-2010-06.

¹⁴¹ Ainsi, entre mai et décembre 2008, près de 150 mises en fourrière ont été constatées par l'association locale. Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008.

régulière une trentaine de personnes prostituées migrantes dont l'activité dans un quartier de la ville avait suscité l'opposition des riverains.¹⁴²

Le renforcement conséquent des moyens de répression du racolage et du proxénétisme a conduit à l'augmentation spectaculaire des procédures à l'encontre des personnes prostituées mais il n'a, en revanche, pas permis d'accroître significativement le nombre de mises en cause pour proxénétisme (cf. Tableau I). En 2003 et 2004, respectivement 709 et 717 personnes avaient été mises en cause pour proxénétisme contre 643 en 2002 avant le vote de la loi.¹⁴³ Plus récemment, pour 2009, 465 personnes avaient été mises en cause pour proxénétisme au 30 novembre.¹⁴⁴ Par ailleurs, il semble que ces mises en cause concernent dans la très grande majorité des cas, le proxénétisme d'aide et de soutien, d'assistance et de protection des personnes prostituées, les cas de proxénétisme d'exploitation, prévus aux alinéas 2 et 3 de l'article L225-5 du code pénal¹⁴⁵, étant minoritaires.¹⁴⁶

UN FACTEUR DE DESTABILISATION SUPPLEMENTAIRE

La disparité dans la mise en œuvre de la LSI constitue une source de déstabilisation supplémentaire pour les personnes prostituées. L'application du dispositif sur le racolage a accéléré la dispersion des personnes dans des lieux plus isolés ou plus discrets, susceptibles de les abriter de l'action policière, mais dans lesquels elles se trouvent davantage exposées aux violences.

Les différentes associations¹⁴⁷ ainsi que la commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité¹⁴⁸ rapportent des mises en cause nombreuses et récurrentes des droits des personnes, en particulier des injures, des propos vexatoires, des concussions et des violences. Les interpellations réalisées par les forces de police sont suivies, dans certains cas, d'un placement sous le régime de la garde à vue et d'un recours aux menottes. La garde à vue peut aller d'une simple audition à une fouille complète suivie d'un placement en cellule. En outre, les camionnettes, dont les travailleuses et travailleurs du sexe sont propriétaires, sont généralement saisies en cas d'interpellation pour racolage. Enfin, les personnes prostituées interpellées par la Police nationale sont inscrites dans le fichier informatique du système de traitement des infractions constatées (STIC).

Les associations ont noté que d'autres incriminations ont pu être opposées aux personnes prostituées depuis la mise en œuvre de la LSI, le délit d'exhibition sexuelle¹⁴⁹ ou encore les délits relatifs à la circulation routière (stationnement gênant ou dangereux, refus d'obtempérer). Par ailleurs, la difficulté de caractériser l'incitation à des relations sexuelles tarifées entraîne des conditions très particulières de mises en cause, notamment lorsque les interpellations se déroulent directement dans les camionnettes. En outre, la possession de matériels de prévention en grande quantité a pu être paradoxalement considérée comme une confirmation de la pratique du racolage.¹⁵⁰

Au final, la mise en œuvre du dispositif sur le racolage a remis en cause la présence même des personnes prostituées dans l'espace public et a produit une catégorie de population en marge et invisible. Selon des témoignages concordants¹⁵¹, la loi a renforcé la stigmatisation à l'encontre de ces personnes et a fragilisé leur accès à la prévention. L'intérêt pour les questions relatives à la sécurité, au lieu d'exercice de l'activité et aux mises en cause par la police a augmenté au détriment de l'intérêt pour les questions de prévention. En conséquence, le

¹⁴² Guillemat F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, op.cit., annexe 1 ; Sanselme F., « Des riverains à l'épreuve de la prostitution. Fondements pratiques et symboliques de la morale publique », *Les annales de la recherche urbaine*, vol. 95, 2004, pp. 111 sqq. ; Rigalleau A., « Prostitution, riverains et action publique : une analyse en terme de territoire », in *Prostitution et action publique*, PUR, Rennes, 2006.

¹⁴³ *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, op.cit., p. 34.

¹⁴⁴ Auditions CNS.

¹⁴⁵ Le proxénétisme est défini dans l'article L225-5 du code pénal comme le fait : 1° d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° de tirer profit de la prostitution d'autrui, de partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire.

¹⁴⁶ Auditions CNS.

¹⁴⁷ Auditions CNS.

¹⁴⁸ Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, op.cit. Voir également : Ligue des droits de l'homme, section 31, *Violences policières*, Toulouse, 2006.

¹⁴⁹ Article L222-32 du code pénal : « L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

¹⁵⁰ Auditions CNS.

¹⁵¹ Auditions CNS.

temps consacré à la négociation de la relation tarifée a diminué. Les interventions des associations de soutien aux personnes prostituées se sont complexifiées. Au regard de la dégradation de leurs conditions de vie et d'exercice de leur activité, les droits n'ont été que faiblement consentis aux personnes prostituées.

II.1.2 DES DROITS CONDITIONNELS RESERVES A UNE MINORITE

Des droits sont spécifiquement garantis mais ouverts à un nombre très limité de personnes prostituées. Ceux-ci ne sont pas liés à l'exercice de leur activité mais au statut de victime susceptible de leur être reconnu dans certaines circonstances. Les droits sont conditionnés à la réalisation de démarches parfois difficiles qui ont pu décourager les personnes à en demander le bénéfice. En outre, leur mise en œuvre s'est révélée problématique, soit en l'absence de décrets d'application, soit en raison d'appréciations divergentes selon les préfetures.

DES DROITS FORTEMENT CONDITIONNES PAR DIFFERENTS CRITERES

En 2009, 684 victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme ont été identifiées par les services de Police¹⁵². La même année, seulement 79 titres de séjour temporaires ont été délivrés au titre de l'admission au séjour des victimes¹⁵³. A Paris et en région parisienne, une seule personne a pu bénéficier en 2009 d'un titre de résident accordé à la suite de la condamnation définitive de la personne accusée de proxénétisme.¹⁵⁴ Les admissions au séjour ont été relativement plus nombreuses au début de la mise en œuvre de la LSI avec, respectivement 172 et 180 admissions au séjour en 2003 et 2004, auxquels il convient d'ajouter 190 et 212 renouvellements de titres de séjour les mêmes années. Le nombre total de demandes d'admission au séjour suivant la procédure de l'article 76 n'a pu nous être communiqué.¹⁵⁵

L'obligation faite aux victimes d'accuser les auteurs de proxénétisme ou de traite des êtres humains, par la voie d'un dépôt de plainte ou d'un témoignage, pour obtenir une ouverture de droits donne lieu à plusieurs interrogations. Les personnes étrangères victimes ont été dissuadées de présenter une demande d'admission au séjour par manque de confiance envers les autorités ou par crainte de représailles dirigées contre elles ou contre leurs familles demeurées dans le pays d'origine. Inversement, les autorités de police ont témoigné d'une relative méfiance à l'égard du dispositif par crainte d'un afflux de témoignages motivés par l'obtention d'un titre de séjour. Par ailleurs, la condition posée à la délivrance d'une carte de résident, à savoir la condamnation effective du ou des auteurs des faits de proxénétisme ou de traite des êtres humains a pu paraître particulièrement inique, puisque l'issue du procès ne dépend pas du seul témoignage de la victime. Pour l'ensemble de ces raisons, le comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination envers les femmes (CEDAW)¹⁵⁶ et la Commission nationale consultative des droits de l'homme française¹⁵⁷ ont demandé, respectivement en 2008 et 2009, que l'ouverture de droits, en particulier au séjour, ne soit pas liée à une accusation ou à une condamnation des personnes soupçonnées de faits de proxénétisme ou de traite des êtres humains.

Le protocole dit de Palerme¹⁵⁸, ratifié par la France en 2002, précise que l'octroi de droits au bénéfice des personnes victimes de la traite des êtres humains ne doit pas être assujéti à une obligation de coopération. L'article 6, consacré à l'assistance et la protection accordée aux victimes de la traite des êtres humains, met à la charge des Etats membres de l'Union européenne (UE) les mesures en vue d'assurer le rétablissement physique, psychologique et social des victimes de la traite des personnes. Doivent être fournis un logement convenable, des conseils et des informations concernant notamment les droits que la loi leur reconnaît, dans une langue qu'elles peuvent comprendre, une assistance médicale, psychologique et matérielle et des possibilités d'emploi, d'éducation et de formation. En l'état actuel de la législation et des dispositifs d'aide aux victimes, la France ne respecte pas les engagements pris dans le cadre du Protocole.

¹⁵² Auditions CNS. Pour information, le rapport d'évaluation de la LSI établi en 2006, signale que le nombre et l'origine exacte des personnes prostituées victimes recensées dans les procédures judiciaires établies par les services de la Police nationale n'a pu être déterminé. *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op. cit.*, p. 37

¹⁵³ Sénat, *Compte rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010*, op.cit., p. 3324.

¹⁵⁴ Auditions CNS.

¹⁵⁵ Auditions CNS.

¹⁵⁶ United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Division for the Advancement of Women: *Legal Approaches to Trafficking as a Form of Violence against Women: Implications for a More Comprehensive Strategy in Legislation on the Elimination of Violence against Women* http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/expertpapers/EGMGPI_VAW%20Paper%20_Mohamed%20Mattar.pdf

¹⁵⁷ Commission nationale consultative des droits de l'homme, *Avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France*, décembre 2009. http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Avis_traite_et_l_exploitation_des_etres_humains_en_France.pdf

¹⁵⁸ Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, *op.cit.*

Outre le caractère dissuasif de la procédure prévue par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, plusieurs obstacles à la délivrance d'un titre de séjour de six mois ont été constatés. Des personnes prostituées n'ont pu recevoir leur titre de séjour au motif qu'elles poursuivaient leur activité de prostitution alors même qu'elles avaient activement collaboré avec les services de police pour le démantèlement des réseaux de prostitution dont elles étaient victimes.¹⁵⁹ La décision d'accorder ou de prolonger un titre de séjour d'une victime étrangère relève donc entièrement du pouvoir discrétionnaire du préfet.¹⁶⁰ Par ailleurs, dans plusieurs préfectures, des victimes se sont vues délivrer des récépissés, reconductibles tous les trois mois, sans autorisation de travail, en lieu et place de l'autorisation de séjour.¹⁶¹ Les décisions prises par certaines préfectures apparaissent dénuées de fondements juridiques. Enfin, il est signalé que l'examen et le traitement des dossiers en préfecture sont particulièrement longs et peuvent durer plusieurs années.¹⁶² Au regard de ces constats, les associations de soutien aux personnes prostituées notent que le dispositif d'admission au séjour conserve un caractère extrêmement sélectif. Ce dernier contribuerait surtout à l'augmentation des dénonciations arbitraires et à la diminution du sentiment de solidarité dans la communauté des personnes prostituées.¹⁶³

Le dispositif d'accueil sécurisant bénéficie à un nombre très limité de personnes prostituées. Seuls 44 personnes victimes ont été effectivement accueillies dans 33 structures d'hébergement réparties dans 24 départements pour l'année 2004 au titre de la protection, de l'accueil et de l'hébergement prévu par le code de l'action sociale¹⁶⁴. En 2009, 56 victimes ont été signalées à la coordination nationale chargée de l'accueil des victimes¹⁶⁵ (cf. *infra*).

En dehors des dispositifs d'admission à l'accueil et au séjour, la réglementation en vigueur prévoit des aides au retour pour les étrangers en situation irrégulière ou en situation de dénuement¹⁶⁶. L'aide comprend notamment la prise en charge, par l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM), des frais de voyage et d'acheminement pour le bénéficiaire ainsi qu'une aide financière d'un montant de 2 000 euros par adulte¹⁶⁷. Pour l'année 2004, il est rapporté que 6 personnes victimes de la traite des êtres humains ont bénéficié d'une aide au retour classique et 11 personnes victimes bulgares ont bénéficié, à la suite de la signature d'un accord franco-bulgare, d'un dispositif spécifique d'aide au retour.¹⁶⁸

Ces différentes actions publiques relatives à la prostitution, qu'elles répriment le racolage et le proxénétisme ou protègent les victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains ne donnent pas lieu à un suivi, à une évaluation publique ou à une coordination entre les différents services de l'Etat.

II.2 DES INCOHERENCES REPETEES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES

Le commerce du sexe relève de plusieurs secteurs de l'action publique mais, s'agissant spécifiquement des questions de santé, ne fait pas l'objet d'une attention publique suffisante. La prostitution n'est discutée dans aucun forum local ou national spécifiquement dédié et susceptible de réunir, à intervalles réguliers, les représentants publics et les représentants des associations compétentes. Il existe néanmoins des coordinations interministérielles, mais leur objet est éloigné des questions de santé, d'accès aux soins et à la prévention intéressant les personnes prostituées. Cette absence de forum de discussion et de résolution des problèmes se double d'une absence d'expertise publique et de programmation. La loi prescrit une évaluation annuelle à communiquer aux assemblées parlementaires sur l'état des personnes prostituées. Or, aucune évaluation n'a, à ce jour, été communiquée et une seule évaluation partielle a été effectivement réalisée en 2006. La mise en œuvre de plans de santé publique, notamment de lutte contre le VIH/sida, ne peut compenser l'absence d'évaluation.

¹⁵⁹ Auditions CNS ; Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, *op.cit.*, p.12.

