

N° 46

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 octobre 2013

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées,*

Par M. Jean-Pierre GODEFROY et Mme Chantal JOUANNO,

Sénateurs.

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Yves Daudigny, *rapporteur général* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménie, Jean-Noël Cardoux, Mme Chantal Jouanno, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	7
<b>AVANT PROPOS</b> .....	13
<b>I. PANORAMA GÉNÉRAL DE LA PROSTITUTION EN FRANCE</b> .....	15
<b>A. UN PHÉNOMÈNE PLURIEL EN MUTATION CONSTANTE</b> .....	15
1. <i>Une activité aux multiples visages</i> .....	15
a) Les profils des personnes prostituées.....	15
b) Les modes d'exercice de la prostitution.....	17
2. <i>Une activité qui a connu de profondes évolutions au cours des vingt dernières années</i> .....	18
a) Une prostitution désormais majoritairement exercée par des personnes étrangères .....	18
b) La réalité croissante des réseaux de prostitution et de la violence .....	19
<b>B. UN MANQUE CRIANT DE DONNÉES ÉTAYÉES ET PARTAGÉES PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS</b> .....	21
1. <i>Sur les personnes prostituées</i> .....	21
2. <i>Sur les clients des personnes prostituées</i> .....	23
<b>C. UNE RÉALITÉ AU CŒUR D'UN DÉBAT PHILOSOPHIQUE ET POLITIQUE</b> .....	27
1. <i>Une position officielle de la France qui ne devrait souffrir d'aucune ambiguïté</i> .....	27
a) De l'abolition du réglementarisme à un objectif d'abolition de la prostitution .....	27
b) Les conséquences pratiques du système abolitionniste .....	31
2. <i>Une division du tissu associatif qui témoigne de divergences persistantes</i> .....	32
<b>II. L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DES PERSONNES PROSTITUÉES : LE CONSTAT D'UNE GRANDE VULNÉRABILITÉ</b> .....	35
<b>A. UN ÉTAT DE SANTÉ GLOBALEMENT TRÈS PRÉOCCUPANT</b> .....	35
1. <i>Les risques sanitaires inhérents à l'activité prostitutionnelle</i> .....	35
a) Le VIH et les IST .....	35
b) Les problèmes gynéco-obstétricaux .....	37
c) Les pratiques sexuelles à risque.....	37
2. <i>Les risques sanitaires liés aux conditions de vie</i> .....	39
a) Les pathologies recensées dans le cadre de la prostitution de rue.....	39
b) Les troubles psychiques .....	41
c) Les addictions .....	41
3. <i>La grande vulnérabilité sanitaire des personnes prostituées victimes des réseaux de         proxénétisme et de traite</i> .....	42
4. <i>Un manque global de suivi médical</i> .....	43
a) Un accès aux soins freiné par les conditions de vie précaires .....	43
b) Un recours au dépistage du VIH contrasté.....	44
c) Un suivi gynécologique insuffisant .....	45

B. UN ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX ET AUX SOINS THÉORIQUEMENT POSSIBLE, MAIS TRÈS DIFFICILE DANS LES FAITS.....	46
1. <i>Les règles d'accès à la couverture maladie</i> .....	46
a) Pour les personnes françaises ou étrangères disposant d'un droit de séjour .....	46
(1) Une affiliation au titre d'une autre activité que la prostitution .....	46
(2) Une affiliation au régime social des indépendants en tant que travailleur indépendant.....	47
(3) Une inscription à la couverture maladie universelle.....	48
b) Pour les personnes étrangères en situation irrégulière.....	50
(1) L'aide médicale de l'Etat.....	50
(2) La prise en charge financière des soins d'urgence .....	52
(3) Les dispositifs d'accès gratuit aux soins.....	52
c) Le cas particulier des étrangers ressortissants de l'Union européenne.....	52
d) Le cas particulier des demandeurs d'asile.....	53
2. <i>L'effectivité limitée de l'accès à une couverture maladie</i> .....	53
a) Le renoncement aux soins : une constante chez les publics en situation de précarité, particulièrement marquée chez les personnes étrangères en situation irrégulière.....	53
b) La barrière linguistique.....	54
c) Les difficultés administratives .....	55
d) La méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins .....	56
3. <i>Un accès restreint à l'assurance retraite</i> .....	57
C. LES FACTEURS QUI FREINENT L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX ET AUX SOINS .....	58
1. <i>La prostitution : un monde de violences</i> .....	58
a) Une exposition aux violences qui concerne toutes les formes de prostitution .....	58
b) Des violences qui émanent d'une pluralité d'acteurs .....	58
2. <i>Des conditions de logement souvent précaires</i> .....	59
3. <i>La stigmatisation et l'isolement</i> .....	60
4. <i>Un sentiment de méfiance à l'égard des « institutions »</i> .....	61
D. LE VOLET SOCIAL DE LA SORTIE DE LA PROSTITUTION .....	61
1. <i>S'atteler enfin à la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement social global pour offrir des alternatives crédibles à la prostitution</i> .....	62
a) La fiscalisation des revenus de la prostitution : un frein à la cessation de cette activité.....	62
b) La nécessité d'un soutien financier de transition.....	64
c) Le développement indispensable des capacités d'hébergement et de logement.....	67
d) L'accès à une formation professionnelle.....	68
e) La possibilité d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique sur le long terme .....	69
2. <i>La réinsertion sociale des victimes de la traite : l'exemple italien</i> .....	70
a) La création d'un dispositif de prise en charge globale des victimes .....	70
b) La saisie des profits générés par les réseaux de traite.....	71
c) Les actions complémentaires .....	72

---

<b>III. L'AMÉLIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES PROSTITUÉES NÉCESSITE UN ENGAGEMENT PLUS FORT ET MIEUX STRUCTURÉ DE LA PUISSANCE PUBLIQUE AUX CÔTÉS DES ASSOCIATIONS.....</b>	<b>74</b>
<b>A. A L'ABSENCE DE PILOTAGE CLAIR DE LA PART DU NIVEAU NATIONAL S'AJOUTE L'INSÉCURITÉ DES FINANCEMENTS ALLOUÉS AUX ASSOCIATIONS .....</b>	<b>74</b>
1. <i>Une coordination entre les actions de suivi sanitaire et d'insertion sociale qui n'est pas assurée .....</i>	74
a) Les actions engagées par la direction générale de la cohésion sociale et la direction générale de la santé .....	74
b) Le manque de complémentarité entre sanitaire et social.....	77
2. <i>Un manque de sécurisation des financements qui nuit à l'action des associations .....</i>	78
a) Une évolution à la baisse des financements durant plusieurs années .....	78
b) La nécessité de donner plus de visibilité aux associations .....	81
<b>B. LES ENJEUX D'UN MEILLEUR PILOTAGE .....</b>	<b>83</b>
1. <i>Un objectif prioritaire : la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle .....</i>	83
a) Renforcer le dispositif Ac.Sé .....	83
b) Conforter la dynamique positive engagée par la création de la Miprof .....	84
2. <i>Un enjeu structurant : la coordination des acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires .....</i>	85
a) Un manque de coordination préjudiciable.....	85
b) L'exemple du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées.....	86
3. <i>Réaffirmer la place du système de santé, en particulier de l'hôpital, dans ses missions de service public, auprès des personnes prostituées .....</i>	88
a) Affirmer la place de l'hôpital, dans ses missions de service public, auprès des personnes prostituées.....	89
b) Renforcer le rôle des ARS .....	90
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE 1 - LISTE DES PROPOSITIONS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 2 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>111</b>



## SYNTHÈSE

La commission des affaires sociales a confié, en janvier 2013, à vos rapporteurs une mission sur la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées, qui a donné lieu à une quarantaine d'auditions, à des visites sur le terrain, à deux déplacements à l'étranger, ainsi qu'à l'ouverture d'une page dédiée sur le site internet du Sénat avec un espace participatif.

En créant cette mission, **la commission souhaitait, sans présager d'éventuelles évolutions du cadre légal de la prostitution, analyser les enjeux sociaux qui y sont associés** et répondre aux questions suivantes : quel est l'état de santé des personnes prostituées ? Ont-elles accès aux droits sociaux ?

### 1. Panorama général de la prostitution en France

Il existe en France entre **20 000 et 40 000 personnes prostituées**. Il s'agit en majorité de femmes (10 % à 15 % sont des hommes ou des personnes transsexuelles) dont les âges, les rythmes et les modes d'exercice sont variables. Au début des années 1990, 20 % des personnes se prostituant étaient de **nationalité étrangère**. Elles sont aujourd'hui **entre 80 % et 90 %**. Cette évolution s'est accompagnée d'une forte diminution de la prostitution dite « traditionnelle » tandis que **les réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains exercent une influence croissante**, qu'il s'agisse de la prostitution de rue, des modes d'exercice plus discret (salons de massage, bars à hôtesses) ou de la prostitution sur internet.

Si **la position abolitionniste de la France** ne souffre pas d'ambiguïté, des **divergences idéologiques** demeurent, ce dont témoigne la division du tissu associatif. Ces oppositions rendent difficile la construction d'une vision consensuelle de la réalité de la prostitution et la mise en œuvre de politiques publiques unanimement partagées. Il s'agit certainement là de l'un des facteurs expliquant le peu de données dont dispose aujourd'hui la France sur la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées.

Le manque d'études sur les clients est également patent. Pourtant, **plus d'un homme sur quatre âgé d'au moins cinquante ans dit avoir eu des rapports sexuels tarifés ne serait-ce qu'une fois dans sa vie**. Le recours à la prostitution, constant dans le temps, est donc loin d'être marginal au sein de la population française. Aussi, il serait utile de mieux en connaître les déterminants actuels afin notamment de savoir dans quelle mesure la place croissante de la pornographie et de l'hyper sexualisation dans notre société conduit à banaliser l'idée du recours à des prestations sexuelles tarifées.

#### *Les propositions de vos rapporteurs :*

- Assurer en premier lieu la mise en place d'un dispositif de remontée des informations recueillies sur le terrain, structuré et partagé par l'ensemble des acteurs.

- Développer, sur la base de ces informations, une véritable expertise publique qui permette de mieux connaître les profils des personnes qui se prostituent, leurs modes d'exercice et leur situation sanitaire et sociale. Accorder une attention particulière à la prostitution sur internet, encore peu connue mais en fort développement.

- Une fois ces préalables acquis, rendre effective la publication annuelle du rapport sur la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées prévue par la loi.

- Encourager les travaux de recherche sur les clients de la prostitution.

- Assurer l'application effective de l'article L. 312-16 du code de l'éducation en renforçant les moyens alloués à l'éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité.

- Compléter ce même article L. 312-16 en prévoyant une sensibilisation aux questions d'égalité entre les femmes et les hommes.

## 2. L'état de santé et l'accès aux droits sociaux des personnes prostituées : le constat d'une grande vulnérabilité

### • Un état de santé globalement très préoccupant

Les études statistiques sont peu nombreuses en ce qui concerne la santé des personnes prostituées, ce que vos rapporteurs déplorent. Ils dressent globalement le constat d'**une grande vulnérabilité sanitaire des personnes prostituées**, étant précisé que le niveau d'exposition aux risques sanitaires et la fréquence des pathologies rencontrées varient fortement selon les situations individuelles et les modes d'exercice de la prostitution.

De par leur activité, les personnes prostituées sont plus exposées que la population générale au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST). Leur taux d'usage du préservatif est globalement élevé car elles le considèrent avant tout comme un outil de travail. Cependant, le niveau de protection dépend beaucoup du degré d'appropriation des messages et des pratiques de prévention, ce qui explique **la plus grande vulnérabilité sanitaire des personnes prostituées étrangères exerçant sous l'emprise des réseaux**.

En outre, les quelques études disponibles comme les acteurs de terrain mettent en avant **le rôle des clients** dans les pratiques sexuelles à risque. Depuis quelques années, les demandes de rapports sexuels non protégés sont en augmentation.

Par ailleurs, les personnes prostituées sont sujettes à **diverses pathologies** qui ne sont pas directement imputables à l'exercice de la prostitution, mais **qui reflètent leurs conditions de vie**. Ces troubles, pour la plupart chroniques, se retrouvent plus généralement chez les publics en situation de précarité, indépendamment de toute activité prostitutionnelle : problèmes respiratoires, dermatologiques, digestifs, dentaires, etc. Ces pathologies coexistent avec divers **problèmes psychiques**, qui vont des troubles de la somatisation, du sommeil et de l'anxiété, à des maladies psychiatriques plus graves. Les pensées suicidaires sont également beaucoup plus présentes chez les personnes prostituées, en particulier chez les transgenres, que dans la population générale.

Le **recours aux soins** des personnes prostituées diffère selon les publics et les conditions d'activité. Mais, globalement, il s'avère d'autant plus problématique que la situation de la personne est précaire. Comme pour les autres publics vulnérables, le **cumul de difficultés économiques et sociales** agit comme **un frein à l'accès aux soins**. Le manque de suivi médical est particulièrement patent sur le plan gynécologique, ainsi qu'en matière de dépistage du VIH.

• *Un accès aux droits sociaux et aux soins théoriquement possible, mais très difficile dans les faits*

Les personnes prostituées bénéficient **théoriquement des mêmes droits sociaux** que les autres citoyens. Il leur est possible de s'affilier à un régime de sécurité sociale et d'accéder ainsi à la couverture maladie et à l'assurance retraite. Toutefois, ces possibilités leur sont, **dans la réalité, difficiles d'accès**, dans la mesure où la prostitution ne constitue pas une activité professionnelle juridiquement reconnue, conformément à la position abolitionniste de la France.

La question de l'accès aux droits se pose en outre en des termes différents s'agissant des **personnes prostituées étrangères victimes des réseaux**. Du fait de leur statut juridique précaire et de l'emprise exercée par leurs proxénètes, ces personnes sont, pour la grande majorité d'entre elles, **très éloignées des dispositifs de prise en charge**.

**Plusieurs facteurs font obstacle à un accès effectif aux droits sociaux** : la précarité financière, la barrière de la langue, la complexité des dispositifs et des démarches administratives, la méconnaissance des droits et du fonctionnement du système de soins. A cela s'ajoutent les difficultés liées à l'environnement dans lequel évoluent les personnes prostituées : les violences, inhérentes à toutes les formes de prostitution, les conditions d'hébergement souvent très précaires, la stigmatisation et l'isolement subis au quotidien, la méfiance ressentie à l'égard des « institutions ».

#### *Les propositions de vos rapporteurs :*

- Développer le recours à la médiation et à l'interprétariat dans les établissements de santé et les services sociaux.

- Harmoniser les règles de gestion administratives de l'aide médicale de l'Etat (AME).

- Sensibiliser les agents des caisses primaires d'assurance maladie aux difficultés rencontrées par les personnes prostituées pour l'accès aux droits sociaux.

- Accroître l'effort d'information et d'orientation des personnes prostituées en développant les outils et les moyens confiés aux associations.

- S'atteler enfin à la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement social global pour offrir des alternatives crédibles à la prostitution.

La focalisation du débat public sur le volet pénal de la prostitution aurait tendance à faire oublier que celui-ci est indissociable de son pendant social. Comment, en effet, aider les personnes qui le souhaitent à sortir de la prostitution sans leur proposer d'alternatives crédibles en termes de garantie de revenus, d'hébergement, de formation professionnelle et d'accompagnement psychologique ?

Aussi, vos rapporteurs estiment qu'il est temps de mettre en place **un accompagnement social global** des personnes désireuses de quitter la prostitution, ainsi que des victimes du proxénétisme et de la traite. Cet accompagnement suppose **d'agir simultanément dans plusieurs domaines**, parmi lesquels la fiscalité, les minima sociaux, l'hébergement et le logement, l'accès aux titres de séjour, la santé.

**Les propositions de vos rapporteurs :**

- Accorder des remises fiscales gracieuses pour les personnes prostituées, uniquement sous réserve d'avoir arrêté la prostitution et d'être engagé dans un parcours d'insertion professionnelle.

- Ouvrir le droit à l'allocation temporaire (ATA) d'attente aux victimes du proxénétisme et de la traite engagées dans un parcours de sortie de la prostitution, indépendamment du fait qu'elles aient ou non dénoncé leur trafiquant/proxénète.

- Faire bénéficier les personnes prostituées d'un accès prioritaire au contingent d'un tiers des places d'hébergement d'urgence réservé aux femmes victimes de violences.

- Faciliter l'accès au logement social des personnes souhaitant sortir de la prostitution en indiquant par voie de circulaire qu'elles font partie des publics prioritaires.

- Revoir les modalités de délivrance des titres de séjour pour les victimes du proxénétisme et de la traite, lorsqu'elles ont déposé plainte ou témoigné (article L. 316-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) et lorsqu'elles n'ont pas voulu ou pu le faire mais qu'elles sont engagées dans un parcours de sortie de la prostitution.

- Développer l'offre de soins psychologiques et psychiatriques à destination des personnes prostituées en parcours d'insertion.

L'Italie, où la mission s'est rendue, a mis en œuvre **une politique d'insertion des victimes de la traite particulièrement intéressante**, dont de nombreux aspects pourraient, selon vos rapporteurs, être transposés en France.

**Les propositions de vos rapporteurs :**

- Reconnaître à la personne le statut de victime indépendamment du fait qu'elle ait dénoncé ou non son trafiquant/proxénète et dès lors qu'elle est engagée dans un parcours d'insertion.

- Lui octroyer un permis de séjour à titre humanitaire.

- La protéger immédiatement en l'hébergeant dans une structure adaptée.

- Mettre en place un accompagnement personnalisé en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle.

- Saisir l'argent des réseaux de traite au profit des victimes, soit directement sous la forme d'un dédommagement, soit indirectement via le financement de programmes d'insertion sociale et professionnelle.

- Encourager la complémentarité d'action entre la politique d'aide aux victimes et la politique de lutte contre les réseaux.

**3. L'amélioration de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées nécessite un engagement plus fort et mieux structuré de la puissance publique aux côtés des associations**

Les financements alloués par l'Etat aux associations intervenant auprès des personnes prostituées ont connu une diminution régulière entre 2006 et 2012. Si la baisse semble enrayée, il est essentiel de davantage sécuriser les financements et d'améliorer leur visibilité pluriannuelle. **La coordination des services ministériels chargés de l'action sanitaire et de l'accompagnement social** doit également être renforcée, notamment dans le but de définir une politique de subventionnement partagée afin que leur action soit plus lisible pour les acteurs de terrain.

**La mission a identifié trois enjeux principaux en matière de pilotage de l'action publique :** une intensification de l'effort en matière de lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle ; la promotion de dispositifs de partenariats souples entre acteurs institutionnels et associatifs dans les territoires ; la réaffirmation du rôle du système de santé auprès des personnes prostituées.

***Les propositions de vos rapporteurs :***

- *Structurer le pilotage interministériel des actions menées auprès des personnes prostituées afin de garantir la complémentarité des champs sanitaire et social. Travailler en particulier à la définition d'une politique de subventionnement des associations partagée.*

- *Donner aux associations les moyens d'agir sur le long terme en enrayant la baisse des financements, en évitant leur saupoudrage et en leur donnant une visibilité pluriannuelle.*

- *Renouer avec la conclusion de conventions de financement pluriannuelles des associations têtes de réseau.*

- *Conforter la place et les moyens alloués au dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite des êtres humains (Ac.Sé) et assurer la réunion régulière de son comité de pilotage.*

- *Renforcer le rôle de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) en étendant ses missions relatives à la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.*

- *Encourager la généralisation de partenariats souples entre acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires sur le modèle du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées (Ripspp).*

- *Faire des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de véritables passerelles vers les services de soins de droit commun en assurant notamment la formation des personnels qui y travaillent aux problématiques de la prostitution et de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.*

- *Développer l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) en direction des personnes prostituées afin d'améliorer leur taux d'accès au dépistage du VIH.*

- *Profiter de la prochaine évaluation des projets régionaux de santé pour encourager une intégration plus systématique des questions de prostitution dans les documents de planification.*

- *Conforter le rôle de coordination des agences régionales de santé (ARS) sur les questions sanitaires et sociales relatives aux personnes prostituées, notamment par le lancement d'appels à projets conjoints.*

- *Renforcer, en lien avec les observatoires régionaux de santé, l'expertise des ARS au sujet de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées.*



## AVANT PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Bien que la position abolitionniste de la France soit *a priori* dépourvue de toute ambiguïté, peu de sujets soulèvent autant de controverses et de passions que celui de la prostitution. Chacun semble en avoir une idée précise, soit pour la condamner comme une violence faite aux femmes, soit pour la défendre comme la traduction de la libre disposition du corps humain. Parce qu'elle renvoie à deux sujets tabous entre tous que sont la sexualité et l'argent, la prostitution suscite à la fois des réactions de rejet et de fascination qui semblent empêcher toute construction d'un discours apaisé susceptible d'être partagé par le plus grand nombre.

Tout l'enjeu de la mission confiée à vos rapporteurs par la commission des affaires sociales était de dépasser des positions trop souvent opposées pour tenter de construire **une analyse objective de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées** afin de proposer des recommandations susceptibles de faire consensus. C'est volontairement qu'ils n'ont pas abordé les questions du racolage et de la pénalisation des clients, qui ne relèvent d'ailleurs pas du champ de compétences de la commission des affaires sociales. Ils sont en effet convaincus que, sans présager des évolutions du cadre législatif qui pourraient intervenir dans les prochains mois, **il est d'ores et déjà possible de tracer les pistes d'un accompagnement sanitaire et social plus adapté et individualisé des personnes qui se prostituent.**

Depuis le début de leurs travaux, vos rapporteurs ont procédé à une quarantaine d'auditions, reçu presque autant de contributions sur l'espace participatif de la mission et se sont rendus en Belgique puis en Italie, deux pays qui ont chacun adopté un système abolitionniste mais l'appliquent de façon différente. L'ensemble de ces échanges leur a permis d'appréhender une partie de **ce phénomène pluriel, complexe et évolutif qu'est la prostitution.**

L'influence grandissante des réseaux, qu'ils opèrent dans la rue, dans les bars à hôtesse, les salons de massage ou sur internet, constitue à leurs yeux un point de consensus : **la très grande majorité des personnes qui se prostituent aujourd'hui sont des femmes d'origine étrangère, le plus souvent en situation irrégulière et soumises à la violence de réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains.**

**L'état de santé de ces personnes est globalement très préoccupant.** Au-delà de l'exposition aux risques sanitaires inhérents à leur activité (virus de l'immunodéficience humaine, autres infections sexuellement transmissibles), elles sont confrontées à diverses pathologies physiques et psychiques qui sont le reflet, dans la plupart des cas, de conditions de vie précaires. Leur vulnérabilité sanitaire se traduit également par **un recours aux soins insuffisant** s'expliquant, entre autres, par les difficultés financières, la barrière de la langue, la complexité des dispositifs de prise en charge, le manque d'informations sur le système de soins.

**Si les personnes prostituées bénéficient théoriquement des mêmes droits sociaux que les autres citoyens, elles n'accèdent, dans les faits, que très rarement à une couverture maladie et à l'assurance retraite.** D'une manière générale, leur degré d'éloignement des dispositifs de prise en charge est d'autant plus fort que leur exposition aux violences, la précarité de leurs conditions d'hébergement, la stigmatisation à laquelle elles sont confrontées et leur sentiment de méfiance à l'égard des institutions sont élevés.

Dans ce contexte, toute sortie de l'activité prostitutionnelle ne peut se faire sans **un accompagnement social global**, qui propose des alternatives crédibles en termes de garantie de revenus, d'hébergement, de formation professionnelle et de suivi psychologique. Cet accompagnement est d'autant plus indispensable pour les victimes du proxénétisme et de la traite, qui représentent aujourd'hui la grande majorité des personnes prostituées. L'expérience italienne fournit sur ce point de nombreuses pistes dont vos rapporteurs estiment qu'elles sont aisément transposables en France.

Enfin, toute amélioration substantielle de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées ne pourra être effective qu'à la condition **d'un engagement plus fort et mieux structuré de la puissance publique sur les territoires et d'un soutien plus marqué vis-à-vis des associations** qui interviennent chaque jour auprès de cette population.

## I. PANORAMA GÉNÉRAL DE LA PROSTITUTION EN FRANCE

### A. UN PHÉNOMÈNE PLURIEL EN MUTATION CONSTANTE

#### 1. Une activité aux multiples visages

##### a) *Les profils des personnes prostituées*

**Le nombre de personnes qui se prostituent en France s'établirait entre 20 000 et 40 000.** Cette fourchette, que certaines associations jugent sous-estimée, correspond à celle utilisée par les services de police, en particulier par l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains<sup>1</sup> (OCRTEH).

Un rapport publié en 2001 par la délégation aux droits des femmes du Sénat<sup>2</sup>, citant lui aussi les chiffres de l'OCRTEH, évaluait entre 10 000 et 12 000 le nombre de personnes prostituées, dont 6 000 à 7 000 à Paris. Il y ajoutait 3 000 personnes exerçant dans des bars à hôtesse ou des salons de massage. Le nombre de personnes prostituées aurait donc sensiblement augmenté en France au cours de la dernière décennie.

**Si les femmes représentent la grande majorité de la population prostituée, 10 % à 15 % de celle-ci est composée d'hommes, qui se prostituent le plus souvent avec d'autres hommes, ainsi que de transsexuels et transgenres.** Dans son rapport d'activité pour 2012, l'association Grisélidis, présente à Toulouse et dans sa région, dénombre, pour la prostitution de rue, 89 % de femmes dans sa file active, 8 % de personnes transsexuelles (hommes devenus femmes) et 3 % d'hommes.

**L'exercice de la prostitution concerne des personnes de tous âges.** Ainsi, 36 % de celles accueillies par Grisélidis en 2012 avaient moins de trente ans, 59 % étaient âgées de trente à soixante ans et 5 % avaient plus de soixante ans. Ces données, qui concernent la prostitution de rue, ne sont pas nécessairement transposables à la prostitution dans son ensemble. Sur internet, la proportion d'hommes serait ainsi plus importante tandis que l'âge des personnes serait relativement moins élevé<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Rattaché à la direction centrale de la police judiciaire, l'OCRTEH est exclusivement compétent dans le domaine de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle. Il est chargé de centraliser les informations relatives à la prostitution et au proxénétisme, d'analyser l'évolution des réseaux et de mener et coordonner les opérations de lutte contre la traite.

<sup>2</sup> Rapport d'information Sénat n° 209 (2000-2001) de Mme Dinah Derycke, fait au nom de la délégation aux droits des femmes, « Les politiques publiques et la prostitution », janvier 2001.

<sup>3</sup> Toujours selon le rapport d'activité de Grisélidis pour 2012, sur les 2 161 personnes contactées dans l'année sur internet, 48 % étaient des femmes et 42 % des hommes. 57 % des femmes avaient moins de trente ans.

**La prostitution des personnes vieillissantes et celle des mineurs, généralement sous-évaluées, sont loin de représenter des phénomènes négligeables.**

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estime ainsi que **les personnes de plus de soixante ans représentent environ 4 % de la file active des associations**<sup>1</sup>. Il s'agit le plus souvent de femmes qui pratiquent la prostitution depuis longtemps et ne peuvent arrêter faute de disposer des ressources suffisantes.

Unique en France, l'association « Avec nos aînées » (ANA), qui intervient en région parisienne, prend exclusivement en charge des personnes prostituées vieillissantes. Selon sa présidente Gabrielle Partenza, environ 200 femmes de plus de soixante ans exercent au bois de Boulogne et à Vincennes. La plus âgée d'entre elles aurait quatre-vingt-douze ans. En 2012, l'association a aidé neuf femmes à sortir de la prostitution et décelé trois cas de tuberculose dans cette population.

**La prostitution des mineurs fait quant à elle l'objet d'appréciations très diverses.** Selon les services de police, il s'agit d'un phénomène marginal, fortement freiné par l'incrimination qui pèse sur les clients et par les lourdes sanctions qu'encourent les proxénètes. L'OCRTEH indique ainsi détecter moins de cinquante cas de prostitution de mineurs par an. Il s'agit pour la plupart de Tziganes roumains ou bulgares ou de Sud-américains âgés en moyenne de seize à dix-huit ans. Cette appréciation n'est pas partagée par un certain nombre d'acteurs, notamment associatifs.

Lors de son audition, Christine Lazerges, auteur en 2001 d'un rapport sur l'esclavage moderne<sup>2</sup> et présidente de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDDH), a estimé que la question de la prise en charge des mineurs isolés pouvant être en risque de prostitution, qui se posait peu au moment de la rédaction du rapport, appelle aujourd'hui une prise de conscience.

Dans le rapport précité, l'Igas souligne les faiblesses de l'action des pouvoirs publics en ce domaine et va jusqu'à pointer « *un relatif déni du problème par les acteurs institutionnels* ». Une étude effectuée en 2006 sur la prostitution des mineurs à Paris souligne en effet que la problématique demeure très peu explorée par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui n'ont pas encore mis en place de réponses spécifiques. Le document cite des données de l'observatoire parisien de l'enfance en danger selon lesquelles, sur 1 188 enfants ayant fait l'objet d'un signalement par l'ASE de Paris, moins de 0,1 % étaient identifiés comme victimes d'un réseau de prostitution.

---

<sup>1</sup> Inspection générale des affaires sociales, « Prostitutions : les enjeux sanitaires », décembre 2012.

<sup>2</sup> Rapport d'information Assemblée nationale n° 3459 (2001-2002) fait au nom de la mission commune d'information sur les diverses formes d'esclavage moderne, décembre 2001.

**La prostitution étudiante tendrait à se développer.** Elle ne constitue pas en tant que telle une forme de prostitution qui aurait ses caractéristiques propres, liées au statut d'étudiant, mais elle s'explique avant tout par la précarisation des conditions de vie des jeunes concernés. Au cours de son audition, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) a fait part de son sentiment d'un phénomène de plus en plus présent.

Vos rapporteurs ont auditionné les principales organisations étudiantes sur le sujet. Seul le Mouvement des étudiants a estimé qu'il s'agissait d'un phénomène marginal auquel il n'avait jamais été confronté. Les autres l'ont reconnu tout en soulignant rencontrer des difficultés pour l'apprécier quantitativement.

Ce flou quant au nombre de jeunes concernés ne les empêche pas de mener des actions spécifiques sur le sujet. Ainsi, la Fédération des associations générales étudiantes (Fage) a lancé une campagne « Osons en parler » en partenariat avec le service interuniversitaire de prévention et de promotion de la santé (Siumpps) de Poitiers.

Entre mai et juin 2013, le conseil général de l'Essonne a réalisé une enquête auprès des étudiants de deux universités<sup>1</sup>. Sur les 843 répondants, 23 (13 femmes et 10 hommes) ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent, de biens ou de services. Les difficultés financières constituaient le principal motif de passage à l'acte. 46 répondants déclaraient avoir déjà proposé ou s'être vu proposer des actes sexuels en échange d'argent, de biens ou de services. 58 avaient connaissance de pratiques prostitutionnelles dans leur entourage et 67 avaient déjà envisagé le recours à la prostitution.

Preuve d'une certaine forme de banalisation du sujet, les jeunes refuseraient bien souvent d'employer le terme « prostitution », préférant parler de « relations tarifées ».

#### *b) Les modes d'exercice de la prostitution*

**La prostitution la plus visible et la mieux connue est celle qui s'exerce dans la rue.** Depuis la loi pour la sécurité intérieure (LSI) du 18 mars 2003<sup>2</sup>, elle tend à s'éloigner des grands centres urbains pour s'exercer dans des lieux périphériques, moins accessibles aux services de police mais également aux associations et par conséquent plus dangereux pour les personnes prostituées.

**Une prostitution plus discrète se développe par ailleurs dans les bars à hôtesse et les salons de massage.** L'OCRTEH dénombrait en 2009 611 établissements de ce type susceptibles d'abriter une activité

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'Evry Val de Seine et Paris-sud 11 (Orsay). Sur les 33 334 personnes contactées, 1 034 ont répondu et 843 réponses ont pu être exploitées.

<sup>2</sup> Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

prostitutionnelle<sup>1</sup>. A Paris, une équipe de la brigade de répression du proxénétisme (BRP) est dédiée à la surveillance de ces établissements.

**L'exercice de la prostitution au domicile ou à l'hôtel après une prise de contact sur internet est en augmentation.** La mission menée par Danielle Bousquet et Guy Geoffroy sur la prostitution en France chiffrait en 2011 à environ 10 000 le nombre d'annonces publiées sur internet dont plus de la moitié était le fait de réseaux de prostitution. *L'escorting*, qui consiste parfois à proposer au client un accompagnement allant au-delà du service sexuel, trouve avec internet un terrain propice à son développement.

Contrairement à la prostitution de rue, celle qui s'exerce sur internet est vue comme garantissant davantage de discrétion, que ce soit pour les clients ou pour les personnes prostituées. Alors qu'elles peuvent penser être en mesure de « filtrer » leurs clients grâce à internet, les personnes prostituées demeurent confrontées au risque de subir des violences sans pour autant bénéficier de l'appui d'autres personnes exerçant avec elles, comme cela pourrait être le cas dans la rue. Elles ne sont pas non plus davantage protégées contre les réseaux qui peuvent parvenir à les atteindre via internet.

**Les rythmes d'exercice sont également variables.** Si la prostitution est bien souvent la seule source de revenus pour la personne prostituée, elle peut également être exercée en parallèle d'une activité professionnelle, afin de compléter un salaire insuffisant. L'utilisation d'internet permet alors plus facilement de cacher son activité à ses proches. Comme le souligne l'Igas, les comportements de prévention, en particulier l'utilisation du préservatif, peuvent être moins systématiques chez des personnes qui n'exercent que de façon ponctuelle et irrégulière.

La variété de ces situations ainsi que leur caractère changeant ne contribuent pas à faciliter l'action des associations. Lorsqu'elles sont peu visibles, les personnes qui se prostituent sont également plus isolées et par conséquent davantage confrontées au risque de violence et moins sensibilisées face aux conduites à risques.

## **2. Une activité qui a connu de profondes évolutions au cours des vingt dernières années**

*a) Une prostitution désormais majoritairement exercée par des personnes étrangères*

**Au début des années 1990, 80 % des personnes prostituées étaient françaises.** Les bouleversements géopolitiques intervenus au cours de cette décennie, qu'il s'agisse de la dislocation de l'Union soviétique, des conflits

---

<sup>1</sup> Données citées dans le rapport d'information n° 3 334 de Guy Geoffroy publié en avril 2011 au nom de la commission des lois de l'Assemblée nationale, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prostitution en France.

dans les Balkans ou des crises politiques en Afrique, ont encouragé l'arrivée de personnes originaires de ces pays.

**Ainsi, en 2011, 80 % des personnes identifiées en France comme prostituées étaient de nationalité étrangère, ce pourcentage atteignant 90 % pour la prostitution de rue<sup>1</sup>.** Selon l'OCRTEH, celles-ci sont pour l'essentiel originaires de Roumanie, de Bulgarie, du Nigéria, du Brésil et de Chine. La BRP indique elle aussi que plus de 85 % des personnes qui se prostituent à Paris seraient de nationalité étrangère.

Les données fournies par les associations vont dans le sens des estimations des services de police.

Le rapport d'activité 2012 de l'association Grisélidis souligne ainsi que 14 % des personnes rencontrées cette année-là étaient françaises tandis que 45 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, 35 % d'Europe de l'Est et 6 % d'un autre pays.

L'association Information, prévention, proximité, orientation (Ippo), implantée à Bordeaux, dit quant à elle accueillir 57 % de personnes venant d'Afrique subsaharienne, 28 % venant d'Europe de l'est et environ 10 % de Françaises.

Lors de son audition, l'association ALC, située à Nice, a estimé à 85 % la part des personnes d'origine étrangère au sein de la population prostituée de Nice. Elles seraient pour l'essentiel originaires du Nigéria, de Bulgarie et de Roumanie. La présence de nombreuses personnes transgenres, quasi-exclusivement originaires d'Amérique latine, a également été soulignée par cette association.

#### *b) La réalité croissante des réseaux de prostitution et de la violence*

Cette inversion du rapport entre prostituées françaises et étrangères s'est accompagnée d'un changement des modes d'exercice de la prostitution.

**La prostitution dite « traditionnelle » est en forte diminution.** Selon l'OCRTEH, la prostitution de rue française représente désormais 10 % de l'ensemble et est exercée par des femmes dont la moyenne d'âge s'approche de soixante ans.

A l'inverse, il est possible de considérer qu'**une très grande partie des personnes prostituées de nationalité étrangère sont soumises à l'influence de réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains.**

**Selon l'OCRTEH, les victimes des réseaux sont à 90 % des femmes, la plupart du temps en situation irrégulière sur le territoire.**

---

<sup>1</sup> Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales – Rapport annuel 2012 sur la criminalité en France, p. 226.

**Les réseaux sont le plus souvent de type communautaire**, c'est-à-dire que les victimes et leurs proxénètes proviennent de la même région, du même pays ou ont la même appartenance ethnique. L'attachement des personnes à leur proxénète est en outre assuré par la nécessité pour elles de **rembourser la dette** qu'elles ont contractée au moment de leur passage en France et par **la menace que fait peser le réseau sur leur famille restée dans le pays d'origine**. Dans la plupart des cas, le remboursement de la dette est rendu particulièrement difficile par les multiples prélèvements appliqués sur le produit des passes, notamment pour leur assurer le droit d'occuper une partie du trottoir.

Premiers historiquement, **des réseaux d'Europe de l'est se sont développés dans les années 1990**, venant « concurrencer » la prostitution traditionnelle en pratiquant des prix très faibles. Les jeunes femmes, souvent en situation de fragilité économique et psychologique, sont d'abord séduites par un garçon, le « lover boy », qui les introduit dans le réseau. Elles sont ensuite violentées et abusées par leurs proxénètes, les témoignages recueillis faisant même état de véritables « parcours de dressage ».

**Les réseaux d'Afrique subsaharienne sont en majorité nigériens**. Les jeunes femmes sont vendues par leur famille entre 8 000 et 14 000 euros au réseau. Une cérémonie dite du « juju » est célébrée au cours de laquelle est confectionnée une amulette censée les protéger. Très souvent, elles subissent des sévices physiques et sexuels à la fois dans leur pays d'origine et durant le trajet qui les mène jusqu'en Europe. Une fois arrivées en France, ces jeunes femmes sont prises en charge par des « Mama », le plus souvent d'anciennes prostituées, à qui elles doivent rembourser une dette pouvant atteindre 60 000 à 65 000 euros. L'amulette devient alors un outil de contrainte psychologique pour obliger les jeunes femmes à travailler et les empêcher de dénoncer le réseau.