¹⁶⁰ Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, *op.cit.*, pp. 11 sq.

¹⁶¹ Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, Cabiria, 2004, pp. 85 sq.

¹⁶² Auditions CNS.

¹⁶³ Auditions CNS.

¹⁶⁴ *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.*, p. 27

¹⁶⁵ Sénat, *Compte rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010*, *op.cit.*, p. 3324.

¹⁶⁶ Circulaire interministérielle n° DPM/ACI3/2006/522 du 7 décembre 2006 relative au dispositif d'aide au retour pour les étrangers en situation irrégulière ou en situation de dénuement.

¹⁶⁷ 3 500 euros pour un couple marié, puis 1 000 euros par enfant mineur jusqu'au troisième enfant et 500 euros au-delà du troisième enfant.

¹⁶⁸ *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.*, p. 24 sq.

II.2.1 UNE ABSENCE DE COORDINATION ET DE CONVERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE

Les acteurs compétents sur la question de la prostitution ne bénéficient pas de dispositifs de coordination. Plusieurs tentatives destinées à obtenir l'organisation de réunions interministérielles avec les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice n'ont pu aboutir. Au plan régional, des tentatives ont également été menées, notamment en Ile de France sous l'égide des services sanitaires et sociaux déconcentrés, mais les premières réunions n'ont pas connu de suite en raison de désaccords doctrinaux. Des groupes de travail existent pourtant mais ne traitent pas spécifiquement de la prostitution ou alors n'évoquent qu'un aspect restreint du sujet. Il faut distinguer les coordinations interministérielles des dispositifs de concertation ou de coordination qui interviennent à un échelon local.

UNE ABSENCE DE COORDINATION ET DE CONVERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE AU PLAN NATIONAL

La situation des personnes prostituées intéresse de nombreux secteurs ministériels. En France, deux groupes informels consacrent en partie ou en totalité leurs travaux aux questions de prostitution depuis plusieurs années et assurent une coordination au plan interministériel. Le premier est un groupe de travail en charge de la traite des êtres humains et appelé à devenir une autorité indépendante¹⁶⁹ ; le second est un groupe de coordination consacré à l'accueil et l'hébergement des personnes prostituées, le groupe Ac-Sé.

Le premier groupe de travail est piloté par la délégation aux victimes placée sous la tutelle du ministère de l'Intérieur et par la délégation générale de l'aide à la jeunesse, placée sous la tutelle du ministère de la Justice. Le groupe a pour mission, notamment, d'élaborer un plan national de lutte, d'assistance et de protection des victimes et d'émettre des recommandations. Le groupe se compose des représentants de sept ministères (Immigration, Santé, Femmes, Travail, Justice, Intérieur) et de représentants d'associations spécialisées (Fondation Scelles, Amicale du Nid, Les Amis du bus des femmes, Accompagnement Lieux d'accueil, association européenne pour la défense des droits de l'homme). Conformément aux engagements pris par la France, notamment lors de la ratification du Traité de Varsovie¹⁷⁰, la question de la traite des êtres humains doit faire l'objet d'une coordination de haut niveau au plan national. Aussi, les pouvoirs publics envisagent la création d'une coordination nationale chargée d'élaborer un plan d'action national en matière de lutte contre la traite des êtres humains et de créer une fonction de rapporteur national chargé d'émettre des recommandations par le biais d'un rapport annuel.

Le second groupe de travail s'inscrit dans le cadre du dispositif national d'accueil sécurisant mis en place par les pouvoirs publics pour accueillir et protéger les victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains (Ac-Sé). L'association ALC assure l'essentiel de la coordination du dispositif à l'échelle du territoire, en l'absence d'animation des pouvoirs publics, en particulier de la Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS).

Il apparaît que les questions de santé, d'accès aux soins et à la prévention n'ont pas constitué, jusqu'à présent, une priorité pour ces deux coordinations. Les représentants du ministre en charge de la santé n'ont d'ailleurs pu être identifiés par le représentant de l'une des coordinations.¹⁷¹ Les deux coordinations doivent pourtant jouer un rôle de premier plan en matière de santé et de prévention. La future coordination nationale sur la traite des êtres humains doit renforcer l'ensemble des droits des victimes, conformément aux engagements internationaux adoptés par la France, afin de restaurer, notamment, l'accès à la prévention et aux soins¹⁷². La participation de représentants d'associations, en particulier de santé, doit permettre d'afficher plus significativement ce rôle.

La seconde coordination accomplit un travail indispensable pour l'accueil et l'hébergement des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains. Les propositions d'hébergement apparaissent très limitées (cf. *supra*) et l'implantation du réseau sur le territoire est insuffisamment développée.

Les deux coordinations doivent pouvoir être renforcées mais elles présentent une limite liée à leur constitution. Les deux groupes répondent aux problèmes rencontrés par les seules victimes du proxénétisme et de la traite ou par les personnes identifiées comme telles. En conséquence, aucune coordination n'est aujourd'hui en mesure d'établir un suivi et d'adresser des recommandations concernant l'ensemble des personnes prostituées, quel que soit leur statut au regard de la législation relative aux victimes de la traite et du proxénétisme. Les services du ministre en charge de la santé, en lien avec ceux du ministre en charge des affaires sociales et ceux du ministre de l'intérieur disposent de la compétence et de la légitimité pour animer une coordination plus élargie.

¹⁶⁹ Sénat, *Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010, op.cit.*, p. 3324.

¹⁷⁰ Se reporter à l'annexe.

¹⁷¹ Auditions CNS.

¹⁷² Sénat, *Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010, op.cit.*, p. 3325.

UNE ABSENCE DE COORDINATION ET DE CONVERGENCE DE L'ACTION PUBLIQUE AU PLAN LOCAL

Au plan local, la coordination entre les différents acteurs, en particulier les représentants de l'Etat, les élus locaux et les associations, demeure problématique.

Dans certaines villes, la coordination se déroule dans le cadre des conseils locaux (ou intercommunaux) de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD). Proposés en 1982 pour faire face à la délinquance¹⁷³, les conseils locaux ont été créés en juillet 2002¹⁷⁴, puis confirmés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance¹⁷⁵. Mis en place à l'initiative des municipalités, les conseils sont présidés par le maire, ou, dans le cas d'un conseil intercommunal, par le maire d'une commune membre. Comprenant de droit le préfet et le procureur de la République, les conseils doivent contribuer à la concertation et à la coordination de tous les acteurs concernés par la prévention de la délinquance et la lutte contre l'insécurité. Ils rassemblent élus, services de l'Etat, représentants des professions et associations concernées par la sécurité. La prostitution peut devenir une thématique de travail pour les acteurs de prévention locaux¹⁷⁶. Plusieurs associations d'accueil des personnes prostituées et de santé communautaire ont participé aux CLSPD, la plupart n'y sont pas ou plus invitées.

La coopération se déroule, dans de nombreux cas, en dehors des CLSPD, dans le cadre de contacts plus ou moins formels menés entre les associations et la préfecture, les responsables de la police, les chargés de la politique de la ville, les représentants des comités d'intérêt de quartier (CIQ) ou des comités d'intérêts locaux (CIL). A Lyon par exemple, des discussions sont ouvertes sur la situation des personnes prostituées depuis novembre 2009 dans le cadre de réunions « Libertés et Sécurité » organisées à l'initiative du Préfet. Il semble que ces réunions ont placé au premier rang de leur agenda les questions de tranquillité publique et n'ont pas permis d'examiner directement les questions relatives à la sécurité des personnes prostituées. Par ailleurs, les difficultés rencontrées dans la coordination entre les services de l'Etat et les associations se doublent de divergences de vues au sein même des services de l'Etat, en particulier entre les préfectures et les DDASS, comme dans la ville de Lyon pendant plusieurs années¹⁷⁷.

II.2.2 UNE ABSENCE D'EVALUATION PROSPECTIVE ET RETROSPECTIVE

Les limites de la concertation au plan national et local sur les questions de prostitution n'ont donné lieu jusqu'à présent à aucune évaluation de l'Etat. Seuls les rapports d'activités des associations de santé communautaire témoignent de la complexité des situations locales et de la vulnérabilité des personnes prostituées. Malgré des signaux alarmants, l'Etat n'a pris aucune mesure depuis 2006 pour procéder à une évaluation de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées comme la loi le lui imposait.

UNE ABSENCE D'EVALUATION RETROSPECTIVE

L'article 52 de la LSI stipule que le gouvernement doit déposer chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les organismes qui leur viennent en aide. Comme il a déjà été signalé, à ce jour, un seul rapport, coordonné par le Service droits des femmes et égalité, a été déposé sur les bureaux de l'Assemblée nationale et du Sénat en mars 2006¹⁷⁸.

Le rapport note une précarisation majeure des personnes prostituées, « vraisemblablement antérieure à la mise en œuvre des dispositions relatives au racolage de la LSI, même si ces dernières ont encore complexifié et aggravé la situation socio-sanitaire des personnes prostituées »¹⁷⁹.

¹⁷³ Gilbert Bonnemaïson, Commission des maires sur la sécurité, *Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité*, décembre 1982.

¹⁷⁴ Décret n° 2002-999 du 17 juillet 2002 relatif aux dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance.

¹⁷⁵ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

¹⁷⁶ Auditions CNS.

¹⁷⁷ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

¹⁷⁸ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op. cit.*

¹⁷⁹ *Ibid*, p. 15.

S'agissant plus spécifiquement de la santé, le rapport ne présente aucune donnée inédite. Il précise que « les données publiées en France concernant la santé des personnes prostituées sont rares, limitées à la prostitution de rue et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la multiplicité des réalités du phénomène¹⁸⁰ ». Concernant le VIH/sida, le rapport indique qu'il « n'existe pas aujourd'hui de données publiées (...) récentes concernant le taux d'infection par le VIH des personnes prostituées en France » et reproduit *in extenso* deux paragraphes du plan national de lutte contre le VIH/sida (PNLS) 2005-2008¹⁸¹. Le premier paragraphe se réfère à une revue de la littérature datant de 1998 et portant sur la prévalence du VIH dans les pays occidentaux variant de 0% à 74%. Le deuxième fait état, sans autres précisions, « d'informations émanant de personnels associatifs intervenant sur les lieux de prostitution qui font craindre une évolution des taux d'infection VIH et IST ». Le dernier paragraphe consacré au VIH souligne la forte vulnérabilité des personnes prostituées et cite les neuf facteurs identifiés par ONUSIDA en 2003. Le rapport ne s'appuie donc sur aucune observation et se limite, sans souci d'actualisation ni de mise en perspective, à une présentation de données datées, non spécifiques à la France et partielles, incapables de rendre compte de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées.

En réponse à cette absence d'évaluation, le gouvernement a récemment annoncé la mise en œuvre d'une évaluation relative à la coordination de la lutte contre la traite des êtres humains, l'identification des victimes, leur protection et leur prise en charge et la répression des auteurs de la traite.¹⁸² La future évaluation serait réalisée chaque année par le rapporteur national chargé des questions de la traite des êtres humains. Ainsi, les pouvoirs publics, par la voix du ministre de l'Intérieur, envisagent la création d'outils nouveaux de connaissance relatifs à la lutte contre la traite des êtres humains, mais ne semblent pas disposés à procéder aux évaluations déjà prévues par la loi, au titre de l'article 52, sur les aspects sociaux et sanitaires. En outre, la restriction de l'approche à l'aspect de la traite des êtres humains ne permettra pas d'appréhender la situation d'une part majeure des personnes prostituées. L'absence d'évaluation paraît aujourd'hui d'autant plus déplorable que les autorités en charge de la santé n'ont pas été en mesure d'assurer depuis 2005 un suivi adéquat de l'action au bénéfice des personnes prostituées dans le cadre de la définition et de l'évaluation de ses plans nationaux.

DES PLANS RAISONNES NI MIS EN ŒUVRE NI EVALUES

Dans le cadre de ses plans nationaux, le ministère de la santé a adopté des objectifs d'action en faveur des personnes en situation de prostitution. Ainsi, le PNLS 2001-2004 prône le renforcement de l'action communautaire des personnes prostituées, le développement de nouveaux outils d'intervention, l'organisation de rencontres nationales, la mise en œuvre d'une concertation interministérielle, le développement de partenariats de proximité, notamment avec les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, la mise en œuvre de formations et la conduite d'actions de prévention en direction des mineurs¹⁸³. Si les programmes de santé communautaire ont pu bénéficier du soutien du ministère de la santé, les principales dispositions relatives à l'action publique en faveur des personnes prostituées sont demeurées sans effets.

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 recommande la poursuite et l'adaptation des programmes communautaires aux nouveaux enjeux : vulnérabilité et précarité des personnes, banalisation du VIH et montée d'un contexte répressif. A ces fins, le texte préconise également l'intégration d'un volet santé dans les actions en direction des personnes prostituées et le développement de l'observation de l'état de santé. Ces préconisations non détaillées s'inscrivent dans une section consacrée à la prévention en direction de groupes de populations placés dans des situations de vulnérabilités spécifiques : les personnes prostituées, les usagers de drogues, les personnes détenues et les personnes transsexuelles. Le PNLS 2005-2008 a donné lieu à une évaluation interne réalisée par la DGS en 2009.¹⁸⁴ La synthèse de l'évaluation indique, s'agissant des personnes prostituées, que le contexte législatif (LSI) rend difficile la mise en œuvre d'actions de prévention et l'accessibilité à des outils de prévention. Aucun plan n'a été adopté pour 2009 et le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 n'était pas connu au 16 septembre 2010.