**La prostitution chinoise, qui était essentiellement présente à Paris depuis le début des années 2000, tend à se développer dans d'autres grandes villes de France**. Selon la BRP, ce type de prostitution, à l'origine peu soumis aux réseaux, est exercé par des femmes généralement plus âgées que la moyenne<sup>1</sup>, venues en France pour travailler dans la restauration ou la confection. Se rendant compte qu'elles ne parviennent pas à renvoyer suffisamment d'argent à leur famille restée en Chine et qui a emprunté pour elles auprès d'un réseau de passeurs, elles sont incitées à se tourner vers la prostitution.

Au cours des années 2000, des membres de la communauté chinoise ont développé un proxénétisme immobilier, démarchant des locataires d'appartements à qui ils proposent de reverser une partie du produit des passes en échange de la mise à disposition du logement. En 2012, la BRP a réalisé sept procédures concernant le proxénétisme chinois.

---

<sup>1</sup> Selon des données de l'OCRTEH recueillies au cours d'enquêtes judiciaires, leur moyenne d'âge était en 2012 de 42 ans. Les femmes concernées avaient entre 27 et 56 ans.

Selon la BRP, **la prostitution originaire d'Amérique latine est également soumise en partie aux réseaux**. Il s'agit essentiellement de jeunes transsexuels qui se retrouvent à la merci de proxénètes leur proposant de payer le trajet vers la France ainsi que leur opération.

**L'influence des réseaux s'exerce également sur internet**. Hébergés dans des pays étrangers, des sites de petites annonces proposent au client d'appeler un standard téléphonique auprès duquel sont négociés le tarif, le lieu et les modalités de la prestation. Une fois arrivé sur place, le client appelle à nouveau le standard qui lui donne les informations nécessaires pour lui permettre de rejoindre la personne prostituée.

Les prix pratiqués étant plus élevés que ceux de la prostitution de rue et les personnes ayant la possibilité d'en conserver une plus grande partie (environ la moitié), il leur est possible d'amasser en peu de temps des sommes relativement importantes.

Les personnes proposant des prestations sexuelles tarifées sur internet ne maîtrisent cependant ni le rythme ni la nature de celles-ci et ne sont pas moins protégées contre les clients violents que les prostituées de rue. Envoyées en France avec un visa touristique, elles sont entièrement prises en charge, ne passant pas plus de trois ou quatre jours dans la même ville, afin d'éviter les contacts avec la police ainsi que toute forme de relation suivie avec les clients. Le proxénétisme de luxe utilise des modes opératoires semblables. Les femmes qui exercent dans ces réseaux sont pour l'essentiel originaires de pays d'Europe de l'Est.

**En 2012, l'OCRTEH a démantelé 52 réseaux de prostitution. Cette même année, 751 victimes de la traite ont été identifiées dans le cadre de procédures judiciaires.**

## ***B. UN MANQUE CRIANT DE DONNÉES ÉTAYÉES ET PARTAGÉES PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS***

### **1. Sur les personnes prostituées**

L'action des pouvoirs publics auprès des personnes qui se prostituent ne peut être efficace que si les caractéristiques de ce public sont suffisamment connues. Or **le manque de données étayées et partagées sur le sujet est criant**.

Cette situation peut ne pas surprendre s'agissant d'une activité licite, pratiquée de façon discrète voire secrète et en mutation perpétuelle. Les observations de la police ne peuvent ainsi se fonder que sur la base des procédures mises en œuvre pour proxénétisme ou racolage et sur les remontées effectuées par les associations.

Les rapports d'activité de ces dernières fournissent à ce titre des informations précieuses pour avoir connaissance des profils des personnes prostituées. Mais les associations sont elles-mêmes démunies face à l'évolution constante des formes de prostitution. Elles tentent malgré tout de s'adapter.

Ainsi, les tournées virtuelles effectuées par Grisélidis afin d'entrer en contact avec les personnes qui se prostituent sur internet lui ont permis de fournir des données chiffrées sur le profil de cette population dans son rapport d'activité pour 2012.

Mais le manque d'expertise sur le sujet a bien souvent pour conséquence d'empêcher tout diagnostic unanimement partagé par les acteurs publics et associatifs, par exemple sur des enjeux tels que la prostitution des mineurs ou celle des étudiants. Sans véritable impulsion à l'échelle nationale, les initiatives qui sont menées pour mieux connaître ces publics, si elles traduisent une prise de conscience utiles, demeurent isolées.

**La France a en outre accumulé un retard important par rapport à ses voisins européens concernant la connaissance de l'état de santé des personnes prostituées.** C'est ce que montre la revue de littérature étrangère effectuée par l'Igas en annexe de son rapport de 2012<sup>1</sup>.

Seule **l'étude Prosanté** réalisée entre 2010 et 2011 sous la responsabilité de la Fnars et de l'Institut de veille sanitaire (InVS), permet aujourd'hui de disposer d'un aperçu relativement global de l'état de santé des personnes qui se prostituent<sup>2</sup>.

L'article 52 de la loi pour la sécurité intérieure du 18 mars 2003 demande au Gouvernement de publier chaque année un **rapport sur la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées**. Ainsi que l'a souligné le Conseil national du Sida (CNS)<sup>3</sup>, un seul rapport a été communiqué à ce jour qui, faute de pouvoir s'appuyer sur une expertise partagée et actualisée, n'a pu proposer qu'une analyse de portée limitée.

---

<sup>1</sup> L'Igas dénombre dix études effectuées en Espagne et au Royaume-Uni, cinq en Italie, trois en Suisse, aux Pays-Bas et en Belgique.

<sup>2</sup> InVS-Fnars, « Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales », 2010-2011.

<sup>3</sup> Conseil national du Sida, « VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins », septembre 2010.

### Propositions

Assurer la mise en place d'un dispositif de remontée des informations recueillies sur le terrain, structuré et partagé par l'ensemble des acteurs.

Développer, sur la base de ces informations, une véritable expertise publique qui permette de mieux connaître les profils des personnes qui se prostituent, leurs modes d'exercice et leur situation sanitaire et sociale. Accorder une attention particulière à la prostitution sur internet, encore peu connue mais en fort développement.

Une fois ces préalables acquis, rendre effective la publication annuelle du rapport sur la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées.

## 2. Sur les clients des personnes prostituées

Les clients sont quasi-exclusivement des hommes. Selon l'enquête sur la sexualité en France publiée en 2008<sup>1</sup>, **3,1 % des hommes déclarent avoir eu un rapport sexuel avec une personne prostituée au cours des cinq dernières années**. C'était le cas de 3,3 % d'entre eux lors de l'enquête publiée en 1992.

**Après cinquante ans, plus d'un homme sur quatre dit avoir eu un rapport sexuel payant au moins une fois dans sa vie.**

Ce sont les hommes âgés de 20 à 34 ans qui y ont le plus recours. Ils sont près de 5 % dans l'enquête de 2008. Des variations existent au sein de cette catégorie d'âge selon l'environnement géographique. Si 4 % des hommes de 20 à 34 ans vivant dans des communes de moins de 5 000 habitants disent avoir eu des rapports tarifés au cours des cinq dernières années, ils sont 11,6 % dans l'agglomération parisienne.

**Tableau n° 1 : Part des hommes de 18 à 69 ans ayant eu recours à la prostitution**

Recours à la prostitution (en %)	18-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
A payé pour avoir des rapports (vie)	1,3	6,1	10,2	17,9	19,6	25,3	29,8	<b>18,1</b>
A payé pour avoir des rapports (cinq ans)	1,3	5,4	4,9	2,6	2,5	3,0	0,9	<b>3,1</b>

Source : Enquête sur la sexualité en France, 2008

<sup>1</sup> Bajos Nathalie, Bozon Michel, Dir., « Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé », La Découverte, Paris, 2008.

Au regard de ces chiffres, **le recours à la prostitution ne peut donc pas être considéré comme marginal au sein de la population française.** Il transcende par ailleurs l'ensemble des milieux sociaux et traduit des attentes ainsi que des pratiques variables selon les personnes.

Pourtant, **très peu de travaux ont été menés** pour connaître les motivations des clients, le regard qu'ils portent sur les personnes prostituées ainsi que leur connaissance des risques qu'elles ou eux-mêmes peuvent encourir.

Une enquête réalisée en 2004 à partir d'entretiens avec soixante-trois hommes a tenté d'effectuer une classification des clients en fonction de leurs trajectoires personnelles et de leurs motivations<sup>1</sup>. Si ce type d'étude revêt quelque part un caractère schématique, il permet en partie de comprendre **la variété des mécanismes à l'œuvre.**

L'isolement affectif et sexuel, le refus de tout engagement, une socialisation fondée sur une vision très inégalitaire des rapports entre les hommes et les femmes sont autant de facteurs qui peuvent encourager un homme à rechercher des relations sexuelles tarifées.

De façon générale, beaucoup de clients semblent partager **une vision largement fantasmée de la femme qui se prostitue.** Selon Claudine Legardinier, qui a été auditionnée par vos rapporteurs<sup>2</sup>, cette part de fantasme résulte en partie d'une forme d'ignorance vis-à-vis de l'autre sexe.

Les motivations des clients se contredisent parfois entre elles. Alors que le recours à la prostitution constitue le moyen de vivre sa sexualité sans souci de séduction ni d'engagement<sup>3</sup>, beaucoup de clients regretteraient l'absence de sentiments dont témoigneraient les personnes prostituées, leur manque de générosité sexuelle et affective. La recherche de **la « girl friend experience »**, fréquemment évoquée devant vos rapporteurs, semble ainsi motiver certains clients, prêts à payer pour vivre une expérience qui se rapproche le plus possible de ce qu'ils pourraient connaître en couple.

---

<sup>1</sup> Bouamama Saïd, *L'homme en question : le processus du devenir client*, 2004. L'étude a été réalisée pour le Mouvement du nid. Un peu moins de la moitié des clients avait entre 18 et 40 ans, les autres étaient plus âgés. Un tiers était marié ou en couple, les deux-tiers restant étant célibataires ou divorcés. Un peu plus de la moitié avait au moins un enfant. L'ensemble des catégories socio-professionnelles était représenté de même que les différents types de pratiques prostitutionnelles, même si la prostitution de rue était la plus pratiquée.

<sup>2</sup> A la suite de l'étude effectuée par Saïd Bouamama pour le Mouvement du nid, elle a publié avec lui un ouvrage sur les clients de la prostitution. Bouamama Saïd, Legardinier Claudine, « Les clients de la prostitution : l'enquête, Presse de la Renaissance », Paris, 2006.

<sup>3</sup> A la page 37 de son ouvrage « Histoire d'une prostituée », Clara Dupont-Monod émet cette hypothèse : « je me demande aussi si les clients payent les prostituées moins pour l'acte sexuel que pour pouvoir partir après l'acte sexuel. Peut-être que c'est le départ, bien plus que la passe, qu'ils achètent. »

Dans une société où les mœurs sexuelles se sont fortement libéralisées et où la recherche d'une plus grande égalité entre les hommes et les femmes apparaît comme un objectif largement partagé, la persistance d'une demande de relations sexuelles tarifées pourrait sembler surprenante. Il apparaît alors nécessaire de soulever certaines questions. Quel est l'impact de la pornographie et de l'hypersexualisation de la société sur le recours à la prostitution ? Quel est le degré de connaissance qu'ont aujourd'hui les générations qui entament leur sexualité sur ces questions ?

Ces interrogations doivent être expertisées afin de mieux comprendre les déterminants qui conduisent aujourd'hui certains hommes à recourir à la prostitution.

#### **Proposition**

Encourager les travaux de recherche sur les clients de la prostitution.

Plusieurs des personnes auditionnées, qui interviennent régulièrement dans des collèges et lycées, ont fait part à vos rapporteurs du **peu de connaissances dont témoignent les jeunes à l'égard de leur corps et de la sexualité**. Ils n'ont par ailleurs souvent qu'une connaissance vague de ce que signifie la prostitution et n'appliquent pas nécessairement ce terme au fait d'accepter ou demander des relations sexuelles en échange d'un service ou d'une forme de rémunération quelle qu'elle soit.

#### **L'espace Santé-Jeunes Guy Môquet de l'Hôtel Dieu**

Vos rapporteurs ont auditionné le docteur Dinah Vernant qui a créé un service dédié à la prise en charge médicale des adolescents en situation de rupture sociale et/ou familiale. Accessible aux jeunes de 13 à 21 ans et jusqu'à présent unique en France, cette structure a une **file active de 10 000 patients** et en accueille environ **1 000 chaque année**, d'une moyenne d'âge de **17 ans**. Le service accueille des jeunes de **72 nationalités différentes**. Il est **pluridisciplinaire** : les médecins généralistes interviennent systématiquement en première ligne afin d'établir un premier diagnostic puis dirigent les patients vers des spécialistes.

**L'état de santé de ces jeunes est relativement mauvais**. Ils n'ont **aucune éducation à la santé et sont souvent en situation de choc culturel**. Ils sont en rupture avec une culture familiale où le corps, la santé et la sexualité sont tabous et dans le même temps confrontés aux images que véhicule la société, qui les perturbent et les excitent.

Le taux d'hépatite B et d'infections gynécologiques chez ces jeunes est supérieur à ce qui peut être observé dans l'ensemble de la population. Leurs premiers rapports sexuels interviennent globalement plus tôt que dans la moyenne nationale. 20 % à 25 % d'entre eux ont subi des violences physiques, psychiques ou sexuelles au sein de leur famille.

**Les jeunes accueillis ont très peu de connaissances sur leur propre corps et sur la sexualité.** Ils ont par exemple beaucoup de mal à identifier leur première relation sexuelle et tendent à confondre pratique sexuelle et relation sexuelle. Ils sont également peu informés sur la contraception. Très présente aussi bien chez les filles que chez les garçons, **la pornographie tend à influencer sur les comportements**, d'où des actes sexuels sans préliminaires et relativement violents. La notion de prostitution est relativement abstraite pour ces jeunes.

Le docteur Vernant a été confronté à des **réseaux de prostitution** dans le cadre de ses consultations. Elle a notamment pris en charge des jeunes filles originaires de pays d'Europe de l'est et elle-même été menacée par leurs proxénètes.

Les jeunes venant consulter étant généralement en rupture avec le système éducatif, elle est peu confrontée à la prostitution étudiante même si des patientes ont pu lui expliquer avoir couché avec leur propriétaire afin de payer leur loyer.

Le service accueille également de jeunes garçons qui se prostituent. Ils sont en situation de très grande souffrance et généralement en rupture familiale.

Ces questions, difficiles à aborder dans le cadre familial et dont la responsabilité ne devrait pas peser sur les professeurs, doivent pourtant être traitées afin de contrecarrer certaines idées reçues, d'encourager les comportements de prévention et d'insister sur l'égalité entre les filles et les garçons.

Inscrite dans le code de l'éducation depuis 2001<sup>1</sup>, **l'éducation sexuelle doit être renforcée par la venue systématique et régulière d'intervenants extérieurs, associatifs et médicaux**, dans les établissements d'enseignement secondaire, en lien avec les services de médecine scolaire.

### Propositions

Assurer l'application effective de l'article L. 312-16 du code de l'éducation en renforçant les moyens alloués à l'éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité.

Compléter l'article L. 312-16 en prévoyant une sensibilisation aux questions d'égalité entre les femmes et les hommes.

## C. UNE RÉALITÉ AU CŒUR D'UN DÉBAT PHILOSOPHIQUE ET POLITIQUE

### 1. Une position officielle de la France qui ne devrait souffrir d'aucune ambiguïté

*a) De l'abolition du réglementarisme à un objectif d'abolition de la prostitution*

Historiquement, le terme abolitionnisme renvoie à la volonté d'abolir le régime réglementariste préexistant. **Il s'agit de supprimer toute forme d'intervention de la puissance publique visant à encadrer l'exercice de la prostitution.**

**Les bases du système réglementariste ont été posées en France sous le Consulat** avant d'être reprises dans plusieurs pays européens sous le nom de « French system »<sup>2</sup>. Ainsi que le souligne Alain Corbin, cette politique trouvait sa source dans **la théorie du mal nécessaire** dont les fondements apparaissent dans la pensée de Saint Augustin : « *les prostituées sont méprisables, pensait le Père de l'Eglise à la fin du IV<sup>e</sup> siècle ap. J-C, mais*

---

<sup>1</sup> Article L. 312-16 du code de l'éducation, issu de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

<sup>2</sup> Il est ainsi introduit en 1866 dans les villes de garnison et les ports anglais avant d'être étendu en 1869 à l'ensemble du territoire par les Contagious disease acts.

*supprimez-les, et les passions bouleverseront le monde. Les auteurs des règlements s'inspirent de cette réflexion d'ordre moral. Ils y ajoutent la menace sanitaire »<sup>1</sup>.*

Tout en étant condamnées par la morale, les personnes prostituées voient donc leur activité encadrée afin que soit préservé l'ordre public et contenu tout risque sanitaire. Au fichage des personnes prostituées, rendu obligatoire en 1796, s'ajoutent ainsi des examens sanitaires réguliers. Pour être mieux contrôlée, la prostitution doit également être davantage connue. Le médecin hygiéniste Alexandre Parent-Duchâtelet entreprend ainsi de 1827 à 1836 une étude de la prostitution à Paris qui devient l'une des références du réglementarisme.

Ces mesures n'empêchent cependant pas le développement d'une prostitution visible qui s'exerce en dehors des maisons de tolérance ni celui des maladies vénériennes telles que la syphilis.

**Dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, le mouvement abolitionniste se développe à l'initiative de militantes féministes telles que Joséphine Butler en Angleterre, qui parvient à faire annuler en 1886 les lois réglementaristes adoptées par son pays vingt ans plus tôt.**

En France, le combat contre le réglementarisme et certains agissements de la police des mœurs est notamment mené par le journaliste Yves Guyot. Condamnant l'indulgence dont bénéficient les clients ainsi que la stigmatisation dont sont victimes les prostituées, il s'interroge dans l'un de ses ouvrages : *« si la prostitution est nécessaire, pourquoi les bons citoyens, les grands, les riches, les préfets de police, les sénateurs ne contribuent-ils pas à ce sacrifice indispensable, en conduisant leurs filles, leurs sœurs dans des maisons de tolérance ? »<sup>2</sup>.*

Dès cette époque, des débats se font jour au sein du mouvement abolitionniste sur l'existence d'une prostitution qui pourrait être considérée comme exercée sans contrainte et justifiée par le principe de libre disposition du corps humain. Dans le même temps, la lutte contre les réseaux de proxénétisme, dont les adversaires du réglementarisme estiment qu'ils ont été favorisés par l'existence des maisons de tolérance, devient pour ces personnes une priorité.

**Le 13 avril 1946, la France franchit une première étape vers le passage à un régime abolitionniste en adoptant la loi dite « Marthe Richard »<sup>3</sup>, du nom d'une conseillère municipale de Paris, ancienne prostituée, ayant lutté pour obtenir la fermeture des maisons closes dans la capitale. Le texte étend cette fermeture à l'ensemble du territoire, à l'exception des colonies.**

---

<sup>1</sup> Alain Corbin, « Le mal nécessaire ? », in. *L'Histoire*, n° 383, janvier 2013, p. 38-41.