Le ministère de la santé a également réalisé un plan relatif à la lutte contre le VIH/sida en faveur des étrangers vivant en France 2004/2006 qui recommande de prendre en compte la situation spécifique des personnes migrantes

¹⁸⁰ *Ibid*, p. 16.

¹⁸¹ *Ibid*, p. 17.

¹⁸² Sénat, *Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010, op.cit*, p. 3 324.

¹⁸³ Ministère de la santé, Direction générale de la santé, *Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001/2004*, p. 22 sq.

¹⁸⁴ Direction générale de la santé, *Synthèse de l'évaluation du Programme national de lutte contre le sida et les IST 2005-2008*, octobre 2008, p. 6

exerçant la prostitution.¹⁸⁵ Le programme préconise des actions de proximité susceptibles de mettre en confiance et de faciliter l'accès aux soins des personnes prostituées. Le rapport donne lieu à une évaluation externe réalisée pour la direction générale de la santé (DGS). Celui-ci appelle à une clarification des cibles et des objectifs du programme et mentionne des sous-groupes prioritaires au sein desquels les personnes prostituées n'apparaissent pas.¹⁸⁶ Une circulaire de la DGS du 23 octobre 2007 proroge le programme national étrangers / migrants pour les années 2007-2008 et indique que les actions en faveur des personnes exerçant la prostitution doivent être développées.¹⁸⁷

Les différents programmes nationaux présentent des objectifs raisonnés en faveur des personnes prostituées. Toutefois, ces plans demeurent relativement généraux et insuffisamment suivis et évalués. Ils apparaissent, en outre, difficilement applicables sans un réexamen préalable de politiques sectorielles qui poursuivent des objectifs contraires, en particulier les politiques pénales. Les réformes des seules politiques de prévention et d'accès aux soins, sans examen des autres politiques publiques, ne peuvent avoir qu'un impact limité.

Au plan régional, les programmes régionaux d'accès à la santé et aux soins (PRAPS) doivent pouvoir programmer des actions en faveur des personnes prostituées. Instaurés par la loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998¹⁸⁸, les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination susceptible d'associer de nombreux partenaires : collectivités locales et services de l'Etat, associations, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, mutuelles, organismes professionnels. Selon une synthèse des évaluations, les PRAPS constituent un dispositif susceptible de motiver une réelle transversalité et de garantir un décroisement entre, d'une part, les secteurs de la santé et du social et, d'autre part, les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les associations.¹⁸⁹ Les PRAPS sont toutefois faiblement dotés financièrement¹⁹⁰ au regard de la diversité de leurs missions.¹⁹¹ En outre, contrairement au précédent texte réglementaire relatif au PRAPS dit de deuxième génération¹⁹², la dernière circulaire en date relative aux PRAPS ne cible pas les personnes prostituées parmi ses publics prioritaires¹⁹³.

¹⁸⁵ Ministère de la santé, Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers / migrants vivant en France 2004/2006*, p. 9.

¹⁸⁶ Ministère de la santé, Direction générale de la santé, *Evaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, mis en œuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes au titre du programme prévu pour 2007-2008*, juin 2007, p. 4.

¹⁸⁷ Circulaire n° DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers.

¹⁸⁸ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Voir également circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

¹⁸⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*, mai 2004, p. 93.

¹⁹⁰ Le projet de loi de finances 2010 prévoit que 10,06 millions d'euros sont mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre des PRAPS. Le premier rapport d'évaluation réalisé par Bernard Brunhes, consultant en juillet 2003, soulignait que des incertitudes sur la pérennité des actions lancées par les PRAPS pesaient sur le dispositif, du fait notamment des modalités de financement associées.

¹⁹¹ La circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 évoque notamment la garantie de l'accès aux soins et aux droits sociaux, de la santé des élèves, la réduction de certains risques environnementaux, des actions en faveur des gens du voyage, des jeunes, des familles monoparentales, des personnes détenues ou sortant de prison et des populations étrangères avec une attention particulière pour les immigrés vieillissant isolés.

¹⁹² Circulaire n° DGS/SD6D/2002/100 du 19 février 2002 et notamment fiche guide PRAPS 2^{ème} génération, « Publics, pathologies et dispositifs à analyser dans le cadre des PRAPS II ».

¹⁹³ Voir circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 et notamment annexe IIIa « Les publics prioritaires ».

PARTIE III UNE MOBILISATION ASSOCIATIVE SOUTENUE MAIS UNE STRATEGIE INSUFFISAMMENT COORDONNEE, GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE

Depuis l'ordonnance et le décret du 25 novembre 1960¹⁹⁴, l'Etat s'est largement désengagé de l'action directe en faveur des personnes prostituées et, en contrepartie, il apporte son concours financier au secteur privé non lucratif, soit sous forme de subventions globales, soit sous forme de dotations accordées à des centres d'hébergement et de réinsertion. Dès lors, le secteur associatif a développé une compétence spécifique pour répondre aux besoins des populations et pour faciliter l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et l'insertion des personnes prostituées. Les associations issues du secteur social sont historiquement bien implantées et sont particulièrement impliquées dans les questions d'hébergement.¹⁹⁵

Avec le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida, de nouvelles associations ont fait leur apparition à la fin des années 1980, afin de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans un contexte marqué par la montée de l'épidémie et la progression des stigmates associés. Progressivement implantées dans les principales agglomérations françaises, créées à l'initiative des personnes prostituées ou associées à ces dernières, les associations à dominante santé élargissent progressivement leur périmètre d'intervention aux questions sociales et d'accès aux droits. *A contrario*, les associations de tradition sociale n'adoptent pas toutes une approche similaire, c'est-à-dire une approche globale fondée sur des compétences multiples, ni ne promeuvent la participation directe des membres de la communauté des personnes prostituées et ne modifient que partiellement leur périmètre d'intervention. L'action publique ne corrige pas ce défaut d'intervention mais l'accroît en accordant l'essentiel de ses dotations et subventions à des programmes fondés non sur l'approche globale au bénéfice des personnes prostituées mais sur l'accueil sécurisant en faveur d'un nombre limité de victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

III.1 UN CHAMP ASSOCIATIF DIVISÉ QUI PEINE À ADOPTER UNE APPROCHE GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE

Le champ associatif regroupait en 2004 66 associations professionnalisées intervenant en faveur des personnes prostituées. 26 associations "militantes" composées principalement de bénévoles, employant parfois un ou plusieurs permanents salariés ont également été dénombrées. Les missions poursuivies par les associations sont principalement orientées soit vers les questions de réinsertion sociale, soit vers les questions de santé.

TABLEAU 2 REPARTITION DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNALISEES EN FONCTION DE LEUR MISSION PRINCIPALE (2004)¹⁹⁶

Missions	Nombre
Mission de réinsertion sociale et d'hébergement	29
Mission de santé communautaire	5
Mission de santé	15
Mission de lutte en faveur des droits des femmes	9
Mission de lutte contre l'exclusion	8

¹⁹⁴ Ordonnance n° 60-1246 du 25 novembre 1960 et décret n° 60-1248 du 25 novembre 1960.

¹⁹⁵ En effet, un décret n° 76-256 du 15 juin 1976 permet aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) d'accueillir les personnes prostituées au titre de l'aide sociale lorsqu'elles ne disposent pas d'un revenu suffisant.

¹⁹⁶ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, op. cit., p. 21.

Les associations, professionnalisées ou militantes, divergent sur la place de la prostitution dans la société, la participation des membres de la communauté à ses instances ainsi que sur les objectifs, les méthodes et les principes d'intervention.

III.1.1 PLUSIEURS TRADITIONS ASSOCIATIVES AUX PARTICULARITES FORTEMENT AFFIRMEES

Jusqu'au début des années 1990, l'action associative en direction des personnes prostituées est le fait d'associations à dominante sociale, anciennes, bien implantées et mobilisées pour la réinsertion sociale et professionnelle des personnes prostituées. Les principales associations sont en majorité composées, soit de bénévoles militants, soit de travailleurs sociaux. Avec l'apparition du VIH/sida, des projets de santé communautaire voient le jour à Paris, puis dans certaines métropoles régionales, et sont rapidement soutenus au titre de la lutte contre le VIH par les pouvoirs publics à la toute fin des années 1980¹⁹⁷. Plusieurs associations proches des précédentes apparaissent au début des années 2000, en réponse à l'adoption de la LSI.

DES ASSOCIATIONS DE REINSERTION SOCIALE

L'essentiel de l'intervention sociale à destination des personnes en situation de prostitution est conduite par des organismes non gouvernementaux qui ont pour mission l'accueil, l'accompagnement et la réinsertion des personnes prostituées. Des disparités existent entre les associations.

La plus ancienne des associations est le Mouvement du Nid, né en 1937 à l'initiative du père André-Marie Talvas (1907-1992), prêtre lié au catholicisme social et ouvrier. Membre de la Fédération abolitionniste internationale (FAI), l'association lutte contre « les formes d'esclavage moderne au profit d'une société sans prostitution ». Elle entreprend de sensibiliser les pouvoirs publics, les professionnels impliqués et œuvre sur le terrain au plus près des personnes prostituées mais également des clients et des proxénètes. Particulièrement bien implantée et soutenue par les pouvoirs publics dans le département du Nord¹⁹⁸, l'association dispose d'un réseau national présent dans 32 départements ou régions françaises. L'organisation compte environ 250 militants actifs, 3 000 sympathisants et dispose de 19 salariés¹⁹⁹. Elle édite une revue trimestrielle, *Prostitution et Société*²⁰⁰.

Née d'une scission en 1971 avec le Mouvement du Nid, l'Amicale du Nid est une association laïque composée de professionnels du travail social²⁰¹. Sa mission consiste à développer le contact, la présence et l'accueil des personnes en situation de prostitution et de mettre en œuvre les moyens de leur réinsertion. L'association assure la gestion, au plan national, d'une quinzaine d'établissements (foyers, ateliers, services en milieu ouvert...) et compte environ 200 salariés, principalement des assistantes sociales et des éducateurs, répartis sur 8 sites dont 3 en région parisienne²⁰². Les deux associations « Amicale » et « Mouvement » sont classées comme des associations abolitionnistes mais elles se distinguent sur leur composition et leur mode d'intervention.

L'ALC (Accompagnement Lieu d'accueil) à Nice est la seconde grande association professionnalisée, spécialisée dans l'accueil et l'hébergement. Fondée en 1958, ALC crée un premier centre d'hébergement en 1962 et développe aujourd'hui son action à travers huit établissements dans la région de Nice. En 2002, ALC crée à titre expérimental, le dispositif national d'accueil des victimes de la traite des êtres humains : le réseau Ac-Sé. La contribution à la sécurité des personnes repose sur la confidentialité de leur lieu d'hébergement, l'accueil dans des structures non spécialisées et non identifiables en tant que telles, l'appui d'une équipe d'intervenants sociaux disposant d'une bonne connaissance à la fois des risques éventuels et des précautions à prendre, en capacité d'assurer un accueil rassurant.²⁰³

DES ASSOCIATIONS ISSUES DE LA COMMUNAUTE

Avec l'apparition de l'infection à VIH/sida, des associations de santé se développent peu à peu sous l'impulsion des personnes prostituées elles-mêmes. La perspective d'un retour de la réglementation sanitaire de la prostitution sous un mode contraignant a été un temps envisagée, en dépit des premières données épidémiologiques qui désamorcent

¹⁹⁷ Mathieu L., *Prostitution et sida, op.cit.*, p. 144.

¹⁹⁸ Pryn S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue, op.cit.*, pp. 64 sqq.

¹⁹⁹ Audition CNS.

²⁰⁰ <http://www.mouvementdunid.org/>

²⁰¹ Audition CNS.

²⁰² <http://www.amicaledunid.org/>

²⁰³ <http://www.association-alc.net/>

le lien entre transmission du VIH et prostitution. Mais les pouvoirs publics ont opté pour une solution alternative : la promotion des associations de santé communautaire naissantes.

Depuis la fin des années 1980, différentes stratégies ont été mises en œuvre dans les Etats européens pour lutter contre le VIH et les IST dans le milieu prostitutionnel²⁰⁴ : l'enregistrement et le ciblage des personnes prostituées dans une perspective réglementariste d'inspiration hygiéniste, la fourniture de services par les ONG existantes habituées à intervenir auprès des personnes prostituées, la promotion de la santé et de la prévention par les personnes prostituées dans le cadre d'associations paritaires²⁰⁵. Cette dernière stratégie a été adoptée en France au début des années 1990 en particulier sous la pression des personnes prostituées elles-mêmes. Ainsi, la prévention du VIH/sida en milieu prostitutionnel ne résulte ni d'une réglementation spécifique, ni de la reconversion d'ONG préexistantes mais de la création d'associations nouvelles et de la mobilisation de projets communautaires inédits.

Les nouvelles structures sont novatrices car paritaires : l'équipe associe les membres de la communauté aux actions de prévention et d'accès aux soins. A la différence de certaines associations de réinsertion, les associations de santé communautaire refusent de porter un jugement normatif sur la sexualité tarifée et visent, au contraire, à rendre ses conditions d'exercice les moins risquées possibles pour les personnes prostituées.