<sup>2</sup> Yves Guyot, « La prostitution », 1882.

<sup>3</sup> 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.

La position abolitionniste de la France est ensuite confirmée en 1960 lorsqu'elle ratifie **la Convention de l'ONU du 2 décembre 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui.**

Le Préambule de la convention établit clairement le lien entre prostitution et traite des êtres humains et la définit comme contraire à la dignité humaine : « *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* ».

Les premiers articles condamnent le proxénétisme tandis que l'article 6 engage expressément les Etats parties à abolir toute mesure visant à réglementer la prostitution : « *chacune des Parties à la présente Convention convient de prendre toutes les mesures nécessaires pour abroger ou abolir toute loi, tout règlement et toute pratique administrative selon lesquels les personnes qui se livrent ou sont soupçonnées de se livrer à la prostitution doivent se faire inscrire sur des registres spéciaux, posséder des papiers spéciaux, ou se conformer à des conditions exceptionnelles de surveillance ou de déclaration* ».

**Deux ordonnances tirent les conclusions de cette ratification<sup>1</sup>. Elles ont pour objet d'affirmer la position abolitionniste de la France tout en prévoyant des mesures d'accompagnement social des personnes prostituées.**

Le premier texte renforce les dispositions applicables à la lutte contre le proxénétisme, notamment en élargissant la définition de celui-ci au proxénétisme hôtelier.

Le second contient deux dispositions importantes. D'une part, il supprime le fichage sanitaire et social des personnes prostituées qui avait été maintenu en 1946. D'autre part, il crée dans chaque département un service de prévention et de réinsertion sociale (SPRS) chargé de « *rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution et de leur fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin* » ainsi que « *d'exercer toute action médico-sociale en faveur des personnes qui se livrent à la prostitution* ».

---

<sup>1</sup> Ordonnances n° 60-1245 et n° 60-1246 du 25 novembre 1960.

### **Le cadre international et européen de la lutte contre la traite des êtres humains**

- **Les conventions internationales ratifiées par la France**

**1960** : ratification de la Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, du 2 décembre 1949.

**1983** : Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (Cedaw) du 18 décembre 1979. Elle rappelle l'engagement des Etats à « *supprimer, sous toutes leurs formes, le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes* ».

**2002** : 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, dit « Protocole de Palerme », du 15 novembre 2000. Premier instrument universel portant sur tous ses aspects, il oblige les Etats Parties à prévoir dans leur droit pénal l'incrimination de la traite des personnes, dont il donne une définition large et non limitative. La définition de la traite est assortie d'une disposition qui affirme le caractère inopérant du consentement de la victime de la traite à l'exploitation elle-même.

**2008** : Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains, dite « Convention de Varsovie », du 16 mai 2005. Applicable à toutes les formes de traite, le texte met l'accent sur la protection des victimes et sur la sauvegarde de leurs droits. Il contient également des dispositions relatives à la prévention de la traite et à la répression des trafiquants. Son entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> février 2008, a déclenché la mise en place du groupe d'experts sur la lutte contre la traite des êtres humains (Greta), chargé d'assurer le suivi de l'application de la convention.

- **Le cadre européen**

Décision cadre 2002-629-JAI du Conseil du 19 juillet 2002 relative à la lutte contre la traite des êtres humains.

Plan de l'Union européenne concernant les meilleures pratiques, normes et procédures pour prévenir et combattre la traite des êtres humains (2005-C 311-01).

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 qui ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes.

Directive 2011-36-UE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2011 concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes, et remplaçant la décision-cadre 2002-269-JAI du Conseil. Ce texte édicte des règles minimales, pour la définition des infractions pénales, du niveau des sanctions, renforce la prévention et la protection des victimes en demandant aux autorités nationales de ne pas poursuivre les victimes de la traite des êtres humains et de ne pas leur infliger de sanctions pour avoir pris part à des activités criminelles auxquelles elles ont été contraintes.

Source : Direction générale de la cohésion sociale

L'acception du terme abolitionnisme a évolué. Dans le langage courant, elle renvoie désormais à la volonté d'abolir, non pas toute forme de réglementation, mais bien la prostitution elle-même. C'est ce que traduit la **proposition de résolution adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2011** puisque ce texte « *réaffirme la position abolitionniste de la France, dont l'objectif est, à terme, une société sans prostitution* ».

**Proposition de résolution  
réaffirmant la position abolitionniste de la France en matière de prostitution  
adoptée le 6 décembre 2011 par l'Assemblée nationale**

« L'Assemblée nationale, [...] considérant que la non-patrimonialité du corps humain est l'un des principes cardinaux de notre droit et qu'il fait obstacle à ce que le corps humain soit considéré, en tant que tel, comme une source de profit ;

Considérant que les agressions sexuelles, physiques et psychologiques qui accompagnent le plus souvent la prostitution portent une atteinte particulièrement grave à l'intégrité du corps des personnes prostituées ;

Considérant que la prostitution est exercée essentiellement par des femmes et que les clients sont en quasi-totalité des hommes, contrevenant ainsi au principe d'égalité entre les sexes ;

1. Réaffirme la position abolitionniste de la France, dont l'objectif est, à terme, une société sans prostitution ;

2. Proclame que la notion de besoins sexuels irrépressibles renvoie à une conception archaïque de la sexualité qui ne saurait légitimer la prostitution, pas plus qu'elle ne justifie le viol ;

3. Estime que, compte tenu de la contrainte qui est le plus souvent à l'origine de l'entrée dans la prostitution, de la violence inhérente à cette activité et des dommages physiques et psychologiques qui en résultent, la prostitution ne saurait en aucun cas être assimilée à une activité professionnelle ;

4. Juge primordial que les politiques publiques offrent des alternatives crédibles à la prostitution et garantissent les droits fondamentaux des personnes prostituées ;

5. Souhaite que la lutte contre la traite des êtres humains et le proxénétisme constitue une véritable priorité, les personnes prostituées étant dans leur grande majorité victimes d'exploitation sexuelle ;

6. Estime que la prostitution ne pourra régresser que grâce à un changement progressif des mentalités et un patient travail de prévention, d'éducation et de responsabilisation des clients et de la société tout entière. »

*b) Les conséquences pratiques du système abolitionniste*

Si la Cour de cassation a estimé en 1996 que le fait « *de se prêter, moyennant une rémunération, à des contacts physiques de quelque nature qu'ils soient, afin de satisfaire les besoins sexuels d'autrui* »<sup>1</sup> relevait de la prostitution, celle-ci ne fait l'objet d'**aucune définition législative**.

<sup>1</sup> Chambre criminelle de la Cour de cassation, 27 mars 1996.

**Elle est une activité licite et informelle.** Seule son exploitation, via le proxénétisme<sup>1</sup>, et seuls les troubles qu'elle peut causer à l'ordre public sous la forme du racolage<sup>2</sup> sont punis par la loi. Les clients n'encourent aucune sanction pénale, à moins qu'ils n'aient eu des relations sexuelles avec des mineur(e)s ou avec des personnes particulièrement vulnérables<sup>3</sup>.

Certains considèrent que la position abolitionniste serait la moins dommageable pour les personnes prostituées dans la mesure où elle devrait en théorie s'accompagner de mesures sanitaires et sociales adaptées. Il ne s'agit cependant pas là d'un point de consensus.

En pratique, et comme cela a été constaté dans de nombreux rapports avant celui-ci, l'accompagnement sanitaire et social des personnes prostituées n'a clairement pas été à la hauteur des enjeux. Selon vos rapporteurs, cette situation trouve une partie de son explication dans les **débats idéologiques** qui continuent d'agiter les différents acteurs et empêchent toute avancée concrète et significative sur le sujet. Dès lors, **l'ambiguïté de la position française**, à laquelle s'ajoute **le manque de moyens consacrés à cette question**, ont été favorables au développement des réseaux, à la violence et à une forme d'oubli de la condition sanitaire et sociale des personnes prostituées.

## **2. Une division du tissu associatif qui témoigne de divergences persistantes**

Si la position officielle de la France ne souffre pas d'ambiguïtés, les débats relatifs à la prostitution demeurent malgré tout marqués par **des approches idéologiques opposées**.

Dans un cas, la prostitution est appréhendée comme **une violence faite aux femmes**. Celles-ci doivent par conséquent être prises en charge en tant que victimes.

Dans un autre, elle peut être considérée comme **une activité professionnelle choisie** qui devrait alors être reconnue en tant que telle. Chaque personne étant libre de disposer de son propre corps, rien ne doit l'empêcher de vendre un service sexuel à la condition que la transaction s'effectue dans le cadre d'un contrat librement consenti par chacune des deux parties. C'est notamment la position du syndicat du travail sexuel (Strass) dont des représentants ont été auditionnés par vos rapporteurs.

**Ces deux approches conduisent à des préconisations de politiques publiques différentes.** Si la prostitution est une violence de genre, l'essentiel des moyens qui lui sont consacrés doivent être concentrés sur l'accompagnement des personnes en dehors de la prostitution et sur le travail de réintégration sociale et professionnelle, avec pour objectif final de la faire entièrement disparaître.

---

<sup>1</sup> Articles 225-5 à 225-10 du code pénal.

<sup>2</sup> Article 225-10-1 du code pénal.

<sup>3</sup> Articles 225-12-1 à 225-12-4 du code pénal.

Si elle peut être une activité librement consentie, l'objectif de diminution de l'activité prostitutionnelle passe alors derrière celui de l'amélioration des conditions de vie des personnes qui se prostituent et de leur accès aux soins et aux droits sociaux.

En pratique, l'action sur le terrain des associations dites de réinsertion sociale et des associations de santé communautaires, composées à part égale de personnes prostituées et non prostituées, ne semble pas freinée par ces divergences idéologiques. Ainsi que le note l'Igas dans le rapport précité, leurs modes d'intervention, alliant une démarche d'« aller vers » à travers des maraudes et une permanence dans leurs locaux, sont similaires. En outre, les associations de réinsertion sociale peuvent être très impliquées sur les questions de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) tandis que les associations communautaires développent des actions de réinsertion sociale et professionnelle.

**Les divergences idéologiques peuvent en revanche rendre difficile la mise en place d'actions de plus grande envergure que tenteraient d'impulser les pouvoirs publics.**

L'Igas souligne ainsi que le manque de collaboration entre associations a nui au bon déroulement de l'étude Pro-Santé, conduisant notamment à restreindre l'échantillon aux personnes rencontrées dans les structures d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale. Lors de son audition, l'InVS a fait part aux rapporteurs des réactions parfois très tranchées qui avaient accompagné la présentation des résultats provisoires, certaines associations reprochant à l'étude de montrer une vision misérabiliste de la prostitution.

Que ce soit au cours des auditions, des maraudes effectuées avec l'association Les amis du bus des femmes, ou grâce aux contributions recueillies sur le site participatif de la mission, vos rapporteurs se sont pleinement rendu compte de **la diversité des situations que recouvre le terme prostitution**. Si certaines femmes ont revendiqué devant vos rapporteurs l'exercice libre et sans contrainte de leur activité, d'autres ont pu témoigner des souffrances qu'emporte celle-ci, même lorsqu'elle n'est pas exercée au sein d'un réseau.

Ces témoignages rejoignent le constat dressé par l'Igas : *« l'examen de la diversité des situations de prostitution fait apparaître des degrés très variables dans la contrainte ou au contraire dans la liberté. Et cette gradation se traduit de façon très concrète en termes de risques sanitaires, notamment pour ce qui concerne l'effet des violences, mais aussi les possibilités d'accès aux soins »*.

Vos rapporteurs demeurent malgré tout conscients que les témoignages qu'ils ont pu recueillir ne reflètent qu'une partie de la réalité de la prostitution et que les personnes les plus soumises à la violence ainsi qu'aux réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains étaient également les moins en mesure de s'exprimer devant eux.

**Sans se prononcer sur les débats en cours quant à une éventuelle évolution du cadre législatif de la prostitution, vos rapporteurs estiment que les réponses qui devront être apportées en termes d'accompagnement sanitaire et social des personnes prostituées ne peuvent être uniques. Elles doivent permettre de dépasser les jugements manichéens pour contribuer à la mise en œuvre d'une prise en charge à la fois globale et individualisée.**

## II. L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DES PERSONNES PROSTITUÉES : LE CONSTAT D'UNE GRANDE VULNÉRABILITÉ

### A. UN ÉTAT DE SANTÉ GLOBALEMENT TRÈS PRÉOCCUPANT

Malgré la diversité des situations, la prostitution comporte des risques sanitaires communs à toutes les formes d'exercice. Le niveau d'exposition varie toutefois selon le mode de pratique et le profil des personnes prostituées.

On distingue deux catégories de risques : ceux directement liés à l'activité prostitutionnelle, essentiellement relatifs à la santé sexuelle, et ceux qui résultent des conditions de vie.

#### 1. Les risques sanitaires inhérents à l'activité prostitutionnelle

Comme le souligne l'Igas<sup>1</sup>, « *historiquement, la question des risques sanitaires liés à la prostitution a été surtout appréhendée à l'aune du péril vénérien et de l'hygiène publique. De par son caractère d'urgence et de gravité, l'épidémie VIH-Sida a par la suite largement renforcé cette approche, au point parfois d'éclipser d'autres risques liés à l'activité prostitutionnelle.* »

Les risques sanitaires spécifiquement liés à la pratique de la prostitution sont connus : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), IST<sup>2</sup>, problèmes gynécologiques, grossesses non désirées... Ces risques, inhérents à l'activité sexuelle – donc non exclusifs de la prostitution-, sont renforcés par le multipartenariat, lorsque la protection est insuffisante ou mal maîtrisée.

##### a) Le VIH et les IST

La revue de littérature étrangère, mentionnée par l'Igas en annexe de son rapport, montre que si la prévalence du VIH est très variable et ne s'élève significativement que pour certaines catégories de publics qui se prostituent (cf. *infra*), celle des IST apparaît, dans son ensemble, supérieure à celle de la population générale. Comme le montre le tableau ci-après, les taux d'infection des personnes prostituées s'agissant des gonococcies, de la syphilis, de la chlamydiae et des papillomavirus sont plusieurs fois supérieurs à ceux de la population générale.

---

<sup>1</sup> Rapport précité.

<sup>2</sup> Font partie des IST les plus fréquentes la blennorragie gonococcique, la chlamydiae, l'hépatite B, l'herpès génital, les mycoplasmes, la trichomonase, les papillomavirus, la syphilis.

**Tableau n° 2 : Prévalences VIH/IST dans les études européennes  
parmi les personnes qui se prostituent**

	VIH	gonococcies	syphilis	chlamydiae	Papilloma- virus à haut risque
Femmes	[0 - 1,5 %]	[0,6 - 3,7 %]	[2,2 - 2,5 %]	[4,7 - 14 %]	56 %
Femmes usagères de drogues	[13,6 - 23,8 %]				
Prostitution masculine	[10,8 - 16,9 %]	1,7%	12,5 %	9,7 %	
Personnes Trans	[17,2 - 37,5 %]		[14 - 40 %]		
Population générale	0,2 %	< 0,1 %	0,001 %	[1,4 - 1,6 %]	14,3 %

Source : Études européennes citées en annexe n° 3 du rapport de l'Igas

**En France, les données concernant la prévalence du VIH et des IST en milieu prostitutionnel sont très restreintes.** Jusqu'à récemment, les seules disponibles dataient du début des années 1990. Elles faisaient état d'une prévalence du VIH particulièrement élevée chez les femmes se prostituant consommatrices de drogues intraveineuses et d'une prévalence des autres IST comprises entre 13 % et 40 %, taux sensiblement plus élevés que dans la population générale.

L'étude ProSanté 2010-2011<sup>1</sup> apporte un éclairage supplémentaire même si « *la population de l'étude n'est qu'un reflet partiel des files actives des structures associatives* ».

Un quart des personnes prostituées venues en consultation médicale dans le cadre de l'enquête a déclaré avoir déjà eu une IST, soit une proportion beaucoup plus importante que dans la population générale (20 % des femmes ayant consulté contre 9 % des femmes de 18-54 ans). En revanche, très peu d'IST ont été dépistées lors des consultations.

S'agissant du VIH, 27 des 62 transgenres (44 %) interrogés, 3 des 23 hommes (13 %) et 2 des 166 femmes (1,2 %) ont déclaré être séropositifs. **Les populations prostituées transgenre et homosexuelle apparaissent donc nettement plus exposées au risque de VIH que la population prostituée hétérosexuelle<sup>2</sup>.** La prévalence du VIH déclarée est, par ailleurs, plus importante chez les personnes usagères de drogues que chez celles n'en consommant pas. Concernant le dépistage du VIH à proprement parler, l'enquête a permis de découvrir une séropositivité chez une personne transgenre, 5 autres étant déjà connues des personnes concernées.

<sup>1</sup> Etude précitée.

<sup>2</sup> Dans la population générale, la prévalence du VIH est d'environ 0,35 %.

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

*b) Les problèmes gynéco-obstétricaux*

L'activité prostitutionnelle peut exposer les femmes qui l'exercent à **divers problèmes gynécologiques** : infections urinaires, troubles du cycle menstruel, douleurs ovariennes, problèmes de fertilité, etc. On sait également que le développement du cancer de l'utérus est favorisé par des facteurs de risques souvent observés chez les femmes qui se prostituent (rapports sexuels à un âge précoce, multiplicité des partenaires, tabagisme, autres IST). Selon l'Igas, les problèmes gynécologiques représentent entre 20 % et 25 % des demandes adressées aux associations de terrain.

Les grossesses non désirées constituent un autre risque auquel les personnes prostituées sont particulièrement exposées. D'après l'étude ProSanté, « *la vulnérabilité des femmes (qui se prostituent) sur le plan gynéco-obstétrical est notable, avec notamment une fréquence d'IVG déclarée dans l'étude trois fois plus élevée qu'en population générale* ». Ainsi, parmi les femmes prostituées consultées, près de la moitié (45 %) des 18-24 ans et les deux tiers (64 %) des 25-54 ans ont déjà eu recours à une IVG, alors que ces proportions sont respectivement de 12 % et de 24 % pour la population générale.

Si le préservatif semble être le premier moyen de contraception chez les personnes qui se prostituent, son statut d'outil de travail amène un certain nombre de femmes à moins l'utiliser dans le cadre des relations privées et à s'exposer ainsi au risque de grossesse non désirée. Ce risque est également directement lié aux demandes de rapports non protégés de la part des clients (cf. *infra*).

*c) Les pratiques sexuelles à risque*

Le risque de contamination des personnes qui se prostituent au VIH et aux IST est directement corrélé au **niveau d'utilisation du préservatif**.

Selon l'Igas, le taux d'usage du préservatif est globalement élevé parmi les personnes prostituées car elles le considèrent comme un outil de travail. Toutefois, on constate d'importantes variations selon les pratiques et les publics.

Au sein de la population féminine prostituée, l'usage du préservatif serait quasi systématique dans le cadre des relations avec pénétration, mais apparaîtrait moins fréquent s'agissant des rapports bucco-génitaux.

Concernant la prostitution homosexuelle masculine et la prostitution transgenre, les données sont plus rares. Il semble toutefois que le niveau de protection serait moins important que chez les femmes<sup>1</sup>.