La première association de santé communautaire est le Bus des femmes, née en 1989 de la rencontre d'épidémiologistes du Centre européen de surveillance épidémiologique du sida (CESES) et de personnes issues de la prostitution exercée rue Saint-Denis à Paris et désireuses d'obtenir davantage d'informations sur le VIH/sida.²⁰⁶ Plusieurs travailleuses du sexe rejoignent l'association qui inaugure, en 1990, une action ambulatoire exemplaire. Un bus circule à travers différents lieux de prostitution d'Ile-de-France à la rencontre des personnes prostituées pour leur fournir un espace de rencontre, d'échange et d'information et leur offrir des outils de prévention. L'Association française de lutte contre le sida (AFLS) joue alors un rôle de premier plan et finance largement les appels à projets sur la question.

Par la suite, des associations de santé communautaire sont créées dans plusieurs grandes villes, dans les années 1990 et au tout début des années 2000, notamment Autres Regards à Marseille²⁰⁷, Cabiria à Lyon²⁰⁸, Entr'Actes-GPAL à Lille²⁰⁹, Grisélidis à Toulouse²¹⁰. Des associations en direction de publics qui rencontrent des difficultés spécifiques comme les transgenres apparaissent dans la décennie 1990²¹¹ ainsi que, plus tardivement, des programmes de santé non communautaires, principalement animés par l'association Médecins du Monde²¹². Ni la fermeture en 1994 de l'AFLS, ni la déconcentration accordant un rôle accru aux DDASS dans l'attribution des subventions, ne modifieront cette configuration.

La signature d'arrêtés municipaux relatifs à la prostitution et les discussions publiques autour de la LSI et de sa mise en œuvre ont largement contribué à renforcer la mobilisation des personnes prostituées elles-mêmes en faveur de leurs droits. Celle-ci a connu un précédent en 1975, et a pris, depuis 2002, différentes formes, avec l'organisation de manifestations de rue, la tenue d'Assises de la prostitution et la création d'associations de suivi des droits des personnes prostituées. Ces dernières se distinguent des associations de santé communautaire, lesquelles participent à l'animation de ces nouvelles associations.

Les associations de droits sont créées à l'initiative des personnes prostituées elles-mêmes pour protester contre l'incrimination de racolage et sa mise en œuvre par les pouvoirs publics, à l'image de France Prostitution, Hétaïra en Colère, spécifiquement implanté à l'Est de Paris, Les Putes en 2006²¹³ et, à partir de mars 2009, le Syndicat du travail sexuel (STRASS). Le STRASS promeut un statut professionnel susceptible de garantir aux travailleuses et

²⁰⁴ Mak R., « Projects for sex workers in Europe », *Genitourinary Medicine*, vol. 73, 1997, pp. 155 sq.

²⁰⁵ European project for AIDS prevention in prostitution (EUROPAP), *European intervention projects aids prevention for prostitutes*, Departement of Public Health, University of Gent, 1995.

²⁰⁶ <http://lesamisdubusdesfemmes.com/>

²⁰⁷ <http://www.autresregards.org/>

²⁰⁸ <http://cabiria.pagesperso-orange.fr/>

²⁰⁹ <http://www.entractes-gpal.org/>

²¹⁰ <http://www.griselidis.com/>

²¹¹ PASTT (Prévention, Action, Santé et Travail pour les Transgenres).

²¹² Ainsi le projet Lotus Bus de l'association Médecins du Monde effectue un travail depuis 2002 auprès des femmes chinoises migrantes se prostituant à Paris. Des projets ont également été développés à Nantes avec le Funambus, à Montpellier avec la mission mobile, à Poitiers avec la mission prostitution et à Rouen.

²¹³ Maîtresse Nikita, Schaffauser T., *Fières d'être putes*, Paris, L'Altiplano, 2007.

travailleurs du sexe la protection sociale, la retraite et l'accès à l'ensemble des droits.²¹⁴ Par ailleurs, plusieurs associations sont constituées par des militants féministes pro-sexes à l'image de Femmes publiques²¹⁵ et Femmes de droit/Droit des femmes qui regroupe, depuis 2003, des personnes prostituées et des chercheuses. Le collectif inter-associatif Droits et prostitution a été créé en 2002, avant la mise en œuvre de la LSI, afin de donner la parole aux personnes prostituées et de tenter d'inventorier les conséquences des différents dispositifs publics intéressant la prostitution.

III.1.2 LA NECESSAIRE DIVERSIFICATION DES MISSIONS EN FAVEUR D'UNE APPROCHE GLOBALE

Les associations de santé communautaire ont diversifié leurs missions, quelques années après leur création, pour mettre en œuvre une approche globale qui associe une intervention à caractère sanitaire à une intervention sociale. Les associations de tradition sociale se sont diversement engagées dans une action en faveur de l'accès à la prévention et aux soins. L'approche globale demeure pleinement justifiée au regard de la précarisation accrue des personnes prostituées sur les plans sanitaire (expositions aux IST/VIH, troubles psychologiques...), économique et social (absence de logement fixe, de protection sociale, situation irrégulière). Elle demeure, par ailleurs, largement reconnue et éprouvée, notamment pour lutter contre la transmission du VIH/sida.²¹⁶ L'approche globale repose sur des actions susceptibles de favoriser directement l'accès à la prévention et au traitement et, au travers de programmes structurels de contribuer à un environnement plus sécurisant pour les personnes prostituées, leur permettant ainsi d'être davantage réceptives aux pratiques sexuelles plus sûres et au contrôle du risque d'infection à VIH.²¹⁷

L'APPROCHE GLOBALE FONDEE SUR L'INTERVENTION DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTE

La majorité des associations de santé comprennent des personnes prostituées ou des personnes anciennement prostituées.²¹⁸ Ces dernières sont dans certains cas à l'origine même de la création de l'association. Elles sont présentes aussi bien au conseil d'administration de l'association que dans l'équipe salariée où elles peuvent exercer des fonctions d'encadrement, de la prévention de terrain, de la médiation culturelle ou poursuivre des recherches-actions. Certaines associations affichent une composition paritaire (personnes non prostituées et prostituées) au sein de leurs instances et de leurs différentes équipes de salariés. La mobilisation de membres de la communauté en faveur de la prévention doit permettre de faciliter la rencontre et l'accueil et de gagner la confiance des personnes prostituées, particulièrement les personnes isolées ou méfiantes à l'égard des organisations. Elle contribue, en outre, à consolider des liens de solidarité au sein de la communauté, liens mis à mal ces dernières années. L'engagement de la communauté a un impact avéré sur les pratiques de prévention et la lutte contre le VIH/sida et les IST.²¹⁹

Plusieurs types d'actions sont mis en œuvre par les associations communautaires. Celles-ci partent à la rencontre des personnes prostituées sur le lieu même d'exercice de leur activité (*outreach*) pour mener à bien des actions de prévention. Elles fournissent de l'information sur le VIH/sida et les IST, sur le dépistage et le traitement post-exposition et peuvent organiser des groupes de discussion. Elles assurent la distribution de matériel de prévention : préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant, digues dentaires, lingettes antiseptiques, matériel de réduction des risques pour les usagères et usagers de drogues (kits d'injection et kits de sniff). Les associations assurent également un ensemble de services de jour, l'accueil et l'assistance et le suivi notamment médical (contraceptif, nutritionnel), psychologique mais également juridique, social, culturel et linguistique afin de permettre aux personnes prostituées d'acquiescer une stabilité et de se réapproprier leurs droits (*empowerment*). L'accompagnement des personnes dans un établissement de soins, chez un avocat, dans les structures de police ou de justice est également courant, les représentants de l'association assurant directement, faute de services disponibles, la traduction linguistique en faveur des personnes migrantes, notamment chinoises, hispanophones et lusophones. En

²¹⁴ <http://www.strass-syndicat.org/>

²¹⁵ La première réunion a eu lieu en décembre 2002 et les statuts ont été déposés en mars 2003. Deschamps C., « Mobilisation parisienne des prostitué(e)s », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 92.

²¹⁶ Vuylsteke B. *et al.*, « Preventing HIV among sex workers » in Mayer K. H., Pizer H. F. (dir.) *HIV Prevention, op.cit.*, pp. 385 *sqq.* La conférence internationale de lutte contre le VIH/sida à Vienne en 2010 a été l'occasion de rappeler que de nombreuses études ont démontré l'utilité des programmes fondés sur une approche globale pour réduire la transmission du VIH/sida et augmenter le recours au dépistage et l'utilisation du préservatif. Des programmes soutenant une approche globale ont montré des bénéfices avérés, en particulier en Asie Centrale, en Ukraine et en Inde.

²¹⁷ Voir par exemple : Busza J., « How Does 'Risk Group' Perceive Risk? Voices of Vietnamese Sex Workers in Cambodia » in Parsons J. T. (dir.), *Contemporary Research on Sex Work*, vol. 17, n°1/2, 2005, pp. 65 *sq.*

²¹⁸ Rekart M.L., « Sex-work harm reduction », *Lancet*, vol. 366, n° 9503, pp. 2123 *sqq.*, 2005.

²¹⁹ Voir, par exemple, Halli, S.S. *et al.*, « The role of collectives in STI and HIV/AIDS prevention among female sex workers in Karnataka, India », *AIDS Care*, vol. 18, n° 7, 2006, pp. 739 *sqq.*

dehors de la nécessaire médiation culturelle et linguistique, les associations doivent répondre à la forte précarité des personnes prostituées en proposant des services extrêmement variés, voir dans certains cas, une domiciliation administrative, un hébergement d'urgence, la fourniture d'un repas, le règlement d'un dossier de surendettement, la traduction d'un document administratif.²²⁰

En plus de l'ensemble de ces missions, les associations communautaires conduisent des recherches-actions sur des questions spécifiques intéressant les personnes prostituées ou auprès de publics spécifiques. Ainsi, des travaux sont actuellement menés sur la prostitution sur internet, la prostitution indoor plus généralement, la prostitution et le VIH en Guadeloupe, la prostitution masculine, la prostitution et l'usage de drogues.

Les associations répondent donc à des demandes de nature très diverses, des demandes ponctuelles de visiteurs occasionnels ou réguliers, des urgences et des demandes de suivi. Elles garantissent une offre continue en termes d'accueil, d'information sur le VIH, les IST et les hépatites, de distribution de matériel de prévention, de dépistage, d'orientation en santé primaire, de suivi des droits sociaux.

L'INEGALE DIVERSIFICATION DES MISSIONS DES ASSOCIATIONS DE TRADITION SOCIALE

En dépit de la spécificité de leur mission statutaire originelle, certaines associations de tradition sociale ont également diversifié leur activité pour répondre à l'évolution des besoins rencontrés par les populations. Ainsi, une dizaine d'années après la découverte du VIH/sida, plusieurs associations d'accueil, d'hébergement et de réinsertion ont mis en place des actions de prévention du VIH/sida, des IST et des hépatites, notamment pour répondre à la demande des personnes prostituées elles-mêmes.²²¹ En 1995, l'Amicale du Nid a adopté un dispositif proche des Amis du Bus des femmes et circule ainsi à bord d'un bus pour mener des tournées de prévention. Plusieurs associations spécialisées dans l'intervention sociale assurent ainsi la fourniture de matériel de prévention dans des proportions variables²²² et mènent des entretiens avec les personnes prostituées, en partenariat avec des associations de santé ou de santé communautaire, au cours desquels la question de la prévention et du dépistage du VIH/sida et des IST sont abordés.

En outre, certaines associations d'accueil, d'hébergement et de réinsertion recommandent une approche plus transversale et développent des programmes spécifiquement sanitaires à l'instar de l'action Intermède menée par l'Amicale du Nid. L'objectif du projet vise la prévention du VIH/sida et des IST et l'établissement de liens de confiance avec les personnes prostituées. Un travail de rue, notamment à l'aide d'un bus et une permanence téléphonique sont assurés. A la différence des associations de santé communautaire, Intermède ne mobilise par les personnes prostituées pour réaliser le travail de prévention, mais s'appuie sur une équipe mixte infirmière-travailleur social.

Il est difficile d'évaluer précisément la nature des actions de prévention menées par les associations de tradition sociale et leur importance. Certaines de ces associations ne poursuivent aucune stratégie claire en matière de prévention du VIH/sida et des IST. Ainsi, le Mouvement du Nid ne procède pas à la distribution de préservatifs mais en offre uniquement à la demande des personnes prostituées rencontrées.²²³ Des difficultés spécifiques liées à la formation des travailleurs sociaux aux problématiques de santé peuvent être rencontrées. La diversification des missions, qui résulte également de la logique concurrentielle développée entre les organismes²²⁴, rencontre également des limites liées aux doctrines des associations et/ou aux ressources financières limitées.

III.2 DES COOPÉRATIONS INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES, UNE ABSENCE DE STRATÉGIE À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

Les services fournis aux personnes prostituées sont limités à l'échelle du territoire. Les associations qui souscrivent à l'approche globale sont implantées dans les grandes agglomérations et n'ont pas les moyens, en dépit de l'extension croissante de leur périmètre d'intervention, de couvrir l'ensemble du territoire et l'ensemble des formes de prostitution. La fourniture de services à Paris est satisfaisante mais les dispositifs peinent à être davantage étendus sur une grande échelle, en particulier dans de nombreuses régions. Les pouvoirs publics n'ont pas mis en

²²⁰ Auditions CNS et rapports des associations de santé et de santé communautaire.

²²¹ Auditions CNS.

²²² En 2008, ALC a par exemple distribué 60 000 préservatifs : ALC, *Rapport d'activité*, 2008.