Dans le cadre de la vie affective privée, les intervenants de terrain comme les études soulignent la faible fréquence de l'usage systématique du préservatif, attitude qui reflèterait la volonté de séparer l'activité prostitutionnelle de la sphère personnelle, mais qui exposerait de fait à des risques de grossesses non désirées voire à des risques de transmission d'IST.

Le niveau de protection dépend également du **degré d'appropriation des messages et des pratiques de prévention**.

Il apparaît clairement que les personnes prostituées étrangères, issues de pays où l'éducation sexuelle et la prévention des IST sont encore peu développées (Asie, Afrique subsaharienne, certains pays d'Europe de l'Est), sont beaucoup moins informées des méthodes de protection que les prostituées de nationalité française. En outre, leur mauvaise voire non maîtrise de la langue, leur méconnaissance des dispositifs institutionnels (centres de dépistage anonymes et gratuits et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST : CDAG-CIDDIST) et l'emprise des réseaux compliquent leur appropriation des messages de prévention. Qui plus est, lorsqu'il y a usage du préservatif, celui-ci n'est pas toujours efficace en raison de procédures d'emploi inadaptées<sup>2</sup>.

Par ailleurs, la prise de drogues, d'alcool ou de médicaments psychotropes ainsi que la vulnérabilité psychique sont nettement associées à la prise de risque sexuel et au relâchement des comportements de prévention.

Enfin, les études disponibles ainsi que les acteurs de terrain mettent en avant **le rôle des clients dans les pratiques sexuelles à risque**.

*D'après l'Igas, « alors que le risque de VIH et d'IST est habituellement imputé aux personnes qui se prostituent, plusieurs études concluent que les clients eux-mêmes présenteraient un haut niveau de risque sexuel avec des prévalences de VIH et d'IST supérieures à la population générale. [...] Ce point est d'autant plus important qu'une fraction significative de la population masculine déclare avoir eu recours à des prestations sexuelles tarifées : en France, plus d'un homme sur quatre a eu au moins un rapport sexuel payé dans sa vie ».*

La plupart des associations auditionnées par vos rapporteurs ont insisté sur **l'augmentation**, depuis quelques années, **des demandes de rapports sexuels non protégés de la part des clients**. Le Conseil national du sida évalue, selon les sources, leur part **entre 10 % et 50 %**<sup>3</sup>. Pour

---

<sup>1</sup> Cf. étude ProSanté précitée.

<sup>2</sup> Ruptures du préservatif liées à l'utilisation insuffisante de gel, à des produits lubrifiants non adaptés ou à des pratiques inappropriées (douches vaginales, utilisation de deux préservatifs...).

<sup>3</sup> Rapport précité.

l'association Grisélidis, ce type de comportement concernerait au moins un client sur cinq<sup>1</sup>.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer la recrudescence de ce phénomène : la précarité financière des personnes prostituées, les habitudes prises avec les clients réguliers, le regain de concurrence consécutif à l'accroissement de l'offre prostitutionnelle dans un contexte général de crise, le relâchement global des pratiques de prévention notamment chez les clients, l'accroissement des pratiques à risque, particulièrement sur internet.

## 2. Les risques sanitaires liés aux conditions de vie

A côté de ces risques sanitaires spécifiques, on rencontre, selon les publics et les situations, **diverses pathologies qui ne sont pas nécessairement directement imputables à l'exercice de la prostitution, mais qui reflètent plus largement les conditions de vie et l'environnement des personnes prostituées**. Ces troubles chroniques se retrouvent plus généralement chez les publics en situation de précarité, indépendamment de toute activité prostitutionnelle.

### *a) Les pathologies recensées dans le cadre de la prostitution de rue*

A partir des remontées de terrain, le rapport de l'Igas dresse un tableau des pathologies observées dans le cadre de la prostitution de rue, les données concernant les autres formes de prostitution (en particulier la prostitution « indoor ») étant insuffisantes. Celui-ci rejoint globalement les résultats de l'étude ProSanté, dont la grande majorité (88 %) des personnes prostituées interrogées exerce dans la rue.

Parmi les pathologies recensées, **les problèmes respiratoires** de type infections broncho-pulmonaires et asthme tiennent une place importante. Le tabagisme (cf. *infra*) et l'attente postée à l'extérieur sont vraisemblablement en cause. Certains cas de tuberculose ont aussi été relevés par les associations, en particulier chez la population prostituée vieillissante.

Les **problèmes dermatologiques** constituent une autre catégorie régulièrement évoquée par les personnes prostituées. Ceux-ci peuvent être liés à des IST, mais traduisent aussi très souvent des conditions de vie précaires et stressantes (sécheresse cutanée, eczéma, lésions liées au grattage), parfois un manque d'hygiène (mycoses, furoncles, poux, gale).

Les **troubles digestifs** liés au stress (reflux gastriques, douleurs abdominales, ulcères gastroduodénaux) sont également fréquemment mentionnés.

---

<sup>1</sup> Rapport d'activité 2011.

Les **troubles musculo-squelettiques** observés, qui peuvent être consécutifs aux violences subites, s'expliquent aussi par le temps passé à l'extérieur en position debout (troubles du retour veineux, lésions aux pieds).

En outre, les **déséquilibres alimentaires**, corrélés aux rythmes de vie décalés et aux conditions d'existence souvent précaires peu propices à une alimentation équilibrée, représentent un problème de santé récurrent chez la population prostituée. Ils s'accompagnent de malnutrition et de surpoids, entraînant des risques d'obésité, de pathologies cardio-vasculaires et de maladies métaboliques (diabète, cholestérol). Par ailleurs, les troubles alimentaires, parfois associés au manque d'hygiène et de suivi bucco-dentaire, sont responsables de nombreux **problèmes dentaires**.

Les personnes prostituées vieillissantes (exerçant le plus souvent une prostitution dite « traditionnelle ») sont, de fait, plus susceptibles d'être concernées par ces pathologies chroniques. Lors de son audition, la présidente de l'association Avec Nos Aînées (ANA) a d'ailleurs alerté vos rapporteurs sur la très grande vulnérabilité de ces femmes qui continuent à travailler malgré un âge parfois très avancé et un état de santé général dégradé.

**Tableau n° 3 : Problèmes de santé déclarés à l'interrogatoire par les personnes en situation de prostitution venues en consultation médicale**

	Femmes N=66	Transgenres N=9	Hommes N=3	Total N=78
<b>Asthénie</b>	18 (27 %)	4	0	22 (28 %)
<b>Amaigrissement</b>	7 (11 %)	1	2	10 (13 %)
<b>Anorexie</b>	5 (8 %)	1	0	6 (8 %)
<b>Troubles du sommeil</b>	11 (17 %)	4	1	16 (21 %)
<b>Anxiété</b>	8 (12 %)	2	2	12 (15 %)
<b>Etat dépressif</b>	9 (14 %)	2	0	11 (14 %)
<i>Au moins un de ces trois troubles</i>	20 (30 %)	5	3	28 (36 %)
<b>Migraine</b>	11 (17 %)	0	0	11 (14 %)
<i>Au moins un de ces quatre troubles</i>	24	5	3	32 (41 %)
<b>Problèmes dentaires</b> (caries, douleurs, parodontite, dent cassée)	9 (14 %)	3	1	13 (17 %)
<b>Hyperlipidémie</b>	2 (3 %)	1	0	3 (4 %)
<b>Diabète</b>	3 (5 %)	1	0	4 (5 %)
<b>HTA</b>	2 (3 %)	1	0	3 (4 %)
<i>Au moins un de ces trois facteurs de risque</i>	4 (6 %)	3	0	7 (9 %)
<b>Infection virale chronique</b> (infection à VIH, VHB ou VHC)	2 (3 %)	4	0	6 (8 %)
<b>Problèmes pulmonaires</b> (asthme, bronchite chronique ou emphysème)	4 (6 %)	1	0	5 (6 %)
<b>Autres problèmes de santé</b> (douleurs, troubles digestifs,...)	11 (17 %)	1	2	14 (18 %)
<b>Au moins un problème de santé déclaré</b>	37 (56 %)	8	3	48 (62 %)

Source : Etude ProSanté 2010-2011

*b) Les troubles psychiques*

Conformément à la définition globale de la santé promue par l'organisation mondiale de la santé (OMS), les études portant sur la santé des personnes prostituées ne se concentrent pas seulement sur la dimension physique, mais prennent également en compte la dimension psychique.

Elles révèlent l'existence de problèmes psychiques divers, allant des **troubles de somatisation** (maux de ventre, céphalées, dorsalgies, dermatoses...), des **troubles du sommeil** et des **troubles anxieux**, aux **problèmes psychiatriques** plus graves (dépressions, troubles psychotiques...).

L'étude ProSanté montre ainsi que les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés chez les personnes prostituées interrogées sont des symptômes en lien avec une souffrance psychique : des troubles du sommeil (chez 21 % des personnes), une anxiété (15 %) et/ou un état dépressif (14 %). Au total, au moins un de ces troubles est déclaré par le tiers (36 %) des interrogés. Les **pensées suicidaires** sont également beaucoup plus présentes chez les personnes en situation de prostitution ayant participé à l'étude (29 %) que dans la population générale (3 %). Parmi les personnes prostituées, les transgenres semblent particulièrement concernés par les comportements suicidaires, ce qui s'expliquerait par le harcèlement et la discrimination dont ils sont souvent victimes.

Bien que nombre d'intervenants de terrain témoignent de l'existence de troubles psychiques chez les personnes prostituées, l'Igas note que « *le niveau de leur prévalence et la question de leur imputabilité plus ou moins directe à l'exercice de la prostitution ne fait pas consensus. Les divergences sur ce sujet s'inscrivent dans le cadre du débat plus général sur la nature même de la prostitution* ».

Les troubles psychiques seraient, en tout état de cause, liés à plusieurs facteurs : les profils individuels (violences précédant l'entrée dans la prostitution telles que les abus et les traumatismes subis dans l'enfance ou à l'adolescence, addictions, troubles psychiatriques préexistants), les conditions d'exercice de la prostitution (les violences subies, la peur des contrôles de police, les conditions de vie précaire, la stigmatisation, l'éloignement du pays d'origine pour les personnes de nationalité étrangère) et/ou les déterminants sociaux (précarité, exclusion).

*c) Les addictions*

La consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, drogue...) est une problématique récurrente lorsqu'on s'intéresse à l'état de santé des personnes prostituées.

L'étude ProSanté montre ainsi que **la consommation quotidienne d'alcool** chez les personnes interrogées est supérieure à celle de la population générale, à âge équivalent. Ce constat vaut aussi bien pour les

hommes que pour les femmes, à l'exception des femmes chinoises qui consomment très peu d'alcool.

De même, **les personnes interrogées fument globalement plus que la population générale**, à âge équivalent. Près de la moitié (46 %) des femmes déclare être fumeuse, cette proportion étant de 36 % chez les femmes de 26-34 ans et de 34 % chez les 35-44 ans dans la population générale. Il en est de même chez les hommes, avec 65 % de fumeurs parmi les hommes interrogés dans le cadre de ProSanté. Certaines nationalités se démarquent très clairement : les personnes d'Europe centrale et d'Europe de l'Est fument quasiment toutes, alors qu'elles sont peu nombreuses parmi les femmes d'Afrique subsaharienne ou chinoises. Ces différences concernant la consommation d'alcool et de tabac relèvent en partie de phénomènes culturels.

S'agissant du recours aux **drogues illicites** (cannabis, cocaïne, héroïne...), les données disponibles sont rares car le sujet reste encore tabou. Parmi les personnes ayant participé à ProSanté, 17 % déclarent avoir consommé du cannabis dans les douze derniers mois, 11 % de la cocaïne et 4 % de l'héroïne. Dans une enquête réalisée en 2010, l'Amicale du Nid de Paris constatait que 17 % de sa file active consommait des drogues illicites autres que le cannabis.

Comme pour les troubles psychiques, l'Igas souligne cependant qu' « *il y a débat sur la question de savoir si la consommation de produits psychoactifs est directement liée à l'activité prostitutionnelle ou plus généralement aux conditions de vie, dans la mesure où le recours à ce type de substances concerne aussi, indépendamment de toute prostitution, une part importante des personnes en situation de précarité* ». Alors que certaines personnes peuvent avoir recours à ces substances pour les « aider » à surmonter les peurs et les violences subies dans le milieu prostitutionnel, d'autres en viennent parfois à se prostituer pour payer leurs produits.

### **3. La grande vulnérabilité sanitaire des personnes prostituées victimes des réseaux de proxénétisme et de traite**

Le niveau des risques sanitaires et la fréquence des pathologies rencontrées chez les personnes prostituées varient selon les publics et les conditions d'activité, ce qui rend impossible toute généralisation.

Néanmoins, les auditions menées par vos rapporteurs font clairement apparaître que **les personnes prostituées victimes des réseaux de proxénétisme et de traite sont particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire**.

Très souvent, ces femmes ont déjà subi des sévices physiques<sup>1</sup> et/ou sexuels dans leur pays d'origine ainsi que pendant le voyage qui les mène jusqu'en Europe. Le rapport « Bousquet-Geoffroy » fait état de véritables « parcours de dressage » s'agissant de certains réseaux (Europe de l'Est, Afrique subsaharienne), durant lesquels les femmes subissent de terribles violences. Outre les séquelles physiologiques qui en résultent, les troubles psychiques sont fréquents (peur des autres, prostration sociale, sentiment de honte, troubles du sommeil et de la conduite alimentaire, syndromes post-traumatiques...).

Les études montrent également que la prévalence du VIH est plus marquée chez les femmes migrantes issues de pays où l'épidémie sévit de manière active (Nigéria, Ghana, Chine...), certaines ayant pu contracter l'infection avant leur entrée dans la prostitution. Ces femmes sont en outre plus exposées au risque de contamination en raison de leur faible niveau (voire l'absence) de connaissances préalables sur le VIH et les IST, de la persistance de certaines croyances<sup>2</sup> et de l'utilisation de techniques intra-vaginales dangereuses<sup>3</sup>.

Une fois en France, ces femmes sont confrontées à de nouveaux facteurs de vulnérabilité (non maîtrise de la langue, contraintes physiques et morales exercées par les membres du réseau, conditions de vie très dures), qui influent sur leur état de santé. On sait, par exemple, que l'obligation de rapporter une certaine somme d'argent quotidienne aux proxénètes diminue leur capacité de négociation avec les clients et les contraint, dans certains cas, à accepter des prestations à risques comme des rapports sexuels non protégés.

L'étude ProSanté témoigne de cette **grande précarité sanitaire**. Ainsi, malgré leur jeune âge, la moitié des femmes nigérianes interrogées déclare un état de santé plutôt moyen, mauvais ou très mauvais ; 50 % ont eu recours à une IVG ; 64 % se sentent déprimées « parfois ou souvent ».

#### **4. Un manque global de suivi médical**

##### *a) Un accès aux soins freiné par les conditions de vie précaires*

Tout comme l'exposition aux risques sanitaires, le recours aux soins médicaux varie selon les situations individuelles et les formes d'exercice de la prostitution. La revue de littérature étrangère, annexée au rapport de l'Igas, indique que la prostitution de rue se traduit par des difficultés d'accès

---

<sup>1</sup> Les associations mentionnent les excisions subies par certaines femmes africaines. Or des études montrent que l'excision est associée à une plus grande fréquence d'infections urinaires, de problèmes gynécologiques ou obstétricaux, de gênes dans la vie quotidienne (mal-être, difficultés dans la vie sexuelle).

<sup>2</sup> Les baisers, le partage des couverts, les piqûres de moustique ou encore l'usage du préservatif seraient responsables de la propagation du virus du Sida.

<sup>3</sup> Douches vaginales, usage de produits détergents ou de tissus.

aux soins et de suivi médical plus marquées que la prostitution en salon de massage : les personnes travaillant dans la rue sont moins nombreuses à être inscrites auprès d'un médecin généraliste, moins souvent dépistées pour les IST et enregistrent plus de retards dans leurs contrôles du col de l'utérus.

D'une manière générale, **le recours aux soins s'avère d'autant plus problématique que la situation de la personne prostituée est précaire.** Comme pour d'autres publics vulnérables, le cumul de difficultés économiques et sociales (problèmes de papiers, de logement, d'argent, isolement familial et social, etc.) agit comme un frein à l'accès aux soins. Les personnes qui se prostituent ont tendance à attendre le dernier moment pour consulter, la santé n'étant pas la première de leurs priorités. Certaines associations comme le Mouvement du Nid évoquent également un phénomène de « dissociation » entre le corps et l'esprit qui expliquerait la moindre attention portée aux besoins de santé.

Selon l'enquête du Lotus bus Médecins du Monde<sup>1</sup>, 63 % des femmes d'origine chinoise qui se prostituent à Paris n'ont pas recours aux soins suite à des violences physiques ou un viol. La majorité de ces femmes (54 %) n'a pas non plus recours au traitement prophylactique<sup>2</sup> suite à un rapport à risque imposé par la violence.

Par ailleurs, les conditions de vie liées à l'activité prostitutionnelle (hébergement à l'hôtel, rythme de vie décalé, alimentation déséquilibrée) ne sont pas propices au bon déroulement d'un traitement médical.

*b) Un recours au dépistage du VIH contrasté*

Dans son rapport de 2010<sup>3</sup>, le Conseil national du sida jugeait **le recours au dépistage du VIH/sida et des hépatites à destination des personnes prostituées insuffisant** : « *les propositions de dépistage du VIH/sida, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida et des hépatites demeurent trop rares* ».

Pour sa part, l'Igas estime qu' « *il est difficile d'évaluer de façon générale le niveau d'accès des publics prostitués au dépistage et à la prévention dans ce domaine* » ; celui-ci dépend en effet du profil des personnes prostituées et du mode d'exercice. L'association Grisélidis fait ainsi état, dans son rapport d'activité 2011, d'un taux d'accès au dépistage élevé pour les personnes qui fréquentent les associations de santé communautaire, mais d'un taux beaucoup plus faible pour les personnes se prostituant sur internet. De même, les personnes prostituées étrangères ont moins de chance d'être testées que celles de nationalité française : en cause, l'insuffisance de culture préventive et la méconnaissance des lieux de dépistage et de diagnostic gratuit (CDAG-CIDDIST).

---

<sup>1</sup> Rapport précité.

<sup>2</sup> Le traitement prophylactique post-exposition (TPE) permet de réduire le risque de contamination au VIH en cas d'accident exposant au risque de transmission virale.

<sup>3</sup> Rapport précité.

Afin d'améliorer l'accès au dépistage des personnes qui se prostituent, des sessions « hors les murs » ont été mises en place grâce à des dispositifs mobiles allant au-devant des personnes prostituées<sup>1</sup> en utilisant des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)<sup>2</sup>. Le recours à ce nouvel outil est encouragé par la direction générale de la santé (DGS) dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014.

**Les TROD constituent en effet une opportunité intéressante car ils permettent d'accéder à des populations particulièrement exposées au VIH, mais qui ne fréquentent pas ou peu les CDAG-CIDDIST.** Ils présentent toutefois certaines limites (résultats parfois difficiles à exploiter, incertitudes sur une prise en charge ultérieure, focalisation sur le seul VIH au détriment des autres IST...), qui en font un outil complémentaire aux dispositifs de dépistage « classique » et non un substitut.

*c) Un suivi gynécologique insuffisant*

Alors que l'activité prostitutionnelle renforce les risques gynécologiques, le suivi médical en la matière se révèle **largement insuffisant**. Une étude mentionnée par l'Igas<sup>3</sup> montre en effet que le suivi gynécologique des femmes prostituées en contact avec une association varie entre 54 % et 74 %, taux inférieur à celui de la population générale (85 %).

Hormis le préservatif (cf. *supra*), les moyens de contraception (contraceptifs oraux, implants, stérilet) sont peu utilisés par les femmes qui se prostituent, les exposant de fait au risque de grossesse non désirée. Pour les personnes prostituées d'origine étrangère, les associations évoquent comme facteurs d'explication le poids des tabous et des représentations culturelles.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'étude ProSanté témoigne d'une différence importante entre la population prostituée et la population générale : 29 % des femmes de vingt-cinq ans et plus interrogées n'ont jamais réalisé de frottis cervico-vaginal au cours de leur vie, par rapport à 4 % chez les femmes de 25-65 ans dans la population générale d'après le Baromètre santé 2010.

---

<sup>1</sup> C'est notamment le cas à Paris entre le Lotus Bus et le CDAG/CIDDIST de l'hôpital F. Vidal, et à Boulogne-Billancourt entre le PASTT et le CDAG/CIDDIST de l'hôpital A. Paré.

<sup>2</sup> Les TROD doivent permettre d'avoir un résultat en de moins de trente minutes à partir du prélèvement d'une goutte de sang. En cas de positivité, ils doivent être confirmés par une analyse de sang. Il peut être facilement utilisé au cours d'action de dépistage « hors les murs » menées par des associations et les CDAG/CIDDIST.

<sup>3</sup> « Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes en situation de prostitution : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes », sous la direction de Françoise Guillemaut, décembre 2008.

---

## ***B. UN ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX ET AUX SOINS THÉORIQUEMENT POSSIBLE, MAIS TRÈS DIFFICILE DANS LES FAITS***

Les personnes prostituées bénéficient théoriquement des mêmes droits sociaux que les autres citoyens. Il leur est possible de s'affilier à un régime de sécurité sociale et d'accéder ainsi à la couverture maladie et à l'assurance retraite. Dans la réalité, cependant, ces possibilités leur sont difficiles d'accès, dans la mesure où la prostitution ne constitue pas une activité professionnelle juridiquement reconnue, conformément à la position abolitionniste de la France.

La question de l'accès aux droits et aux soins se pose en des termes différents s'agissant des personnes prostituées de nationalité étrangère soumises aux réseaux. Du fait de leur statut juridique précaire et de l'emprise exercée par leurs proxénètes, ces personnes sont, pour la grande majorité d'entre elles, très éloignées des dispositifs de prise en charge.

### **1. Les règles d'accès à la couverture maladie**

En matière de couverture maladie, les personnes prostituées relèvent, en fonction de leur statut juridique et de leur situation sociale, soit des dispositifs de droit commun, soit des dispositifs complémentaires destinés aux personnes n'ayant pu faire valoir leurs droits par la première voie d'accès.

Elles peuvent ainsi entrer dans différentes catégories :

- selon qu'elles sont de nationalité française ou étrangère ;
- si elles sont étrangères, selon qu'elles sont en situation régulière ou irrégulière au regard des conditions d'entrée et de séjour sur le territoire ;
- si elles sont en situation irrégulière, selon qu'elles sont ou non susceptibles de prétendre à la protection prévue par l'article L. 316-1 du code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile<sup>1</sup>.

*a) Pour les personnes françaises ou étrangères disposant d'un droit de séjour*

Le droit commun de l'assurance maladie offre plusieurs possibilités d'ouverture de droits selon la situation de la personne qui se prostitue.

(1) Une affiliation au titre d'une autre activité que la prostitution

L'exercice de la prostitution ne peut être considéré comme une activité salariée puisque le lien de subordination inhérent au contrat de travail aurait pour conséquence de qualifier l'employeur de proxénète.

---

<sup>1</sup> L'article L. 316-1 du code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile permet la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » à toute personne étrangère qui décide de déposer plainte ou de témoigner à l'encontre d'auteurs de traite des êtres humains ou de proxénétisme. La délivrance du titre de séjour peut être suivie de celle d'une carte de résident lorsque le proxénète ou l'auteur de la traite a été définitivement condamné.

Toutefois, certaines personnes qui se prostituent peuvent avoir en parallèle une **autre activité professionnelle déclarée** et bénéficier à ce titre de droits à l'assurance maladie. C'est le cas, par exemple, de personnes qui occupent un emploi de service à temps partiel déclaré dans une entreprise ou un emploi de service à la personne chez des particuliers. La personne est alors affiliée au régime général des travailleurs salariés.

(2) Une affiliation au régime social des indépendants en tant que travailleur indépendant

La personne prostituée a la possibilité de se déclarer comme travailleur indépendant et de cotiser au régime social des indépendants (RSI) pour la couverture maladie.

Dans un arrêt de 1995<sup>1</sup>, la Cour de cassation a en effet considéré que l'exercice de la prostitution était une activité non salariée pour laquelle les règles de recouvrement sont les mêmes que pour celles de tous les travailleurs indépendants, les revenus devant être traités fiscalement pour l'impôt sur le revenu comme des bénéfices non commerciaux et soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale de droit commun.

Ainsi que l'ont expliqué les représentants du RSI à vos rapporteurs, la difficulté réside toutefois dans la catégorie d'affiliation : en effet, **bien que l'activité prostitutionnelle ne soit pas illégale, elle n'est pas reconnue en tant que profession**. Compte tenu de ce « flou » juridique, les affiliations des personnes prostituées au régime se répartissent entre deux catégories :

- la catégorie « autres services personnels », qui appartient au groupe professionnel des commerçants. Sous ce code NAF<sup>2</sup>, sont regroupés différents types d'activité : les activités des astrologues et des spirites, les activités liées à la vie sociale (par exemple, les activités des hôtesse, des agences de rencontres et des agences matrimoniales), les services pour animaux de compagnie, les activités des sophrologues auprès des particuliers, etc.

- la catégorie « entretien corporel », qui fait partie du groupe professionnel des artisans. Ce code NAF comprend les activités dites « de massage, de soins et de détente ».

Selon le RSI, il est extrêmement rare que la déclaration d'activité mentionne explicitement l'exercice de la prostitution<sup>3</sup>. Les personnes prostituées déclarent plutôt une activité de « téléphone rose », des « services d'hôtesse, call girl », des prestations de « services de relaxation, de soins et de détente ». Pour cette raison, il est **impossible d'estimer le nombre de personnes prostituées affiliées au RSI**.

<sup>1</sup> Cour de cassation, arrêt du 18 mai 1995, *Urssaf de Paris c/Madame Tremblay*.

<sup>2</sup> *Nomenclature d'activités française*.

<sup>3</sup> Précisons que l'inscription au RSI étant déclarative, les personnes prostituées n'encourent aucune sanction pour s'être déclarées sous une fausse profession.

En revanche, le régime a constaté entre 2008 et 2012 une forte progression des effectifs des deux catégories susmentionnées (« autres services personnels » et « entretien corporel »), qui s'explique par l'arrivée de nombreux auto-entrepreneurs. La majorité des affiliations dans ces deux catégories se fait en effet aujourd'hui sous le statut d'auto-entrepreneur. Bien qu'il soit très difficile d'estimer la part de l'activité prostitutionnelle dans cette progression, il n'est pas exclu que les opportunités offertes par le régime de l'auto-entrepreneur aient été utilisées par certaines personnes prostituées et les aient encouragées à s'affilier au RSI.

### (3) Une inscription à la couverture maladie universelle

Les personnes prostituées de nationalité française ou étrangère en situation régulière peuvent également demander à bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU).

L'accès à la couverture de base peut se faire, selon le niveau des ressources, à titre gratuit ou moyennant le versement d'une cotisation assise sur les revenus. A cette couverture de base peut s'ajouter une couverture complémentaire (CMU-c) attribuée sous condition de ressources.

#### **La couverture maladie universelle (CMU)**

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a créé deux mécanismes de solidarité :

- la **couverture maladie universelle** (CMU) permet l'affiliation au régime de base de la sécurité sociale de toute personne résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas inscrite par ailleurs à un autre régime d'assurance maladie. L'accès à la CMU peut se faire, selon le niveau des ressources, à titre gratuit ou moyennant le versement d'une cotisation assise sur les revenus<sup>1</sup> ;

- la **couverture maladie universelle complémentaire** (CMU-c) fournit une assurance complémentaire gratuite sous condition de ressources (revenus inférieurs à 8 593 euros par an pour une personne seule, soit 716 euros par mois).

Les personnes disposant de ressources supérieures au plafond de la CMU-c mais inférieures à un certain plafond (fixé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 à 135 % du plafond CMU-c) peuvent bénéficier d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) individuelle.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières devrait donc être exclu pour les personnes dont les revenus entrent dans ce cadre juridique et financier. Cependant, **un certain nombre de difficultés sont fréquemment relevées dans l'application de ces règles.**

#### **La justification de l'état civil**

La justification de l'état civil des bénéficiaires potentiels ne soulève pas de problèmes de principe, mais sa mise en œuvre peut parfois soulever des difficultés pour certaines personnes étrangères, même en situation régulière.

Les instructions internes à l'assurance maladie précisent la liste des documents acceptés comme justificatifs<sup>2</sup>. La liste est assez large pour l'ouverture des droits à la CMU, mais beaucoup plus restrictive pour l'attribution de la carte vitale qui permet de les faire valoir au quotidien et de ne pas faire l'avance des frais.

Pour tenir compte des difficultés rencontrées par certains demandeurs, les instructions précisent qu'« à défaut de pouvoir justifier de son identité et de celle des personnes à sa charge, une attestation d'une association agréée ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la Cnam ».

### **Les conditions d'appréciation de la régularité et de la stabilité du séjour**

#### • Pour l'ouverture des droits

Les conditions d'ouverture des droits supposent qu'il y ait à la fois régularité et stabilité du séjour. La régularité du séjour s'apprécie à partir de la production d'un titre de séjour en cours de validité. La stabilité du séjour en France est établie si la personne apporte la justification de sa résidence sur le territoire national depuis au moins trois mois à la date de la demande (le visa du passeport datant de plus de trois mois, un avis d'imposition, des attestations de logement ou d'hébergement dont la liste est fixée par arrêté).

#### • Pour l'exercice des droits

« La condition de stabilité de résidence de trois mois pour l'ouverture du droit à la CMU (et à l'AME) ne doit pas être confondue avec la condition de stabilité de résidence pour la prise en charge des soins pour pouvoir y prétendre, tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit maintenir son foyer sur le territoire français »<sup>2</sup>. La durée du séjour doit être d'au moins six mois par année civile.

### **Les conditions de revenu**

L'appréciation des revenus est nécessaire pour justifier d'une inscription à la CMU de base à titre gratuit ainsi que pour accéder à la CMU-c, l'une et l'autre étant soumises à un plafond de ressources.

Diverses pièces peuvent être acceptées comme justificatif de ressources (avis d'imposition ou de non-imposition, les bulletins de paie ou indemnités de chômage le cas échéant). En l'absence de justificatifs, une attestation sur l'honneur peut être produite par le demandeur indiquant que ses revenus ne dépassent pas le plafond.

### **Les possibilités d'accès immédiat aux soins**

Les droits à la CMU et CMU-c prennent effet le premier jour du mois qui suit la décision d'attribution. Toutefois une possibilité d'attribution immédiate au premier jour du mois de dépôt de la demande est ouverte sur la base d'une présomption de conditions remplies. Peuvent en bénéficier les personnes dont la situation l'exige, car ayant un besoin de soins immédiats, ou devant recourir à des soins programmés (en particulier pour une IVG).

<sup>1</sup> Les personnes dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé à 9 356 euros par foyer au 1<sup>er</sup> octobre 2012 bénéficient de la CMU de base à titre gratuit.

<sup>2</sup> Pour l'attribution d'une carte vitale, doit être présenté l'un des documents suivants : la copie intégrale de l'acte de naissance, un extrait d'acte de naissance avec filiation, des pièces établies par un consulat. D'autres documents permettent l'inscription du bénéficiaire à la CMU, mais pas l'attribution de la carte vitale : le passeport ou la carte d'identité, une traduction de la copie intégrale ou d'un extrait d'acte de naissance effectué par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité, une traduction du livret de famille dans les mêmes conditions que celles précitées, le titre de séjour, les attestations officielles de concubinage ou de pacte civil de solidarité, ou tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur ou celle des personnes à sa charge.

<sup>3</sup> Article R. 115-6 du code de la sécurité sociale.

*b) Pour les personnes étrangères en situation irrégulière*

Selon des estimations convergentes, qui reposent sur l'observation de la prostitution dite « visible », la grande majorité des personnes qui se prostituent relève de cette catégorie. Dans ce cas, elles ont la possibilité de bénéficier des procédures ouvertes à toute personne étrangère en situation irrégulière.

(1) L'aide médicale de l'Etat

Entrée en vigueur en 2000, l'aide médicale de l'Etat (AME) permet aux personnes étrangères en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins dès lors qu'elles résident en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et ne dépassent pas un certain plafond de ressources.

**L'aide médicale de l'Etat (AME)**

Héritière de l'aide médicale urgente créée en 1953, qui fut transférée aux départements en 1984 dans le cadre de la décentralisation et devenue aide médicale départementale, l'aide médicale d'Etat (AME) prend en charge, depuis la loi de 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les soins des personnes étrangères en situation irrégulière.

Cette aide a été conçue dans **un double objectif**, humanitaire et sanitaire :

- elle protège les personnes concernées en leur permettant d'accéder aux soins ;
- elle protège la santé publique en évitant que des affections contagieuses ne se propagent dans la population faute d'être dépistées et prises en charge précocement.

L'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles précise les conditions de l'ouverture des droits à l'AME.

Il faut pouvoir justifier :

- d'une **résidence en France depuis plus de trois mois**. Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé pour pouvoir bénéficier de l'AME. Dans les faits, on observe que cette domiciliation peut être difficile selon la capacité des associations locales à assurer ce service et selon les pratiques des centres communaux d'action sociale ;

- des **conditions de ressources** permettant de les situer en dessous du plafond de la CMU-c (7 934 euros annuels pour une personne seule). Les règles d'appréciation des ressources sont identiques à celles fixées pour la CMU ;

- d'une **preuve de l'identité**<sup>1</sup>. La justification de l'identité avec un extrait d'acte de naissance ou livret de famille rédigés en langue étrangère implique que ces documents soient au préalable traduits par une personne assermentée auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays ayant établi l'acte de naissance ou le livret de famille. Cette traduction n'est cependant pas obligatoire si la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) peut vérifier directement les noms, prénom, date et lieu de naissance.

### **Le droit d'entrée forfaitaire**

Un droit d'entrée forfaitaire de 30 euros a été instauré par l'article 188 de la loi de finances pour 2011 pour les bénéficiaires de l'AME. La délivrance de l'attestation d'affiliation à l'AME était subordonnée au paiement du montant de ce forfait.

Face à l'inquiétude des associations, lesquelles estimaient que ce forfait conduirait à détériorer l'accès aux soins, cette mesure a été supprimée par la loi de finances rectificative pour 2012.

### **Les modalités pratiques d'accès à l'AME**

#### **• Le dépôt des demandes**

Les dossiers de demande peuvent être déposés auprès des Cnam. Pour la réception des dossiers et la délivrance des titres, chaque Cnam développe sa propre organisation, soit en spécialisant les agences (une agence pour l'établissement du dossier, une autre pour la délivrance du titre), soit en faisant le choix de rendre chaque agence compétente dans les deux procédures.

Depuis 2012, les demandes peuvent à nouveau être déposées auprès des associations agréées, des services sanitaires et sociaux des départements et des centres communaux d'action sociale. Cette possibilité leur avait été retirée par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, faisant de l'organisme d'assurance maladie du demandeur le lieu unique de dépôt des demandes d'AME.

La réintégration de ces organismes comme collecteurs des demandes d'AME constitue une amélioration pour l'accès aux droits. Proches des publics considérés, ils sont en mesure de les accompagner et de leur apporter l'information et l'aide nécessaire pour formuler une demande d'AME et constituer le dossier.

En outre, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) des établissements hospitaliers ont également vocation à aider les bénéficiaires potentiels à accéder à l'AME.

Un délai de deux mois est prévu pour l'ouverture des droits entre le dépôt du dossier et la décision d'admission. L'absence de réponse explicite dans ce délai vaut décision implicite de rejet.

#### **• Le retrait du titre**

La remise en mains propres de l'attestation d'AME est prévue pour éviter les fraudes et usurpation d'identité. Un délai de deux mois maximum s'ouvre entre la notification de l'admission, invitant la personne à venir chercher son titre et le retrait effectif du titre.

#### **• La prise d'effet des droits**

Dans l'intérêt des personnes, l'ouverture du droit à l'AME est toujours rétroactive. En règle générale, la décision d'admission à l'AME prend effet à la date du dépôt de la demande. Lorsque les soins ont débuté avant la demande d'AME, le droit peut être ouvert rétroactivement à la date des soins, sous réserve que la demande d'AME ait été déposée dans un délai d'un mois à compter de la date des soins.

<sup>1</sup> Les documents d'identité recevables sont : le passeport indiquant la date d'entrée en France, la carte nationale d'identité, l'extrait d'acte de naissance, le livret de famille, la copie d'un ancien titre de séjour, ou tout autre document qui atteste de l'identité ou de celle des personnes à charge (par exemple : permis de conduire, carte(s) professionnelle(s) du pays d'origine, carte(s) d'étudiant, document nominatif du ministère des affaires étrangères.

(2) La prise en charge financière des soins d'urgence

Les étrangers en situation irrégulière, qui ne remplissent pas les conditions d'éligibilité à l'AME, peuvent bénéficier du dispositif des « soins urgents ».

Selon l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les soins urgents sont ceux « dont l'absence mettrait en jeu leur pronostic vital ou entraînerait une altération grave et durable de leur état de santé ». Sont considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie (par exemple, la tuberculose ou le Sida), les examens de prévention liés à une grossesse, les soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, les IVG.

(3) Les dispositifs d'accès gratuit aux soins

Un certain nombre de structures de prévention ou de soins sont également accessibles gratuitement aux personnes en situation d'exclusion, ne disposant pas de droits ouverts à la protection sociale ou ne connaissant pas le fonctionnement du système de soins.

Font partie de ces structures :

- les permanences d'accès aux soins des établissements hospitaliers (PASS), dont la mission est de faciliter l'accès des personnes précaires au système de soins en les informant sur leurs droits et en les accompagnant dans leurs démarches ;

- les relais assurés par les centres de santé ou les centres de soins municipaux ou associatifs ;

- les dispositifs spécialisés gratuits comme les CDAG-CIDDIST pour le dépistage des IST et du Sida, les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour le suivi médical des grossesses et des jeunes enfants, les centres de planification (Planning familial) qui délivrent des consultations de gynécologie.

*c) Le cas particulier des étrangers ressortissants de l'Union européenne*

En application des règles communautaires<sup>1</sup>, les ressortissants « inactifs » (pensionnés, étudiants, demandeurs d'emploi...) – dont font partie les personnes prostituées – ne sont considérés en situation régulière au regard de la sécurité sociale que s'ils disposent d'une assurance maladie à leur entrée en France et de ressources suffisantes.