²²³ Auditions CNS.

²²⁴ Mathieu L., *Prostitution et sida, op.cit.*, p. 235.

œuvre de stratégies spécifiques en faveur de l'accès aux soins et à la prévention alors qu'une mobilisation plus conséquente a été engagée sur les questions sociales.

III.2.1 DES COOPERATIONS INSUFFISAMMENT DEVELOPPEES

Les coopérations entre les associations et les différentes instances privées ou publiques doivent permettre d'améliorer la fourniture des services aux personnes prostituées au-delà des grandes agglomérations mais également d'intervenir favorablement sur l'environnement des personnes prostituées. En dépit de leurs mérites, les coopérations demeurent limitées.

DES COOPERATIONS PEU NOMBREUSES ENTRE LES ASSOCIATIONS

En raison de leurs principes éthiques souvent antagonistes, les relations entre les associations de santé communautaire et les associations d'hébergement et de réinsertion des personnes prostituées sont complexes. Les principaux désaccords se cristallisent autour du statut voulu par les personnes prostituées. Elles contrarient la mise en place de réseaux d'actions dans les grandes métropoles.

La création des associations de santé communautaires témoigne des relations difficiles entretenues entre les organismes venant en aide aux personnes prostituées, notamment à Lyon et Lille. Ainsi à Lyon, l'association de santé communautaire locale doit acquérir son indépendance à l'égard de l'Amicale du Nid pour se développer²²⁵. Les associations lilloises rencontrent une situation comparable. Le Groupement de prévention et d'action lilloise (GPAL), une association tournée vers la prévention a tenté de mener un travail commun avec le Mouvement du Nid très présent à Lille. L'impossibilité de poursuivre une coopération a conduit le GPAL à se tourner vers l'antenne lilloise de l'association Aides. La création quelques années plus tard de l'association Entr'Actes entérine cet éloignement du Mouvement du Nid et vise à la démarquer nettement des approches suivies par le Mouvement du Nid.

Des tensions comparables se manifestent aujourd'hui. Certaines associations de réinsertion déclarent préférer des partenariats avec des associations de santé communautaire étrangères en raison de la persistance de clivages avec les associations françaises.²²⁶ Les associations de santé communautaire demeurent très méfiantes à l'égard des méthodes des associations de réinsertion. Ainsi, l'étude ProSanté²²⁷, conduite par la Fédération nationale d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) sur la santé des personnes en situation de prostitution²²⁸, ne bénéficie pas du soutien des associations de santé et de santé communautaire. Réalisée dans une vingtaine de structures d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale, ainsi que dans des CDAG et CIDDIST répartis sur l'ensemble du territoire national, l'étude doit permettre d'améliorer la connaissance sur l'état de santé des personnes prostituées et d'identifier les freins qui s'opposent à l'accès réel aux droits et aux soins. Les associations de santé communautaire n'ont pas été associées ou n'ont pas souhaité s'associer, car elles n'ont pas été impliquées dans la préparation et/ou l'administration du questionnaire, qui n'a pas été assuré de manière communautaire et comporterait des biais importants.²²⁹ En outre, ces associations disposent déjà de nombreuses données dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à présent par les pouvoirs publics.

DES COOPERATIONS PUBLICS/PRIVES TRES LIMITEES

Des coopérations avec des structures publiques sont également envisagées en nombre limité par les associations afin d'intervenir favorablement sur l'environnement des personnes prostituées. Une convention de partenariat a notamment été signée entre une structure de soin, l'hôpital Ambroise Paré et une association d'accueil de personnes transgenres, le PASST, afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes transgenres. Mais dans l'ensemble, les partenariats demeurent peu nombreux. Par ailleurs, les coopérations entre les associations et les services de police sont extrêmement limitées et ne permettent pas aux associations d'améliorer leurs interventions.

²²⁵ En 1994, l'Amicale du Nid avait commandé une recherche-action sur les nouveaux territoires de la prostitution sous la conduite de Daniel Welzer-Lang. Le rapport, qui comportait un volet relatif à la lutte contre le VIH/sida, préconisait la mise en place d'un lieu d'accueil mobile. A la suite de la remise du rapport, l'Amicale du Nid a créé l'association Cabiria afin de prendre en compte le nouveau dispositif et d'intégrer de nouveaux partenaires associatifs et institutionnels en soutien. Des désaccords sont ensuite apparus entre les nouveaux membres de Cabiria et ceux de l'Amicale du Nid autour de la question de la participation des personnes prostituées aux dispositifs de prévention : Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, 2006, *op.cit.*, p. 202.

²²⁶ Auditions CNS.

²²⁷ FNARS/InVS, *Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution*.

²²⁸ Auditions CNS.

²²⁹ Auditions CNS.

III.2.2 UNE ABSENCE DE STRATEGIES A L'ECHELLE DU TERRITOIRE

Les associations de santé et de santé communautaire ne bénéficient pas d'un engagement financier ambitieux de la part des pouvoirs publics. Elles disposent de financements variables et limités selon la région et doivent mobiliser de nombreux bailleurs privés et publics. Les associations qui entreprennent en majorité des programmes sociaux apparaissent en revanche très nettement favorisées.

UN FINANCEMENT COMPLEXE ET INSUFFISANT EN FAVEUR DES ASSOCIATIONS DE SANTE

Les associations de soutien aux personnes prostituées font face depuis quelques années à un accroissement de leur charge de travail. Le déplacement des personnes prostituées vers des territoires périphériques a entraîné un allongement des tournées de bus de nuit. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux droits ou dans les relations avec les forces de police ont nécessité, pour les associations de santé et de santé communautaire en particulier, le renforcement de certaines compétences, notamment en matière sociale ou de médiation. Les associations témoignent de la faiblesse structurelle de certains postes clés, comme la formation et de la difficulté de maintenir leurs effectifs sans recourir aux licenciements ou de procéder à l'embauche d'agents de prévention, en particulier membres de la communauté.²³⁰

Les ressources des associations de santé et de santé communautaire qui œuvrent en faveur d'une approche globale ne sont ni suffisantes, ni pérennes. En dépit de l'extension et de la complexification des missions associatives, les moyens financiers mis à la disposition des associations par l'Etat et ses services déconcentrés sont restés stables et, dans certains cas et lors de certains exercices budgétaires, ont pu diminuer, voire être supprimés.

Les associations de santé et de santé communautaire bénéficient au premier chef des crédits de la mission « Santé » de l'Etat servis par les groupements régionaux de santé publique (GRSP) puis, aujourd'hui, par les Agences régionales de santé (ARS). Les crédits sont principalement alloués au titre de la lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites inscrites à l'action 13 du programme 204 en faveur de la prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins. Des crédits représentant une part extrêmement limitée du budget des associations sont par ailleurs versés au titre de la santé des populations en difficulté, dans le cadre des PRAPS, des actions contre la violence et des actions relatives à la santé de la mère et de l'enfant avec l'accès à la contraception. Ces crédits sont inscrits à l'action 12 du programme 204 en faveur de l'accès à la santé et de l'éducation à la santé. Il a été fait état d'une baisse des crédits attribués par les GRSP en moyenne de l'ordre de 20%.²³¹

Les associations de santé et de santé communautaire peuvent bénéficier des crédits alloués par d'autres missions afin de financer les actions menées au titre de leur approche globale. Les missions « Ville et logement », « Solidarité, insertion et égalité des chances » et « Sport, jeunesse et vie associative » sont sollicitées. Les crédits alloués sont extrêmement limités et représentent une part marginale du budget des associations de santé communautaire. Par ailleurs, des crédits attribués au titre de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » sont depuis plusieurs années, soit en diminution régulière, soit non renouvelés pour un exercice budgétaire, soit systématiquement refusés.²³²

Les missions à dominante sociale poursuivies par les associations de santé et de santé communautaire ne sont pas toujours reconnues au plan local par les directions départementales de l'action sociale (DDASS) et ne semblent pas l'être aujourd'hui par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) appelées à prendre leur succession. Plusieurs DDCS ne souhaitent pas entamer ou poursuivre de partenariats avec les associations de santé ou de santé communautaire. Dans certains cas, elles entendent conserver un partenariat unique avec l'association locale traditionnellement compétente pour l'accueil et l'insertion sociale, dans d'autres, elles préfèrent privilégier une action orientée vers la réinsertion sociale alors que les associations de santé et de santé communautaire privilégient le plus souvent une action d'accès aux droits sociaux. A ce propos, le Conseil national du sida regrette de n'avoir pu auditionner la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en dépit de plusieurs invitations adressées à son directeur.

Pour compenser la faiblesse des financements de l'Etat, les associations s'appuient largement sur des crédits privés, notamment ceux de Sidaction. La part du financement privé a pu atteindre, pendant de nombreuses années,

²³⁰ Auditions CNS.

²³¹ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

²³² Auditions CNS.

plus de la moitié du budget de ces associations. Aujourd'hui, les fonds privés alloués peuvent représenter de 30 à 40% du budget annuel des associations²³³.

Les associations sont par ailleurs contraintes de recourir à de nombreuses sources de financement supplétives le plus souvent fluctuantes et ne comptent, en moyenne, pas moins d'une dizaine à une quinzaine de bailleurs pour les principales d'entre elles. Les collectivités territoriales, les fonds structurels européens et l'assurance maladie participent au financement des associations de santé et de santé communautaire. Aussi, ces dernières se voient contraintes de consacrer une part significative de leur temps et de leur budget à la gestion et au suivi de leurs financements, soit plus d'un équivalent temps plein (ETP) en charge de la préparation et du suivi des demandes de financement²³⁴. A l'exception de la subvention versée par Sidaction, liée à une convention biannuelle, l'ensemble des subventions sont versées pour une année unique.

Par ailleurs, il semble que les dotations de l'INPES en matériel de prévention soient insuffisantes quantitativement, mais également qualitativement. En effet, plusieurs associations, notamment franciliennes, ont déploré des lots de préservatifs défectueux distribués ces dernières années.²³⁵ Selon l'INPES, le budget consacré à l'achat de matériel de prévention a augmenté ces dernières années et l'agence fournit du matériel de prévention « en vrac », c'est-à-dire sans mode d'emploi, avec un emballage allégé, mais en bon état. Le matériel est ainsi moins cher à l'achat et permet, selon l'INPES, de ne pas limiter les quantités.

UN SOUTIEN DESEQUILIBRE AU DETRIMENT DE L'APPROCHE GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE

Les pouvoirs publics ont choisi de porter l'effort financier sur l'action sociale en direction des personnes prostituées et en particulier au profit des dispositifs d'hébergement d'urgence, d'insertion sociale et professionnelle et de prévention de la prostitution. Ainsi, selon la seule évaluation disponible, pour l'année 2004, les crédits consacrés à l'action sociale dépassent les 10 millions d'euros : plus de 6,7 millions de crédits cumulés au niveau déconcentré, plus de 360 000 euros au niveau national au titre de la mission politique en faveur de l'inclusion sociale de la LOLF²³⁶, auxquels s'ajoutent 3,55 millions d'euros de crédits pour la dotation globale des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dont sept structures spécialisées, sous statut de CHRS, qui accueillent des personnes prostituées ou des personnes ayant choisi de cesser l'activité de prostitution.

En regard de ces crédits conséquents dédiés à l'action sociale, au profit de files actives relativement modestes s'agissant de certaines associations, les crédits de la mission santé paraissent très faibles. Ainsi, environ 1,5 million d'euros ont été délégués en 2004 au titre de la lutte contre le VIH/IST/hépatites en milieu prostitutionnel par les services centraux et déconcentrés de l'Etat.²³⁷ Une trentaine de projets ont été financés mais il existe de fortes disparités régionales concernant l'importance des projets et des crédits. Il apparaît souhaitable d'assurer un rééquilibrage du financement au profit d'un soutien accru et pérenne aux associations de santé et de santé communautaire qui ont fait la preuve de leur utilité et de leur efficacité.

L'avis du Conseil national du sida s'appuie sur une observation de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées, des politiques et des dispositifs de soutien les intéressant. Les situations locales et les politiques menées par les acteurs publics et privés n'ont pas été évaluées dans le détail. De même, les différentes évolutions, actuelles ou à venir, de l'environnement institutionnel local et régional, notamment la nouvelle organisation de santé et les réformes envisagées des CIDDIST et des CDAG, la création, à titre expérimental de centres de santé sexuelle²³⁸, n'ont pas été abordées directement par le Conseil. Une réflexion de premier plan doit pourtant être encouragée pour garantir une meilleure offre de services et limiter les disparités à l'échelle des territoires.

²³³ Auditions CNS.

²³⁴ Auditions CNS.

²³⁵ Auditions CNS.

²³⁶ Chapitre 4681, articles 10 et 20.

²³⁷ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, op. cit., p. 40.

²³⁸ Jourdain Menninnger D., Lecoq G., *Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)*, Inspection générale des affaires sociales, août 2010, p. 7.