Lorsque ces deux conditions ne sont pas réunies, ces ressortissants sont considérés en situation irrégulière et relèvent des dispositifs suivants :

- le dispositif de « soins urgents » si la personne réside en France depuis moins de trois ans ;

---

<sup>1</sup> Directive communautaire n° 2044/38/CE du 29 avril 2004, transposée par la loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration et l'intégration, puis par le décret du 21 mars 2007 et la circulaire du 23 novembre 2007 de la direction de la sécurité sociale.

- l'aide médicale de l'Etat si elle réside en France depuis plus de trois ans et si elle remplit les conditions d'éligibilité, notamment de ressources.

Ces personnes peuvent néanmoins avoir éventuellement accès à la CMU si elles justifient avoir perdu leur droit à l'assurance maladie et leurs ressources depuis leur entrée en France.

*d) Le cas particulier des demandeurs d'asile*

Un certain nombre de personnes qui se prostituent arrivent en France en utilisant les possibilités offertes par le droit d'asile. Elles se retrouvent alors dans la même situation que toutes les personnes qui font une demande d'asile sur le territoire français. Celles-ci ont théoriquement accès à une protection sociale : selon le pays où la demande d'asile a été déposée, la personne peut bénéficier soit de la CMU, soit de l'AME.

Dans les faits, cependant, l'accès à la couverture maladie des demandeurs d'asile est souvent difficile en raison d'interprétations divergentes des textes réglementaires de la part des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) chargées d'instruire les dossiers.

## **2. L'effectivité limitée de l'accès à une couverture maladie**

Comme tout public en situation de précarité, les personnes qui se prostituent connaissent souvent **des difficultés à accéder effectivement à une couverture maladie**, alors qu'elles sont pour la plupart éligibles à l'un ou l'autre des dispositifs de prise en charge décrits précédemment. Ce constat, unanimement partagé par les acteurs de terrain, s'explique par une pluralité de facteurs parmi lesquels la barrière de la langue, la complexité des dispositifs et des démarches administratives, la méconnaissance des droits et du fonctionnement du système de soins.

*a) Le renoncement aux soins : une constante chez les publics en situation de précarité, particulièrement marquée chez les personnes étrangères en situation irrégulière*

Les études réalisées en France sur le renoncement aux soins<sup>1</sup> mettent toutes en avant le facteur financier. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze mois qui ont précédé. Les personnes appartenant au plus bas quintile de revenus renoncent davantage à des soins que les autres et,

---

<sup>1</sup> « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 170, novembre 2011 ; « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Caroline Després, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot, Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 169, octobre 2011 ; *Médecins du monde, rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins*, 25 juin 2003.

globalement, le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu diminue. Autrement dit, **les populations en situation de précarité sont les premières concernées par ces renoncements**, lesquels portent fréquemment sur les soins de premiers recours (alors que dans le reste de la population, ils concernent davantage les soins dentaires et d'optique).

Parmi ces publics précaires, on trouve notamment **les bénéficiaires potentiels de l'AME** (catégorie dont relève la grande majorité des personnes prostituées), comme le montrent l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport commun publié en 2010<sup>1</sup> : « *la complexité de l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis-à-vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité* ». Selon La Drees, qui y a consacré une étude en 2008<sup>2</sup>, le renoncement aux droits et aux soins chez ces personnes est, sans surprise, principalement motivé par des raisons financières ou lié au fait qu'elles ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation.

#### *b) La barrière linguistique*

La **mauvaise maîtrise de la langue française** constitue un obstacle important à l'accès aux soins : elle conduit à des incompréhensions sur les informations délivrées par les professionnels (dates des rendez-vous, nature des traitements prescrits, démarches à entreprendre, etc.), à des erreurs de diagnostic, à des errements... sans compter qu'elle rend quasiment impossible les prises en charge psychologiques.

Certes, de nombreux acteurs aident les personnes non francophones dans leurs démarches (les plates-formes d'accueil pour les demandeurs d'asile, les directions territoriales de l'office français pour l'intégration et l'immigration, les associations, les centres communaux d'action sociale, les services sociaux des établissements hospitaliers, etc.), mais **le recours à l'interprétariat est encore trop rare** dans les administrations et les diverses structures de prise en charge.

Lors d'un déplacement à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt, vos rapporteurs ont pu constater **l'utilité du recours à la médiation et à l'interprétariat**. Cet hôpital a mis en place depuis une dizaine d'années, en partenariat avec l'association Pastt (prévention et action pour la santé et le travail des transsexuel-le-s), un dispositif d'accès aux soins, à la prévention et aux droits destiné à la population prostituée du bois de Boulogne, essentiellement transgenre et originaire d'Amérique latine. Afin de faciliter les échanges avec ce public, un poste d'agent de médiation a

---

<sup>1</sup> IGF-Igas, « *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat* », novembre 2010.

<sup>2</sup> Drees, « *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins* », *Etudes et résultats* n° 645, juillet 2008.

été créé et confié à une personne parlant le portugais et l'espagnol car elle-même née au Brésil. Ce type d'initiative nécessite toutefois des crédits dédiés, dont ne disposent souvent pas les acteurs de terrain.

### Proposition

Développer le recours à la médiation et à l'interprétariat dans les établissements de santé et les services sociaux.

#### *c) Les difficultés administratives*

La **complexité des procédures administratives** est régulièrement citée par les associations comme un facteur aggravant, certaines parlant même de véritable « parcours du combattant ». La constitution des dossiers et la production des justificatifs nécessaires pour ouvrir les droits sont d'autant plus difficiles que la personne est en situation irrégulière, cas fréquent parmi la population étrangère qui se prostitue.

Comme l'expliquent l'IGF et l'Igas dans le rapport précité, la nature même de l'AME implique que les modes de preuve soient particulièrement souples, « *ce qui va à l'encontre de la culture administrative traditionnelle et nécessite une impulsion importante au niveau central* ». Non seulement les délais d'instruction des dossiers sont parfois très longs (deux voire trois ans) mais, en outre, il semble que des disparités importantes existent dans leur traitement selon les Cpm et même selon les agents.

Lors de leur audition, plusieurs associations ont également fait état d'un **problème dans le calcul des ressources** pour l'accès à la CMU-c et l'AME. Pour ces deux prestations, l'évaluation des ressources se fonde théoriquement, en l'absence de documents justificatifs, sur une déclaration sur l'honneur. Or, il apparaît que les pratiques de certains services vont au-delà de la réglementation et cherchent à appréhender les moyens d'existence des personnes à travers une estimation de leurs dépenses, ce qui, dans le cadre de la prostitution, peut faire obstacle à l'accès aux droits. En effet, comme l'explique l'Igas dans son rapport précité, « *en cas de logement à l'hôtel, l'estimation du coût de la nuitée d'hôtel avec une projection sur un mois dépasse largement le plafond de ressources permettant l'accès à l'AME ou la CMU, alors que le reste à vivre de la personne qui se prostitue et qui, dans de nombreux cas, doit assurer le remboursement au réseau de passage ou de traite, ou le paiement d'un « protecteur », sans compter l'envoi d'argent à la famille restée au pays, peut être minimal* ».

**Une application plus harmonisée et homogène de la réglementation par les services est donc nécessaire.** L'appréciation des conditions d'éligibilité à l'AME doit être précisément encadrée par des instructions ministérielles partagées par toutes les directions administratives concernées afin de garantir un égal accès au droit sur tout le territoire.

Parallèlement, **les agents des Cnam doivent être sensibilisés aux difficultés rencontrées par les personnes prostituées - en particulier celles victimes de la traite - pour l'accès aux droits sociaux.** Il est notamment indispensable qu'ils prennent systématiquement en compte **le reste à vivre** de ces personnes.

Par ailleurs, force est de constater que **le turn-over et la forte mobilité** liés à certaines formes de prostitution ne favorisent pas l'engagement de procédures administratives et le suivi des dossiers. En outre, la mobilité géographique devient un obstacle supplémentaire lorsqu'elle ne permet pas à la personne concernée de satisfaire aux conditions de stabilité de résidence exigées, notamment pour l'AME.

#### Propositions

Harmoniser les règles de gestion administratives de l'aide médicale de l'Etat.

Sensibiliser les agents des caisses primaires d'assurance maladie aux difficultés rencontrées par les personnes prostituées pour l'accès aux droits sociaux et les inciter à une meilleure prise en compte du reste à vivre de ces personnes.

#### *d) La méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins*

Enfin, le **manque d'information et de connaissance sur les droits sociaux et sur l'accompagnement** qui peut être proposé dans les structures de soins ou d'aide sociale apparaît comme un frein majeur, en particulier pour les personnes prostituées d'origine étrangère. La complexité du droit de l'assurance maladie, à laquelle s'ajoute celle du droit en matière d'immigration, la multiplicité des acteurs, les barrières culturelles sont autant de facteurs favorisant cette méconnaissance.

Un travail est actuellement en cours entre l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et les représentants d'associations de diverses obédiences en vue d'éditer une brochure « vos droits, votre santé » à l'usage de toutes les personnes prostituées (femmes, hommes, trans). Après un premier projet de maquette n'ayant pas abouti faute de consensus entre les acteurs, un second a vu le jour. Celui-ci comporte, entre autres, un volet « accès aux droits » qui détaille les différents dispositifs existants (AME, CMU...) et indique les procédures à suivre, et un volet « santé » qui aborde la question des IST, des addictions, des violences et donne des conseils sur les conduites à tenir.

Pour vos rapporteurs, la diffusion de cette brochure doit être la première étape **d'une réelle stratégie d'information et d'orientation en direction des personnes prostituées.**

### Proposition

Accroître l'effort d'information et d'orientation des personnes prostituées en développant les outils et les moyens confiés aux associations.

### 3. Un accès restreint à l'assurance retraite

La question de l'accès à l'assurance retraite ne se pose que pour les personnes prostituées en situation régulière. Celles en situation irrégulière en sont *de facto* exclues.

**Depuis 2004, les personnes prostituées peuvent cotiser auprès de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav),** qui accueille l'ensemble des professions non classées, notamment les professions libérales non affiliées au régime social des indépendants. Le décret n° 2004-460 du 27 mai 2004 permet en effet l'affiliation de « *toute profession libérale non rattachée à une autre section professionnelle* » à cette caisse d'assurance vieillesse, qui joue en quelque sorte le rôle de « caisse-balai » pour les professions non réglementées.

Toutefois, selon la direction de la sécurité sociale, il est impossible de connaître le nombre de personnes prostituées ayant recours à ce dispositif dans la mesure où elles ne se déclarent pas comme telles. Par ailleurs, la possibilité de cotiser auprès de la Cipav ne permet pas de remédier à la situation de celles qui sont d'ores et déjà en âge de prendre leur retraite.

Les personnes prostituées âgées peuvent également bénéficier de **l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)**, destinée à assurer un minimum de revenus aux personnes de plus de soixante-cinq ans. Versée sous condition de ressources (plafond de ressources de 787,26 euros mensuels pour une personne seule), cette allocation est soumise à une condition de résidence régulière en France<sup>1</sup>.

Globalement, il ressort des auditions et des visites de terrain<sup>2</sup> qu'**une minorité de personnes prostituées dispose d'une pension de retraite**. Dès lors, ces personnes sont souvent contraintes de poursuivre leur activité pour survivre, malgré leur âge avancé et la dégradation de leur état de santé.

<sup>1</sup> Soit détenir depuis au moins dix ans un titre de séjour autorisant à travailler, soit être réfugié, apatride, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou avoir combattu pour la France, soit être ressortissant d'un état membre de l'espace économique européen ou suisse.

<sup>2</sup> Audition de l'association Avec Nos Aînées (ANA); entretiens avec des prostituées dites « traditionnelles » dans le cadre des maraudes des Amis du bus des femmes.

---

## C. LES FACTEURS QUI FREINENT L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX ET AUX SOINS

L'environnement dans lequel évoluent les personnes prostituées, fait de violences, de conditions d'hébergement précaires, d'isolement social et de méfiance à l'égard des acteurs publics, est un puissant frein à l'accès aux droits et aux soins.

### 1. La prostitution : un monde de violences

« *Témoignages et études convergent vers un constat : les violences font partie du paysage de la prostitution quelle qu'en soit la forme et le mode d'exercice* ». Cette phrase, tirée du rapport de l'Igas, résume à elle seule la réalité du monde prostitutionnel.

*a) Une exposition aux violences qui concerne toutes les formes de prostitution*

Le degré d'exposition aux violences est souvent mis en relation avec les formes de prostitution. Ainsi, **le fait de se prostituer dans la rue est généralement associé à un niveau de violence accru** par rapport aux autres modes d'exercice « indoor ». Cette corrélation tient à la fois à la plus grande fragilité des publics concernés (nationalité étrangère, emprise des réseaux, mobilité accrue, grande précarité...) et aux contraintes qui s'exercent dans la rue.

En outre, tous les acteurs de terrain s'accordent à dire que la LSI de 2003 pénalisant le racolage passif a eu pour effet de déplacer les personnes prostituées exerçant sur la voie publique des centres villes vers des lieux plus éloignés et moins accessibles (routes nationales, forêts, aires d'autoroute), les exposant à un surcroît de violences.

**Cependant, les autres formes de prostitution ne sont pas exemptes de violences**, loin de là. L'exercice « indoor » étant par définition caché, l'isolement des personnes qui le pratiquent est source d'une plus grande vulnérabilité. La prostitution occasionnelle est également exposée, compte tenu de la méconnaissance des pratiques et des codes de la prostitution par les personnes qui y recourent.

*b) Des violences qui émanent d'une pluralité d'acteurs*

Les enquêtes montrent clairement qu'**une part importante des violences, si ce n'est leur très grande majorité (90 % des cas selon l'étude du Lotus Bus Médecins du Monde), sont perpétrées par des clients**. Ces violences sont principalement physiques, allant des coups et blessures, parfois avec armes, aux violences sexuelles (retrait non-consenti du préservatif, viol). Elles sont également verbales et psychologiques (insultes, stigmatisations, remarques humiliantes...). Les vols d'argent ou de biens de la part des clients sont aussi courants. Vos rapporteurs s'étonnent en outre qu'en l'état actuel de la législation, le retrait forcé du préservatif par le client n'est pas considéré comme un viol alors qu'il y est assimilable.

La violence du monde prostitutionnel est aussi **le fait des proxénètes et des réseaux**, qui utilisent la violence physique, sexuelle et/ou psychologique pour s'assurer de la docilité des personnes prostituées. Les témoignages recueillis à ce sujet sont édifiants : « parcours de dressage » avant d'arriver en France, viols à répétition, menaces sur l'intégrité de la personne prostituée ou de sa famille restée au pays, emprise psychologique exercée par les « Mama », obligation à avorter en donnant des coups de pied dans le ventre...

Le milieu prostitutionnel génère également des violences **entre personnes prostituées** en raison du climat concurrentiel et des conflits de territoires (menaces, chantage, coups...).

Enfin, **les passants et les riverains** figurent aussi parmi les auteurs de violences (virées en bande, insultes, jets d'objets...).

## 2. Des conditions de logement souvent précaires

L'accès au logement des personnes prostituées recouvre **des situations très diverses** :

- l'absence de logement ; c'est le cas, par exemple, des personnes en errance (des mineurs le plus souvent) ;
- l'hébergement dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), généraliste ou spécialisé<sup>1</sup> ;
- le logement à l'hôtel ;
- le logement dans un appartement loué, parfois à des « marchands de sommeil » ;
- le logement par le proxénète, cas le plus fréquent chez les victimes de la traite. Celles-ci sont alors logées dans des appartements collectifs ou dans des chambres d'hôtel ;
- la propriété d'un logement, situation rencontrée chez certaines prostituées dites « traditionnelles ».

Les personnes prostituées ne peuvent parfois pas avoir accès à un logement dans la mesure où elles ne disposent pas de revenus déclarés. « *Les difficultés rencontrées pour trouver à être hébergées sont telles qu'aucune solution n'est parfois trouvée* », constate la CNCDH<sup>2</sup>.

Comme le souligne le rapport « Geoffroy-Bousquet »<sup>3</sup>, **l'accès au logement social des personnes prostituées est lui aussi difficile**, alors qu'elles entrent théoriquement dans la catégorie des publics prioritaires telle que définie à l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation :

---

<sup>1</sup> Certaines CHRS, gérés par des associations comme l'Amicale du Nid, le Mouvement du nid ou le réseau Ac.Sé, sont spécialisés dans l'accueil des personnes prostituées.

<sup>2</sup> Commission nationale consultative des droits de l'homme, « La traite et l'exploitation des êtres humains en France », 2010.

<sup>3</sup> Rapport précité.

« les personnes mal logées, défavorisées ou rencontrant des difficultés particulières de logement pour des raisons d'ordre financier ou tenant à leurs conditions d'existence ».

En outre, les moyens d'hébergement et de logement dont disposent les associations spécialisées (Amicale du Nid, Mouvement du Nid, réseau Ac.Sé, etc.) sont clairement insuffisants au regard des besoins, en particulier en région parisienne.

Ces conditions d'hébergement, souvent très précaires, constituent en définitive **un obstacle supplémentaire à l'accès aux droits et aux soins** : risque de propagation des infections, rythme de vie décalé, alimentation peu équilibrée, exposition aux violences, absence d'adresse stable pour la constitution des dossiers administratifs...

### 3. La stigmatisation et l'isolement

La stigmatisation sociale à laquelle sont confrontées les personnes prostituées au quotidien (mépris, agressivité, manque de respect, insultes, humiliations) constitue un facteur de vulnérabilité particulièrement important. Des propos méprisants comme « *de toute façon, tu l'as bien cherché* » suffisent à entretenir, chez ces personnes, **la peur d'être jugées du fait de leur activité prostitutionnelle**. Cette crainte, très souvent évoquée dans les témoignages et les études, peut affecter la qualité des soins : quand elle n'empêche pas de consulter, elle peut dissuader les personnes d'évoquer leur activité, avec pour effet de priver le médecin d'éléments de diagnostic précieux (notamment en termes d'IST et de problèmes gynécologiques).

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

Cette stigmatisation se double d'un **isolement**, qui peut être géographique (notamment pour les personnes prostituées étrangères) et/ou social. L'éloignement du pays d'origine, la rupture avec la famille, la difficulté à entretenir une relation amoureuse ou une vie de couple en dehors de l'activité prostitutionnelle, sont autant de facteurs qui participent de l'isolement lequel peut, dans les cas les plus extrêmes, conduire à la désocialisation.

Qui plus est, il est aujourd'hui clairement admis que **l'incrimination du racolage passif a renforcé, sur le terrain, à la fois la stigmatisation dont les personnes prostituées sont victimes** (sentiment d'être des délinquantes, détérioration des relations avec les services de police, augmentation des agressions, sentiment d'impunité des clients...) **et leur isolement** (phénomène de désertion des lieux traditionnels de prostitution vers des zones périurbaines excentrées).

Ces évolutions ne sont évidemment pas sans lien avec les problèmes psychiques qu'elles peuvent rencontrer (troubles psychosomatiques, troubles anxieux, troubles du sommeil...).

Pour vos rapporteurs, **il est temps que la société change son regard sur les personnes prostituées afin qu'elles ne soient plus automatiquement considérées comme des présumées coupables.**

#### **4. Un sentiment de méfiance à l'égard des « institutions »**

Sans vouloir généraliser une attitude, qui dépend de chaque individualité, il semble que les personnes prostituées, compte tenu du climat de stigmatisation dans lequel elles vivent, tendent à développer ce que l'Igas appelle « *un comportement d'évitement* » vis-à-vis des structures publiques (administrations, services de police, structures sanitaires et médico-sociales, etc.). Cette méfiance est particulièrement manifeste chez les personnes en situation irrégulière, qui doivent en plus subir la crainte des reconduites à la frontière.