La réflexion du Conseil ne s'est pas étendue sur les réglementations étrangères, en particulier dans l'Union européenne. Les législations demeurent très disparates d'un pays à l'autre. Tandis que de nombreux Etats pénalisent la prostitution, ou le recours à la prostitution, à travers l'incrimination des clients, ou en limitant les zones et les heures d'activité, d'autres Etats incitent l'inscription des personnes prostituées sur un registre tenu par les autorités sanitaires. Enfin, quelques Etats accordent directement des droits aux personnes prostituées comparables à ceux accordés à d'autres professions avec la garantie d'un statut. La mise en œuvre de règles communes à l'ensemble des Etats de l'Union européenne n'est aujourd'hui pas à l'ordre du jour. L'Union européenne a pourtant promu une réglementation commune en matière de lutte contre la traite des êtres humains. Des droits, transcrits dans les législations nationales, sont notamment garantis aux personnes victimes. Il apparaît souhaitable que l'Union européenne, à partir d'une évaluation raisonnée des politiques nationales relatives à la prostitution, prescrive la garantie effective des droits fondamentaux et, partant, l'égal accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes prostituées.

RECOMMANDATIONS

Les personnes prostituées sont soumises à un environnement extrêmement défavorable qui constitue une entrave à tout travail de prévention et un frein indéniable à l'accès aux soins. Le Conseil national du sida appelle de ses vœux **une action de premier plan** pour compenser le retard pris par la France dans l'accompagnement, le suivi et la garantie des droits des personnes prostituées et ceci afin de leur rendre une visibilité et de leur garantir l'accès effectif à la prévention et aux soins.

Au même titre que d'autres populations vulnérables particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH/sida et les IST, les personnes prostituées doivent bénéficier d'une attention et de dispositifs spécifiques dans le cadre des programmes pluriannuels de lutte contre les maladies infectieuses. Les personnes doivent se voir garantir un ensemble de **droits identiques à ceux de la population** et reconnaître une **compétence spécifique en matière de prévention**. Les personnes prostituées ont démontré leur rôle majeur dans la prévention et l'accès aux soins et doivent rester les principales animatrices et/ou les partenaires privilégiés des programmes de santé.

Le Conseil présente ses recommandations autour de **cinq principes incontournables de la lutte contre le VIH/sida** : la mise en cohérence des politiques publiques, le renforcement des droits, l'amélioration des connaissances, la promotion d'une approche globale et le soutien aux démarches communautaires. L'objectif est de garantir **un accès universel et inconditionnel** à un ensemble de services sur l'ensemble du territoire : prévention, dépistage, accès aux soins, accès aux prestations sociales, accès à la connaissance.

RENFORCER LES DROITS

Les personnes prostituées doivent accéder aux mêmes droits que ceux garantis à l'ensemble de la population.

Le Conseil demande que **l'ensemble des droits** soient garantis aux personnes prostituées en matière **de soins, de protection sociale, de séjour et de logement**.

Le Conseil recommande de **revoir les dispositions de la loi pour la sécurité intérieure sur le racolage**. L'application du droit commun relatif aux atteintes à la tranquillité et à la moralité publiques peut s'avérer suffisante et justifier l'abandon du délit de racolage, source de discriminations.

Le Conseil souhaite **une évaluation spécifique de la mise en œuvre du délit d'aide, d'assistance et de protection de la prostitution d'autrui**. Cette évaluation doit permettre de connaître l'impact de la disposition au regard de la répression du proxénétisme et de la préservation des droits et de la stabilité du logement des personnes prostituées.

Le Conseil demande **la garantie de droits inconditionnels au bénéfice des personnes prostituées victimes de l'exploitation et de la traite des êtres humains**, quelle que soit leur situation au regard du séjour. A cet égard, le Conseil recommande la prise en compte de l'avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (2009).

Le Conseil rappelle que **la poursuite de l'activité de prostitution ne doit pas constituer un motif de refus** de délivrance de titre de séjour dès lors que la personne a droit à un autre titre de séjour.

ASSURER LA COHERENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Une nouvelle gouvernance doit être mise en œuvre et reposer sur une mobilisation politique nationale et locale de premier plan et une coopération suivie et renforcée entre l'ensemble des acteurs.

Le Conseil recommande une initiative de haut niveau au bénéfice des personnes prostituées. **La tenue d'une conférence nationale, placée sous la responsabilité du ministre en charge de la santé**, en présence de l'ensemble des acteurs publics, y compris des autres ministères concernés, des représentants des associations et des membres de la communauté compétents sur la question de la santé devrait être envisagée sans délai.

La Conférence nationale doit examiner **le renforcement attendu des programmes de santé et de santé communautaire** au bénéfice des personnes prostituées.

Le Conseil juge également nécessaire la mise sur agenda **de réunions interministérielles et l'adoption d'une circulaire, cosignée par l'ensemble des ministres compétents**, relative à l'application dans

chaque région des droits, de l'accès aux soins et à la prévention des personnes prostituées. Le Conseil note que la proposition d'une circulaire interministérielle a été présentée dans le programme national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 sans avoir été mise en œuvre.

A titre complémentaire, le Conseil recommande **le recrutement d'un coordinateur national « santé des personnes prostituées » au sein de la direction générale de la santé (DGS)**, chargé de coordonner l'évaluation de l'action publique, de consolider la mise en réseau des associations et de défendre, au plan sectoriel en lien avec les agences régionales de santé (ARS) et interministériel, sur la base d'une connaissance fine du terrain, les problématiques rencontrées par les personnes prostituées en terme d'accès aux soins et de prévention.

PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE

L'approche globale doit répondre à l'ensemble des besoins indispensables des personnes prostituées.

Le Conseil souhaite la garantie **des services adaptés offerts sur l'ensemble du territoire**, y compris aux populations difficilement accessibles ou isolées : *counselling*, fourniture de matériel de prévention diversifié, de bonne qualité et en quantité suffisante, accès effectif au dépistage, au traitement post-exposition (TPE), à la prise en charge des IST, aux soins de santé primaires, aux services de santé sexuelle, à la réduction des risques, aux droits sociaux et à la médiation culturelle.

En dehors de la prévention des infections, le Conseil invite les pouvoirs publics à améliorer significativement l'accès aux soins des personnes prostituées, en particulier le **suivi psychologique, le suivi gynécologique et l'accès à la vaccination**.

L'approche globale doit être garantie **par la dotation de financements pérennes et assurée par des organisations du secteur privé en partenariat avec des structures publiques, notamment CDAG, CIDDIST, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les centres de vaccination**. Les centres de santé sexuelle envisagés à titre expérimental constitueraient une bonne opportunité pour développer la prise en charge globale.

Le recours au travail hors les murs, en particulier pour favoriser le recours au dépistage, **doit être significativement renforcé**.

SOUTENIR LES DEMARCHES COMMUNAUTAIRES

Les personnes prostituées jouent un rôle déterminant dans les actions de prévention.

Le Conseil recommande le renforcement **des actions communautaires destinées à favoriser l'auto-organisation des personnes prostituées et à répondre, au plus près de leurs préoccupations, à l'ensemble de leurs besoins**.

Les programmes communautaires doivent particulièrement s'adresser aux **populations traditionnellement moins bénéficiaires des actions de proximité** : escorts, masseuses, personnes prostituées « en tour » et aux populations qui rencontrent des besoins spécifiques, comme **les personnes migrantes et les personnes transgenres**.

Les programmes communautaires sont assurés par des personnes prostituées et peuvent poursuivre plusieurs missions, de prévention, de médiation ou de formation. Les personnes issues de la communauté peuvent faciliter l'accès aux soins, à la prévention et aux droits de leurs pairs et contribuer à la sensibilisation de l'ensemble des intervenants auprès des personnes prostituées, en particulier les médecins, les médecins-urgentistes, les travailleurs sociaux, notamment présents dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les forces de police et de gendarmerie compétentes.

Pour assurer ces missions, les personnes concernées doivent **bénéficier d'une formation** adaptée et des postes d'agents de médiation de prévention et de formation au sein des organisations non gouvernementales compétentes doivent être ouverts.

AMELIORER LA CONNAISSANCE

Les connaissances doivent être promues au bénéfice des personnes prostituées dans un cadre local.

Le Conseil national du sida recommande **d'augmenter les crédits consacrés aux recherches-actions** réalisées dans le cadre des associations de santé, de santé communautaire et de réinsertion sociale et de leurs antennes territoriales en faveur des personnes prostituées **en vue d'une meilleure connaissance en particulier des formes de prostitution les moins visibles.**

Les enquêtes menées à une échelle locale, **conduites par des interlocuteurs clairement identifiés et/ou reconnus par les personnes prostituées** dans une perspective notamment qualitative, doivent être privilégiées afin de bénéficier de toute la confiance et de l'engagement des personnes concernées.

Afin d'agréger l'ensemble des études et d'identifier les enjeux, le Conseil recommande **la réalisation d'une synthèse nationale annuelle des données produites par l'ensemble des organisations non gouvernementales et des organismes de recherche** intervenant sur la question de la prostitution. La synthèse s'attachera notamment à préciser l'impact de l'action publique relative à la prostitution.

ANNEXE : HISTOIRE DE L'ACTION PUBLIQUE RELATIVE A LA PROSTITUTION

Historiquement, le règlementarisme français a reposé sur des dispositifs de surveillance sanitaire des personnes prostituées et, dans une moindre mesure des établissements spécialisés ainsi que sur des dispositifs coercitifs mis en œuvre par l'autorité administrative. Plusieurs lois et règlements, adoptés au lendemain de la seconde guerre mondiale, puis au début des années soixante, ont remis en cause, progressivement, la réglementation française et se sont inscrits dans le cadre abolitionniste. Les législations contemporaines s'inscrivent dans ce cadre mais œuvrent en priorité en faveur de l'ordre public.

UN REGLEMENTARISME SANITAIRE COERCITIF

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre progressivement, depuis la fin du XVIII^e siècle une réglementation dérogatoire au droit commun pour contrôler la sexualité tarifée. Initié au cours du Directoire, le règlementarisme français apparaît au XIX^e siècle comme le modèle le plus contraignant d'Europe, il est alors largement diffusé sous le nom de « système français ». Les autorités politiques exercent une surveillance sanitaire de la prostitution afin de répondre à la progression de la syphilis, les personnes prostituées sont alors réputées transmettre les infections²³⁹ et bénéficient d'une attention particulière de la part du corps médical, particulièrement au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle.

En vertu de textes ou d'interprétations de textes datant de l'Ancien Régime, de lois révolutionnaires et de lois votées sous la Monarchie de Juillet, les personnes prostituées sont soumises à régime exorbitant du droit commun et doivent s'acquitter d'une série d'obligations sanctionnées par l'autorité administrative²⁴⁰, sous la responsabilité du Préfet de police de Paris ou des maires des grandes villes en province. Les personnes souhaitant exercer la prostitution doivent notamment se faire enregistrer sur des registres municipaux et se soumettre à des contrôles gynécologiques réguliers en fonction desquels leur est accordée ou refusée la pratique de l'activité. Le médecin a l'obligation de déclarer tout nouveau malade et le patient doit signer une information selon laquelle un emprisonnement de trois ans frappe celui qui infecte ou expose à l'infection une autre personne.

Outre la lutte contre les maladies vénériennes, les pouvoirs publics souhaitent supprimer les manifestations publiques les plus visibles de la prostitution. Cet objectif passe par la stricte délimitation des lieux dans lesquels le commerce du sexe est autorisé ou interdit. Ainsi, l'activité est progressivement tolérée uniquement dans les maisons closes dont les sorties sont limitées et l'organisation strictement encadrée. Les établissements ne doivent pas être situés à proximité d'écoles ou de lieux de culte, leurs fenêtres doivent être munies de barreaux et de verres dépolis²⁴¹. Les bénéfices de cette réglementation demeurent relativement décevants. Le règlementarisme ne parvient pas à enrayer la transmission des IST et se heurte aux résistances des coordinations professionnelles qui tirent avantage de la prostitution. Les amicales d'hôteliers s'opposent ainsi à toute entrave de l'exercice de la prostitution dans les maisons publiques.

Malgré des résultats modestes, la réglementation sanitaire de la prostitution se renforce jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale et se trouve davantage contrôlé par l'autorité médicale. Le décret du 29 novembre 1939²⁴² relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes 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 prostituées qui refusent la visite médicale s'exposent à une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois mois. Le contrôle de la réglementation est assuré par une autorité sanitaire - un inspecteur sanitaire, ou tout autre médecin spécialiste nommé par le ministre de la Santé publique. Par ailleurs, le décret institue un délit de tentative de racolage puni d'une contravention de troisième catégorie.

UN NOUVEAU CADRE D'ACTION PUBLIQUE : VERS L'ABOLITIONNISME

La France s'est engagée en 1960, avec la ratification de la Convention de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, dans la remise en cause des réglementations sanitaires

²³⁹ L'association entre la prostitution et les maladies vénériennes rencontre un succès dans les sciences médicales depuis le milieu du XIX^e siècle. Voir Maugère A., *Les politiques de la prostitution, du Moyen-Âge au XXI^e siècle*, op.cit., pp. 93 sqq. Sur une période plus récente, voir Pheterson, G., *Le prisme de la prostitution*, op.cit., pp. 49 sqq.

²⁴⁰ Berlière J.-M., *La police des mœurs sous la III^e République*, Paris, Seuil, 1992.

²⁴¹ Corbin A., *Les filles de noces. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, op.cit.

²⁴² JORF du 07/12/1939 p. 13748.

contraignantes encadrant la prostitution.²⁴³ La sexualité tarifée devient une activité totalement privée, les préoccupations sanitaires sont abandonnées, les IST ne donnent plus lieu à une surveillance spécifique. La prostitution est désormais jugée incompatible avec la dignité et la valeur de l'être humain et les personnes prostituées acquièrent peu à peu le statut de personnes inadaptées, puis de victimes. Sous la III^e République puis sous la IV^e République, différentes lois annoncent l'abandon progressif des règles encadrant la prostitution. La lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains et, plus tardivement, la réinsertion sociale des personnes prostituées deviennent des objectifs exclusifs qui doivent permettre d'envisager, à terme, la disparition de la prostitution.

Les parlementaires affichent progressivement, dès la fin du XIX^e siècle, la volonté de lutter contre certaines formes de prostitution, la prostitution d'autrui sur la voie publique, la prostitution d'autrui contrainte et la prostitution des mineurs. Une loi relative à la récidive datant de 1885 pénalise la prostitution d'autrui sur la voie publique et prévoit l'application des peines édictées contre le vagabondage²⁴⁴. Par ailleurs, dans un contexte marqué par la lutte contre la « traite des blanches »²⁴⁵ et le trafic du commerce sexuel abordé dans le cadre de conférences internationales, le Parlement adopte, en 1903, une loi pénalisant la prostitution d'autrui exercée sous la contrainte, y compris dans une « maison de débauche »²⁴⁶. Enfin, une dernière loi de 1908 concerne la prostitution des mineurs et prévoit, à l'initiative de l'autorité judiciaire civile, des possibilités d'internement, difficilement appliquées en l'absence de structures d'accueil *ad hoc*.

La lutte contre différentes formes de prostitution et de prostitution d'autrui se poursuit après la seconde guerre mondiale. La loi du 13 avril 1946, dite loi Marthe Richard, est emblématique de cette orientation²⁴⁷. La loi supprime l'inscription des prostituées sur les registres spéciaux de la police, elle instaure des pénalités de l'infraction de racolage, interdit les relations contractuelles des prostituées dans l'intérêt de leur activité et crée des établissements de rééducation et de réinsertion des prostituées. Une loi complémentaire du 24 avril 1946 institue un fichier sanitaire et social des personnes prostituées. Le réglementarisme sera poursuivi dans les deux premières décennies d'après guerre²⁴⁸ avant d'être abandonné en 1960. Au moment de sa suppression, le fichier sanitaire et social assurait la surveillance de 30 000 personnes prostituées.

Depuis l'adoption de la loi Marthe Richard, plusieurs évolutions sont intervenues. Dans un premier temps, la définition du racolage est précisée. L'ordonnance du 23 décembre 1958 abroge les dispositions de la loi du 13 avril 1946 et prévoit deux contraventions réprimant respectivement le racolage²⁴⁹ et l'attitude indécente sur la voie publique.²⁵⁰ Cette dernière infraction a reçu le nom de racolage « passif ». Ensuite, la répression du proxénétisme est accrue, conformément aux engagements internationaux de la France et la répression du racolage est renforcée. Deux lois de juillet 1960 autorisent le gouvernement à ratifier la Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1949²⁵¹, et à prendre les mesures nécessaires pour lutter contre le proxénétisme²⁵².

²⁴³ La 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, et entrée en vigueur le 25 juillet 1951 <http://www2.ohchr.org/french/law/exploitation.htmr>, a été ratifiée par la France en vertu de la loi n° 60-759 du 28 juillet 1960. L'ordonnance n° 60-12345 du 25 novembre 1960 a aménagé les dispositions du Code pénal au regard de cette Convention. La France a par ailleurs ratifié plusieurs textes relatifs à la traite de l'esclavage : Convention relative à l'esclavage, adoptée le 25 septembre 1926 et complétée par la Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage, de la traite des esclaves et des institutions et pratiques analogues à l'esclavage, adoptée le 7 septembre 1956.

²⁴⁴ Loi du 27 mai 1885.

²⁴⁵ Chaumont J.-M., *Le mythe de la traite des blanches. Enquête sur la fabrication d'un fléau*, Paris, La Découverte, 2009.

²⁴⁶ Loi du 3 avril 1903.

²⁴⁷ Loi n° 46-685 du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, JORF du 14/04/1946 p. 3138-3139.

²⁴⁸ La loi n° 48-1086 du 8 juillet 1948 sur le dépistage et le traitement des maladies vénériennes contagieuses (JORF du 09/07/1948 p. 6642) dispose que tout individu inscrit au fichier sanitaire et social de la prostitution est placé sous surveillance sanitaire. Il est tenu de se soumettre à des examens médicaux périodiques. En cas d'accident vénérien contagieux, son hospitalisation peut être provoquée d'urgence.

²⁴⁹ « Seront punis d'un emprisonnement de dix jours à un mois et de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe, ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui, par gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, procéderaient publiquement au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe, en vue de les provoquer à la débauche. »

²⁵⁰ « Seront punis de l'amende prévue pour les contraventions de la 3^{ème} classe ceux dont l'attitude sur la voie publique est de nature à provoquer la débauche ».

²⁵¹ Loi n° 60-754 du 28 juillet 1960 autorisant la ratification de la convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies, le 02/12/1949.

²⁵² Loi n° 60-773 du 30 juillet 1960 autorisant le Gouvernement à prendre, par application de l'article 38 de la Constitution, les mesures nécessaires pour lutter contre certains fléaux sociaux.

La Convention de 1949 s'inscrit directement dans un cadre abolitionniste. Elle considère, en préambule, que « la prostitution et le mal qui l'accompagne, à savoir la traite des êtres humains en vue de la prostitution, sont incompatibles avec la dignité et la valeur de la personne humaine et mettent en danger le bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté ». Elle condamne, dans son article premier, l'encouragement et l'exploitation de personnes en vue de prostitution. La Convention demande aux parties adhérentes de supprimer les registres d'inscription ou de déclaration. Suite à la ratification de la Convention, l'ordonnance du 25 novembre 1960 relative à la lutte contre le proxénétisme, complétée par le décret de la même date, accroit la répression du proxénétisme, augmente les peines qui sanctionnent le racolage de voie publique et prévoit des dispositifs d'accueil et de réinsertion des personnes en situation de prostitution.²⁵³

Plusieurs mesures réglementaires et législatives sont adoptées, dans la décennie suivante, pour compléter ces dispositions relatives à la lutte contre le proxénétisme.²⁵⁴

Au début des années 2000, plusieurs lois renforcent encore la lutte contre le proxénétisme et la protection des mineurs en situation de prostitution. La loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne renforce les peines encourues au titre du proxénétisme simple.²⁵⁵ La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale interdit la prostitution des mineurs et incrimine spécifiquement le proxénétisme des mineurs de moins de 15 ans.²⁵⁶ Enfin la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, dite LSI, prévoit plusieurs dispositifs relatifs au racolage, au proxénétisme et à la traite des êtres humains.²⁵⁷ La LSI s'inscrit dans la continuité des textes antérieurs lorsqu'elle renforce la répression du proxénétisme et la promotion des garanties accordées aux victimes de la traite des êtres humains. Elle opère toutefois un revirement sur la question du racolage, dont certaines formes ne faisaient plus l'objet d'une incrimination.

TROIS OBJECTIFS CONTEMPORAINS DE L'ACTION PUBLIQUE

Les pouvoirs publics avancent une triple réponse publique à la question de la prostitution : une réponse de court terme, d'abord, avec la lutte contre les formes visibles de la prostitution, notamment le racolage et le proxénétisme, une réponse de moyen terme avec d'une part la lutte contre la criminalité internationale et les migrations illégales et, d'autre part, la mobilisation en faveur de la protection des victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme et la réinsertion des personnes prostituées.

- **La prostitution, une question de tranquillité publique**

Les pouvoirs publics œuvrent en faveur de la tranquillité publique et envisagent de réprimer davantage le racolage. La LSI est emblématique de cette évolution. Le racolage figure, au même titre que l'attroupement abusif dans les parties communes d'immeubles, l'exploitation de la mendicité ou l'installation illicite sur un terrain appartenant à autrui, au rang de formes de « délinquance qui affectent la vie quotidienne, troublent la tranquillité des citoyens et bafouent leur droit à la sécurité²⁵⁸ ». L'objectif est de faire disparaître les formes visibles de prostitution de voie publique.

La nouvelle loi, et plus précisément la constitution du délit de racolage, ne remet pas en cause l'exercice de la prostitution qui demeure une activité licite. Elle réprime plus sévèrement la prostitution en cas de racolage public, y compris passif. L'incrimination du racolage est ancienne, mais avait été partiellement abandonnée. Ainsi, le racolage passif n'était plus sanctionné depuis l'abrogation de l'ancien code pénal le 1er mars 1994. Le gouvernement avait alors invoqué « l'imprécision de l'élément constitutif de cette infraction qui aboutissait à une application aléatoire par les services de constatation²⁵⁹ ».

Le rétablissement du délit de racolage passif et plus généralement le renforcement de la répression du racolage auquel procède la LSI entérine et amplifie une tendance déjà perceptible avant son adoption. La LSI fait en effet

²⁵³ Ordonnance n° 60-1245 du 25 novembre 1960 relative à la lutte contre le proxénétisme, JO 27-11-1960 p. 10605 ; Circulaire du 25 novembre 1960 relative à la répression du proxénétisme, publiée au JO du 27 novembre 1960, p.10609-10610.

²⁵⁴ Circulaire n° 97 du 25 août 1970 relative à la lutte contre la prostitution et le proxénétisme, Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 70/37, texte 15074 ; loi n° 75-299 du 9 avril 1975 habilitant les associations constituées pour la lutte contre le proxénétisme à exercer l'action civile.

²⁵⁵ Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

²⁵⁶ Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

²⁵⁷ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

²⁵⁸ Projet de loi n°30 pour la sécurité intérieure présenté par Nicolas Sarkozy, Sénat, 23 octobre 2002.

²⁵⁹ Réponse ministérielle du Garde des sceaux, n° 19596, publiée au JO de l'Assemblée nationale du 9/01/95, p. 212.

écho à la décision prise par certains maires de contrôler la présence sur la voie publique des personnes prostituées et faire disparaître de l'espace public, en particulier des centres villes rénovés, les formes plus visibles de la prostitution. Elle accompagne un ensemble de mesures destinées à réaménager des territoires dévolus au commerce du sexe et à d'autres formes d'activité jugées indésirables dont la mendicité²⁶⁰. Le ministère de l'intérieur précise alors, dès 2002, que « la proximité d'établissements d'enseignement, d'un lieu de culte, d'un monument aux morts, d'un parc fréquenté habituellement par les familles, de nombreuses résidences, la nouveauté du phénomène de la prostitution dans les rues concernées²⁶¹ » peuvent être invoqués par les maires.

Par ailleurs, des poursuites sont engagées par l'autorité judiciaire, sur la base du code pénal, pour sanctionner la prostitution de voie publique. Ainsi, le juge a eu recours aux dispositions relatives au racolage actif et à celles, pourtant tombées en désuétude, réprimant l'exhibition sexuelle²⁶².

La LSI réinstaura le délit de racolage passif à travers l'article 50, qui insère dans le code pénal un nouvel article 225-10-1 réprimant le racolage public, auparavant sanctionné, lorsqu'il était « actif », d'une amende contraventionnelle prévue par l'article R625-8. Le racolage est désormais défini comme « 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 et est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. »

Pour justifier le rétablissement de l'incrimination de racolage passif, les pouvoirs publics invoquent, outre les questions de tranquillité publique, la nécessaire reconnaissance d'un délit nouveau destiné à protéger les victimes des réseaux de proxénétisme et à les reconduire dans le pays d'origine.²⁶³ La constitution du délit de racolage passif doit, par ailleurs, selon le législateur, supprimer toute source d'arbitraire, les forces de police et de gendarmerie étant alors seules compétentes pour opérer la distinction entre racolage actif et passif.²⁶⁴ La circulaire d'application de la LSI précise que le racolage « est susceptible d'entraîner des troubles pour l'ordre public, notamment pour la tranquillité, la salubrité, et la sécurité publiques, et, d'autre part (...), la répression de ces faits prive le proxénétisme de sa source de profit et fait ainsi échec au trafic des êtres humains²⁶⁵ ».

- **La prostitution, une question de criminalité organisée**

Les pouvoirs publics mobilisent leur action en faveur d'un second objectif : la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains, conformément aux engagements européens et internationaux de la France. Cet objectif, que la France s'est initialement fixé en 1960 en ratifiant la convention des Nations Unies de 1949, est renouvelé et précisé au début des années 2000 avec la ratification du protocole dit de Palerme²⁶⁶. Il constitue également depuis la fin des années 1990 une priorité de premier plan de l'Union européenne²⁶⁷, à l'initiative notamment du Parlement européen²⁶⁸ et du Conseil de l'Europe²⁶⁹. En France, une proposition de loi adoptée en première lecture en janvier 2002 définit une première fois la lutte contre la traite des êtres humains²⁷⁰ à la suite d'un rapport parlementaire sur l'esclavage²⁷¹. En 2003, un article spécifique sur la traite des êtres humains est inséré dans la LSI.

²⁶⁰ Rigalleau A., « Prostitution, riverains et action publique : une analyse en terme de territoire », *in Prostitution et action publique, op.cit.*

²⁶¹ Circulaire du ministère de l'Intérieur du 23 août 2002 relative aux arrêtés municipaux concernant la prostitution sur la voie publique.

²⁶² Article 222-32 du code pénal.

²⁶³ Le ministre de l'Intérieur de l'époque précise au Sénat le 13 novembre 2002 : « Nous n'avons pas créé un délit dans l'optique de punir des malheureuses qui, c'est vrai, sont plus souvent victimes que coupables. Si nous avons créé un délit, c'est, au contraire, pour les protéger. », Sénat, JORF, 14/11/2002.

²⁶⁴ Sénat, séance du 14 novembre 2002.

²⁶⁵ Circulaire n° CRIM-03-7/E8-03.06/03.

²⁶⁶ Le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants a été signé en 2000 http://www2.ohchr.org/french/law/pdf/protocoltraffice_fr.pdf et ratifié par la France en vertu de la loi n° 2002-1041 du 6 août 2002.

²⁶⁷ Décision-cadre 2002/629/JAI relative à la lutte contre la traite des êtres humains, adoptée le 19 juillet 2002. Pour rappel, une décision-cadre a été adoptée à l'unanimité et a une valeur contraignante. Elle a été adoptée sur la base du titre VI du traité de l'Union européenne relatif à la coopération policière et judiciaire en matière pénale.

²⁶⁸ Résolution du 18 janvier 1996, sur la traite des êtres humains ; Résolution du 16 décembre 1997 sur la communication de la Commission concernant le trafic des femmes à des fins d'exploitation sexuelle (rapport Waddington adopté dans la résolution), COM(96)0567 - C4-0638/96.

²⁶⁹ Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains, <http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/197.htm>

²⁷⁰ Proposition de loi adoptée n° 765 renforçant la lutte contre les différentes formes de l'esclavage aujourd'hui. 24 janvier 2002. <http://www.assemblee-nationale.fr/legislatures/11/pdf/ta0765.pdf>

²⁷¹ Rapport d'information par la mission d'information commune sur les diverses formes de l'esclavage moderne, n° 3459, 12 décembre 2001, <http://www.assemblee-nationale.fr/11/pdf/rap-info/i3459.pdf>

La traite des êtres humains est définie dans l'article L225-4-1 du code pénal comme « le fait, en échange d'une rémunération ou de tout autre avantage ou d'une promesse de rémunération ou d'avantage, de recruter une personne, de la transporter, de la transférer, de l'héberger ou de l'accueillir pour la mettre à la disposition d'un tiers, même non identifié, afin, soit de permettre la commission contre cette personne de l'infraction de proxénétisme, d'agression ou d'atteintes sexuelles, d'exploitation de la mendicité, de conditions de travail ou d'hébergement contraires à sa dignité, soit de contraindre cette personne à commettre tout crime ou délit. »

La LSI distingue le proxénétisme de la traite des êtres humains. Le proxénétisme est défini dans l'article L225-5 du code pénal comme le fait : 1° d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° de tirer profit de la prostitution d'autrui, de partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire.

Le législateur a également prévu d'assimiler au proxénétisme des personnes placées dans différentes situations : intermédiaires, personnes facilitant la justification de ressources fictives, vivant avec une personne prostituée et ne pouvant justifier de ressources correspondant à son train de vie. En outre, l'article 51 de la LSI assimile au proxénétisme le fait de « vendre, de louer ou de tenir à la disposition, de quelque manière que ce soit, d'une ou plusieurs personnes, des véhicules de toute nature en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution. » La circulaire d'application de la LSI note que cette disposition incrimine « une forme de plus en plus répandue de proxénétisme, qui constitue une extension du proxénétisme hôtelier, permettant aux prostituées d'exercer leur activité dans des véhicules, notamment des camionnettes aménagées à cette fin²⁷². »

- **La prostitution, une question de réinsertion sociale**

Les pouvoirs publics concourent également à un troisième objectif : la réinsertion sociale des personnes prostituées et la protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 23 novembre 1960 reprises dans le code de l'action sociale et des familles²⁷³, l'Etat a pour mission, dans chaque département, de rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution, et de fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin, notamment en leur procurant un placement dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou dans les services de prévention et de réadaptation sociale (SPRS) créées par l'ordonnance et le décret du 25 novembre 1960²⁷⁴. Douze départements se sont dotés de SPRS et la plupart de ces SPRS n'ont pu être maintenus lors de la mise en œuvre des lois de décentralisation transférant aux départements l'essentiel des compétences en matière d'action sociale.

Avec l'adoption de la LSI, l'action des pouvoirs publics et des associations de réinsertion sociale s'oriente spécifiquement vers la protection des victimes de la traite des êtres humains. L'article 42 de la LSI stipule que « toute personne victime de l'exploitation de la prostitution doit bénéficier d'un système de protection et d'assistance assuré et coordonné par l'administration en collaboration active avec les divers services d'interventions sociales ». L'article 43 ajoute à l'article L345-1 du code de l'action sociale et des familles l'alinéa suivant : « des places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont ouvertes à l'accueil des victimes de la traite des êtres humains dans des conditions sécurisantes ».

Par ailleurs, une admission au séjour, à la protection, à l'accueil et à l'hébergement est garantie aux personnes étrangères victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme sous certaines conditions. L'article 76 de la LSI précise : « sauf si sa présence constitue une menace à l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'étranger qui dépose plainte contre une personne qu'il accuse d'avoir commis à son encontre les infractions visées aux articles 225-4-1 à 225-4-6 et 225-5 à 225-10 du code pénal ou témoigne dans une procédure pénale concernant une personne poursuivie pour ces mêmes infractions. Cette autorisation provisoire de séjour ouvre droit à l'exercice d'une activité professionnelle. En cas de condamnation définitive de la personne mise en cause, une carte de résident peut être délivrée à l'étranger ayant déposé plainte ou témoigné. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article²⁷⁵ ».

L'admission au séjour des victimes de la traite des êtres humains doit être garantie par l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne. Une directive du Conseil de l'Union européenne du 29 avril 2004 prévoit l'octroi de

²⁷² Circulaire n° CRIM 2003-07 E8/03-06-2003.

²⁷³ Article L. 121-9 du code de l'action sociale et des familles ; Circulaire n° 88-06 du 7 mars 1988 relative à la prévention de la prostitution et à la réinsertion des personnes prostituées, Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 88/13, p. 151.

²⁷⁴ Ordonnance n° 60-1246 du 25 novembre 1960 et décret n° 60-1248 du 25 novembre 1960.

²⁷⁵ Article L316-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

titres de séjour temporaires aux personnes victimes étrangères de la traite des êtres humains.²⁷⁶ Le texte fixe à six mois minimum la durée du titre de séjour délivré à la victime qui coopère avec les autorités ; elle instaure un délai de réflexion d'un mois accordé à la personne qui n'a pas encore décidé de coopérer. Pendant ce délai, la victime ne peut être expulsée et doit se voir garantir une assistance, y compris psychologique et, si elle ne dispose pas de ressources suffisantes, des conditions de vie susceptibles d'assurer sa subsistance, ainsi que l'accès aux soins médicaux d'urgence.

La France a tardé à mettre en conformité sa réglementation avec le droit européen. Une circulaire du 31 octobre 2005 prévoit la possibilité de délivrer une autorisation provisoire de séjour à l'étranger qui dépose plainte contre une personne qu'il accuse d'avoir commis les infractions de traite des êtres humains ou de proxénétisme ou témoigne dans une procédure pénale.²⁷⁷ Le bénéfice de l'aide et de l'assistance prévu par la directive n'est pas évoqué dans cette circulaire. Un décret du 13 septembre 2007 précise les conditions d'admission au séjour mais également celles relatives à la protection, l'accueil et l'hébergement des étrangers victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme.²⁷⁸ Une carte de séjour portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée minimale de six mois est délivrée par le préfet à l'étranger qui satisfait aux conditions [prévues par la loi] et qui a rompu tous liens avec les auteurs des infractions (...) »²⁷⁹. Celui-ci bénéficie d'un délai de réflexion de 30 jours. Au regard de l'objectif de lutte contre les réseaux de traite des êtres humains et de proxénétisme, le décret vise à créer les conditions d'un contact privilégié avec les victimes et à faciliter le travail des enquêteurs.

²⁷⁶ Directive 2004/81/CE, du Conseil du 29 avril 2004, relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains ou ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes, JOUE L261 du 06/08/2004 p. 19. Voir également la résolution législative du Parlement européen sur la proposition de directive du Conseil relative au titre de séjour de courte durée délivré aux victimes de l'aide à l'immigration clandestine ou de la traite des êtres humains qui coopèrent avec les autorités compétentes, COM(2002) 71 - C5-0085/2002 - 2002/0043(CNS).

²⁷⁷ Circulaire n° NOR/INT/D/05/00097/C relative aux conditions d'examen des demandes d'admission au séjour déposées par des ressortissants étrangers en situation irrégulière dans le cadre des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

²⁷⁸ Décret n° 2007-1352 du 13 septembre 2007 relatif à l'admission au séjour, à la protection, à l'accueil et à l'hébergement des étrangers victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme et modifiant le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

²⁷⁹ Article R316-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation adulte handicapé
ACPE	Association contre la prostitution des enfants
Ac-Sé	Accueil sécurisant
AFLS	Association française de lutte contre le sida
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ALC	Accompagnement lieu d'accueil
AME	Aide médicale d'Etat
ANAEM	Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
API	Allocation parent isolé
ARCAT	Association pour la recherche et la communication pour l'accès aux traitements
ARS	Agence régionale de santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CESES	Centre européen de surveillance épidémiologique du sida
CEDAW	Convention on the elimination of all forms of discrimination against women
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIL	Comité d'intérêt local
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
CIQ	Comité d'intérêt de quartier
CLSPD	Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance
CMU	Couverture médicale universelle
CNS	Conseil national du sida
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DPM	Direction de la population et des migrations
EACP	Equipe d'action contre le proxénétisme
ECPACT	End child prostitution and children pornography and trafficking of children for sexual purposes
ENS	Ecole normale supérieure
ETP	Equivalent temps plein
EUROPAP	European project for aids prevention in prostitution
FAI	Fédération abolitionniste internationale
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

GPAL	Groupement de Prévention et d'Accueil Lillois
GRSP	Groupement régional de santé publique
HIV	Human immunodeficiency virus
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
JAI	Justice et affaires intérieures
JO	Journal officiel
JORF	Journal officiel de la République française
JOUE	Journal officiel de l'Union européenne
LISST/CERS	Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires /Centre d'études des rationalités et des savoirs
LSI	Loi de sécurité intérieure
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PASTT	Groupe de prévention et d'action pour la santé et le travail des transsexuels anciennement Prévention Action Santé Travail Transgenre
PNLS	Plan national de lutte contre le sida et les IST
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
RSA	Revenu de solidarité active
STIC	Système de traitement des infractions constatées
STRASS	Syndicat du travail sexuel
TAMPEP	Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe project
TEH	Traite des êtres humains
TPE	Traitement post-exposition
UE	Union européenne
UNFPA	United nations population fund
USIT	Unité de surveillance et d'investigation territoriale

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions.

- 17.12.2009 **Françoise Guillemaut** - sociologue (LISST/CERS), ancienne directrice de Grisélidis.
L'Amicale du Nid - Jean-Marc Auguin, directeur d'établissement (75).
Lilian Mathieu - sociologue, politiste.
- 08.01.2010 **Droits et prostitution** - Malika Amaouche, coordinatrice.
Fondation Scelles - Yves Scelles (vice-président), Jean-Sébastien Mallet (délégué général), Fatim Drame (chargée de mission).
Syndicat du travail sexuel - Nikita (trésorier).
Catherine Deschamps - anthropologue.
Direction générale de la police nationale - Alain Winter (délégué aux victimes), Cendrine Léger (commandant de police, délégation aux victimes).
- 13.01.2010 **Les Amis du Bus des femmes** - France Arnoult (directrice), Pénélope Giacardy (animatrice de prévention), Alexandre Masseron (agent de prévention).
Cabiria - Florence Garcia (directrice).
Grisélidis - Julie Sarrazin et Isabelle Schweizer (co-directrices).
Lotus Bus / Médecins du Monde - Ai Anh Votran (responsable de la mission), Dr Françoise Guillemette (chargée de mission).
- 14.01.2010 **ARCAT** - Miguel-Ange Garzo (chargé de mission)
Prévention Action Santé Transsexuels et Travestis - Camille Cabral (directrice)
Accueil Lieu d'accueil - Patrick Hauvy (directeur de centre)
- 11.02.2010 **Direction régionale de la police judiciaire (Ile-de-France)** - Christian Kalck (chef de la brigade de répression du proxénétisme), Capitaine Fournier.
Direction générale de la santé - Dr Christine Barbier (sous-direction promotion de la santé, bureau santé des populations), Dr Lionel Lavin (sous-direction prévention des risques infectieux, bureau VIH/IST/hépatites).
Direction générale de la police nationale - Jean-Marc Souvira (chef de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains).
Grisélidis - Eva Clouet et Véronique Boyer (chargées de mission « Prostitution et internet)

11.03.2010

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale – Sophie Alary (responsable du service des missions), Elsa Hajman (chargée de mission), Lise Fender (chargée de mission).

Mouvement du Nid – Bernard Lemette (président).

Autres Regards – l'ensemble de l'équipe de l'association.

Le Conseil remercie également l'association Entre'Actes et Lyla Itoumaine, Solange Alidière (direction générale de la cohésion sociale), Catherine Chardin (direction générale de la santé), Marie-Elisabeth Handman.

Le Conseil remercie enfin les différents stagiaires accueillis au CNS entre juillet 2009 et septembre 2010 et qui ont contribué aux travaux préparatoires à l'avis : Salimata Fall, Michael Siegel, Henri Tea, Frédérique Thonon et, tout particulièrement, Camille Boubal.