D'une manière générale, tous les acteurs de terrain observent **une nette détérioration des relations avec les services de police depuis la mise en œuvre de la LSI de 2003**. Selon le rapport « Geoffroy-Bouquet » précité, « *les relations avec la police sont souvent devenues plus difficiles, l'incrimination de racolage passif donnant parfois l'impression d'un arbitraire policier* ». Les gardes à vue, qui se sont multipliées dans les premières années de mise en œuvre de la loi, ont souvent été vécues comme des humiliations. De plus, des témoignages concordants recueillis par vos rapporteurs indiquent que les préservatifs détenus par les personnes prostituées ont constitué des éléments de preuve du racolage pour la police, ce qui a pu avoir des conséquences négatives sur leur niveau de protection.

Plus surprenant, le sentiment de méfiance des personnes prostituées peut aussi parfois s'exprimer **à l'égard d'acteurs censés leur venir en aide** (professionnels de santé, assistants sociaux, personnels associatifs). Sont alors en cause la barrière linguistique, les différences culturelles, l'histoire personnelle, etc. **Avant toute prise en charge, la mise en confiance peut donc prendre du temps.**

#### **D. LE VOLET SOCIAL DE LA SORTIE DE LA PROSTITUTION**

La focalisation du débat public sur le volet pénal de la prostitution aurait tendance à faire oublier que celui-ci est indissociable de son pendant social. Comment, en effet, aider les personnes qui le souhaitent à sortir de la prostitution sans leur proposer d'alternatives crédibles en termes de garantie de revenus, d'hébergement, de formation professionnelle et d'accompagnement psychologique ?

Aussi, sans présager des futurs débats sur l'évolution du cadre légal de la prostitution, vos rapporteurs plaident pour la mise en œuvre d'un accompagnement social global des personnes désireuses de quitter la prostitution ainsi que des victimes de la traite.

### **1. S'atteler enfin à la mise en œuvre d'une politique d'accompagnement social global pour offrir des alternatives crédibles à la prostitution**

#### *a) La fiscalisation des revenus de la prostitution : un frein à la cessation de cette activité*

La sortie des personnes prostituées de l'activité prostitutionnelle pose d'abord un problème fiscal dans la mesure où, l'impôt sur le revenu étant payé avec une année de décalage (imposition l'année « n » sur les revenus déclarés pour l'année « n-1 »), **la fiscalisation des personnes prostituées peut constituer un obstacle important à la cessation de leur activité**, ainsi que l'ont souligné plusieurs associations auditionnées.

#### **Le régime fiscal applicable aux personnes prostituées**

##### **Au regard de l'impôt sur le revenu (IR)**

Dans la grande majorité des cas, les personnes prostituées n'exercent pas leur activité dans des conditions d'indépendance effective, bien qu'elles ne fassent pas toujours état de leur subordination vis-à-vis de leurs proxénètes. Le régime fiscal applicable à ces personnes est donc fonction de ces circonstances.

D'une manière générale, **les revenus perçus par les personnes qui se prostituent sont imposables au titre des bénéfices non commerciaux** sur le fondement de l'article 92-1 du code général des impôts qui prévoit l'imposition dans cette catégorie des bénéfices retirés de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits ne se rattachant pas à une autre catégorie de bénéfices ou de revenus. Ce principe a d'ailleurs été confirmé à plusieurs reprises par la jurisprudence du Conseil d'Etat.

L'imposition est établie sur la totalité des revenus perçus. Les sommes rétrocédées le cas échéant aux proxénètes sont admises en déduction, étant toutefois précisé que l'absence de déclaration de ces sommes à l'administration par la personne se livrant à la prostitution entraîne l'application d'une amende égale à 50 % des sommes non déclarées.

Par ailleurs, **dans le cas exceptionnel où le lien de dépendance vis-à-vis d'un proxénète est clairement établi, il y a lieu d'imposer les revenus en cause dans la catégorie des traitements et salaires**. Il en est ainsi, par exemple, lorsque la personne prostituée attaque le proxénète devant la justice ou lorsqu'elle indique à l'administration l'identité de celui-ci.

Le montant des salaires à soumettre à l'impôt sur le revenu est égal aux sommes dont la personne a conservé la disposition, c'est-à-dire déduction faite des sommes reversées au proxénète. Ce dernier doit alors être **imposé dans la catégorie des bénéfices non commerciaux** lorsqu'il se livre à une activité de proxénétisme pure et simple ou dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux lorsqu'il accomplit une prestation d'entremise ou de proxénétisme hôtelier.

### **Au regard de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)**

En application des articles 256 et 256 A du code général des impôts, sont assujetties à la TVA les personnes qui exercent de manière indépendante une activité économique consistant dans la réalisation de prestations de services à titre onéreux.

Or, la Cour de justice de l'Union européenne (CJCE) dans sa jurisprudence relative aux dispositions du Traité CE sur la liberté d'établissement, a indiqué dans un arrêt du 20 novembre 2001 (aff. C-268-99 Jany) que :

- « *La prostitution relève des activités économiques exercées en tant qu'indépendant (...) dès lors qu'il est établi qu'elle est exercée par le prestataire du service :*
- *hors de tout lien de subordination en ce qui concerne le choix de cette activité, les conditions de travail et de rémunération ;*
- *sous sa propre responsabilité, et ;*
- *contre une rémunération qui lui est intégralement versée ».*

Par conséquent, les personnes prostituées exerçant leur activité à titre indépendant sont assujetties à la TVA. Néanmoins, dans la majorité des cas, les personnes concernées exercent leur activité sous la surveillance étroite et constante des proxénètes. Lorsque **tel est le cas, la condition tenant à l'exercice indépendant de l'activité n'est pas satisfaite et les intéressés n'ont pas la qualité d'assujetti.**

En revanche, les proxénètes, s'ils sont connus en tant que tels, sont imposés à la taxe sur l'ensemble des recettes encaissées par les personnes qui agissent sous leur dépendance.

### **Au regard de la contribution économique territoriale (CET)**

Les personnes prostituées bénéficient d'**une exonération doctrinale** en matière de CET, tout comme pour la taxe professionnelle.

\*

Vos rapporteurs souhaitent souligner ici **l'attitude ambiguë de l'Etat** s'agissant du régime fiscal applicable aux proxénètes : d'un côté, il s'est fixé comme objectif la lutte contre le proxénétisme, de l'autre, il a édicté des règles juridiques précises pour imposer les personnes se livrant à cette activité.

*Source : direction générale des finances publiques*

Selon l'administration fiscale, « *en cas d'arrêt de l'activité prostitutionnelle et donc de diminution des revenus disponibles, il est tout à fait possible d'obtenir des modalités d'étalement du paiement de l'impôt dû au titre de l'année précédente, voire une remise gracieuse d'une partie de l'impôt dû* ». En effet, **des remises gracieuses peuvent actuellement être accordées à la triple condition que les personnes concernées aient abandonné la prostitution, qu'elles aient retrouvé une activité professionnelle et qu'elles n'aient pas conservé le produit de leur activité antérieure<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Décision ministérielle du 7 septembre 1981.

Cependant, ces conditions étant dissuasives et irréalistes, les remises sont, en pratique, très difficiles à obtenir, contraignant dès lors les personnes prostituées à poursuivre leur activité.

Ainsi que le notait la délégation aux droits des femmes du Sénat dans le rapport précité de 2001, exclure la prostitution du champ fiscal n'est toutefois pas envisageable, d'une part, parce qu'une telle décision contreviendrait au principe de l'égalité devant l'impôt, d'autre part parce qu'elle rendrait cette activité plus attractive.

Le rapport « Geoffroy-Bousquet » propose, quant à lui, de maintenir le principe du réalisme fiscal mais d'envisager des « modalités concrètes pour les personnes qui souhaitent débiter une insertion professionnelle et qui ne peuvent donc plus verser les sommes qui leur sont demandées par les services fiscaux sans reprendre la prostitution ». En l'occurrence, deux conditions pour l'octroi des remises gracieuses pourraient subsister : « l'engagement d'une formation ou l'obtention d'un emploi et l'arrêt de la prostitution ».

Vos rapporteurs estiment, pour leur part, que **l'arrêt de la prostitution et l'engagement dans un parcours d'insertion professionnelle sont les deux seules conditions qui pourraient guider la politique de remise fiscale**. En outre, en cas de « rechute » de la personne dans le monde prostitutionnel, il conviendrait de ne pas lui retirer automatiquement le bénéfice de la remise fiscale gracieuse.

#### **Proposition**

Accorder des remises fiscales gracieuses pour les personnes prostituées, uniquement sous réserve d'avoir arrêté la prostitution et d'être engagé dans un parcours d'insertion professionnelle.

#### *b) La nécessité d'un soutien financier de transition*

Il est parfois avancé que la poursuite de l'activité prostitutionnelle est motivée par des raisons financières, la prostitution étant censée être plus lucrative que certaines activités reconnues. **La question du niveau de vie des personnes prostituées est, en réalité, bien plus complexe** que cette idée reçue ne le laisse penser **car elle recouvre une grande variété de situations** : call-girls qui peuvent, dans certains cas, très bien gagner leur vie ; prostituées dites « traditionnelles » dont la rémunération avoisine parfois les minima sociaux ; victimes de la traite qui ont à peine de quoi survivre une fois l'argent gagné reversé à leur proxénète ; prostituées occasionnelles qui espèrent arrondir leur fin de mois en pratiquant cette activité...

Quel que soit le mode d'exercice, tout arrêt de la prostitution entraîne mécaniquement une perte de revenus (plus ou moins importante selon les cas), qui met les personnes concernées en situation de précarité et

de vulnérabilité accrues. Se pose dès lors **la question d'un soutien financier de transition permettant de faire face à la période d'inactivité avant l'insertion dans un parcours professionnel.**

Actuellement, les personnes prostituées peuvent, selon leur nationalité ainsi que la régularité et la durée de leur séjour, avoir accès soit au **revenu de solidarité active (RSA)**, soit à **l'allocation temporaire d'attente (ATA)**.

### **Les aides financières dont peuvent bénéficier les personnes prostituées**

#### **Le revenu de solidarité active (RSA)**

Toute personne peut demander à bénéficier du revenu de solidarité active (RSA), sous réserve de remplir des conditions administratives et des conditions de ressources.

- Les conditions administratives

Elles sont de deux natures : l'âge et les conditions de séjour du demandeur sur le territoire français.

Le demandeur doit être âgé :

- de plus de vingt-cinq ans ;

- ou avoir moins de vingt-cinq ans et avoir au moins un enfant à charge, né ou à naître ;

- ou avoir moins de vingt-cinq ans et avoir travaillé deux ans sur les trois dernières années (« RSA jeunes »).

Le demandeur doit :

- résider en France de manière stable, effective et permanente ;

- pour les ressortissants de l'espace économique européen et de la Suisse, remplir les conditions de droit au séjour et avoir résidé en France durant les trois mois précédant la demande. Sont exonérées de cette durée de résidence, les personnes exerçant une activité professionnelle ou ayant exercé une activité professionnelle mais qui sont en incapacité temporaire de travailler pour des raisons médicales ou suivent une formation ou sont inscrites sur la liste des demandeurs d'emploi ;

- pour les ressortissants étrangers (hors espace économique européen), sauf exception, être titulaire, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler. Sont exonérés de ce titre les réfugiés, les apatrides, les bénéficiaires de la protection subsidiaire, les étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour conférant des droits équivalents ainsi que les personnes ayant droit à la majoration pour parent isolé.

- Les conditions de ressources

Pour bénéficier du RSA, les ressources du foyer (revenus d'activité et autres ressources) doivent être inférieures à un montant calculé en fonction de la composition du foyer.

### **L'allocation temporaire d'attente (ATA)**

L'allocation temporaire d'attente (ATA) est une allocation versée par Pôle emploi à plusieurs catégories de ressortissants étrangers :

- les demandeurs d'asile ;
- les personnes bénéficiaires de la protection temporaire ou de la protection subsidiaire ;
- les apatrides ;
- les personnes étrangères bénéficiaires d'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », c'est-à-dire ayant déposé plainte ou témoigné dans une affaire de proxénétisme ou de traite des êtres humains (article L. 316-1 du code de l'entrée et du séjour).

Le montant de l'ATA est de 11,20 euros par jour, soit 336 euros pour un mois de trente jours.

Deux catégories de personnes prostituées ne peuvent toutefois pas bénéficier d'une aide financière :

- **les jeunes adultes de moins de vingt-cinq ans** qui n'ont pas accès au « RSA jeunes » car ne remplissant pas la condition des deux années travaillées durant les trois dernières années ;
- **les personnes étrangères qui n'ont pas souhaité porter plainte contre le réseau de traite ou le proxénète** et qui ne peuvent, dès lors, pas prétendre à l'ATA (sauf si elles sont demandeurs d'asile).

S'agissant des **jeunes majeurs prostitués**, vos rapporteurs estiment qu'il est difficile de leur attribuer le bénéfice du RSA dans les conditions de droit commun sans créer *de facto* une situation d'inégalité avec les autres jeunes voire une incitation à la prostitution.

Concernant les **personnes prostituées victimes du proxénétisme ou de la traite mais n'ayant pas porté plainte**, une solution consisterait à leur ouvrir le droit à l'ATA à condition qu'elles soient engagées dans un **parcours de sortie de la prostitution**.

### **Proposition**

Ouvrir le droit à l'allocation temporaire d'attente (ATA) aux victimes du proxénétisme et de la traite engagées dans un parcours de sortie de la prostitution, indépendamment du fait qu'elles aient ou non dénoncé leur trafiquant-proxénète.

*c) Le développement indispensable des capacités d'hébergement et de logement*

Aujourd'hui, l'accueil des personnes prostituées souhaitant sortir de cette activité s'organise autour de trois types de structures :

- une dizaine de CHRS spécifiquement dédiée à l'accueil, à l'hébergement, à l'accompagnement, au suivi et à la réinsertion de ce public ;
- le dispositif Ac.Sé, qui propose une mise à l'abri et une prise en charge globale des personnes victimes du proxénétisme, de la traite des êtres humains et de l'esclavage domestique, et qui comprend 47 structures d'hébergement pouvant accueillir chacune de une à trois personnes, réparties dans 37 départements ;
- les structures d'hébergement qui accueillent plus généralement des personnes en difficulté sociale, principalement des femmes (les CHRS généralistes, par exemple).

**Ces capacités d'accueil ne sont cependant ni suffisantes, ni toujours adaptées à la nature de la demande.** En effet, le caractère collectif de l'hébergement en CHRS ne répond pas au besoin d'anonymat des personnes prostituées, en particulier des victimes de la traite. A l'inverse, l'hébergement spécifique peut avoir pour inconvénient de regrouper dans un même lieu des personnes ayant toutes un lourd vécu.

En outre, il n'existe pas d'établissements spécifiquement dédiés à l'accueil des mineurs en situation de prostitution. Or, les établissements d'aide sociale à l'enfance se révèlent inadaptés à leur prise en charge, entraînant un taux élevé de fugues.

Face à ce constat, **une progression du nombre de places d'accueil disponibles est indispensable.** Vos rapporteurs proposent ainsi de **faire bénéficier les personnes prostituées - qu'elles aient ou non déposé plainte contre leur proxénète - d'un accès prioritaire au contingent d'un tiers des places d'hébergement d'urgence qui, conformément à l'engagement présidentiel, doivent être réservés aux femmes victimes de violence.**

Par ailleurs, **les personnes prostituées désireuses de sortir de la prostitution ne bénéficient d'aucune aide particulière sur le plan du logement.** Elles ne sont d'ailleurs pas considérées comme un public prioritaire pour l'accès au logement social, alors qu'elles entrent théoriquement dans le champ de l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation (cf. *supra*). Vos rapporteurs estiment donc nécessaire qu'**une circulaire soit adressée aux bailleurs sociaux afin de considérer les personnes souhaitant sortir de la prostitution comme faisant partie des publics prioritaires.**

### Propositions

Faire bénéficier les personnes prostituées d'un accès prioritaire au contingent d'un tiers des places d'hébergement d'urgence réservé aux femmes victimes de violence.

Faciliter l'accès au logement social des personnes souhaitant sortir de la prostitution en indiquant par voie de circulaire qu'elles font partie des publics prioritaires.

#### *d) L'accès à une formation professionnelle*

La sortie de la prostitution suppose de donner aux personnes concernées des perspectives crédibles en termes de formation professionnelle, au risque sinon de les voir « replonger ».

Pour les personnes de nationalité étrangère, **l'apprentissage du français est un préalable indispensable** à tout parcours de formation. Les associations jouent un rôle important en la matière, qu'il convient d'encourager.

Outre la question de la maîtrise de la langue, l'accès aux dispositifs de formation de droit commun se heurte, pour les personnes victimes de la traite, à **deux obstacles : l'absence d'aide financière** (cf. *supra*) **et la détention de titres de séjour provisoires** (généralement d'une durée de trois mois). Ces deux éléments ne permettent en effet pas d'envisager le suivi d'une formation professionnelle dans la durée. Aussi, toute proposition sur ce sujet est indissociable d'une réflexion sur l'évolution de la législation relative aux revenus de transition et aux titres de séjour.

S'agissant de ce dernier point, deux cas de figure doivent être distingués :

- **lorsque la victime dépose plainte ou témoigne à l'encontre de son trafiquant-proxénète, l'octroi d'un titre de séjour portant la mention « vie privée et familiale »** est possible, en application de l'article L. 316-1 du code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Dans les faits, cependant, cette disposition est peu opérante. La délivrance de la carte de séjour est en effet laissée à la discrétion du préfet<sup>1</sup>, lequel poursuit des objectifs contradictoires : d'un côté, la lutte contre l'immigration clandestine, de l'autre, la protection des victimes. Vos rapporteurs estiment donc nécessaire

---

<sup>1</sup> L'article L. 313-14 du code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, dans sa rédaction issue de l'article 16 de la loi pour la sécurité intérieure de 2003, dispose que « **la carte de séjour temporaire** mentionnée à l'article L. 313-11 ou la carte de séjour temporaire mentionnée au 1° de l'article L. 313-10 **peut être délivrée**, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, à l'étranger ne vivant pas en état de polygamie dont l'admission au séjour répond à des considérations humanitaires ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir, sans que soit opposable la condition prévue à l'article L. 311-7 ».

de revoir la rédaction de l'article L. 316-1 afin que les victimes ayant déposé plainte ou témoigné puissent bénéficier *de facto* d'un permis de séjour à titre humanitaire.

En outre, il est actuellement prévu que la délivrance de la carte « vie privée et familiale » soit suivie de celle d'une carte de résident, lorsque le proxénète ou l'auteur de la traite a été définitivement condamné. Dans un souci de faciliter la réinsertion de la victime, il pourrait être envisagé de lui **octroyer la carte de résident dès la condamnation en première instance de l'auteur des faits**, donc de supprimer la condition de sa condamnation définitive ;

- **lorsque la victime n'a pas voulu-pu déposer plainte ou témoigner** - par manque d'informations sur le réseau ou par peur des représailles -, **aucune disposition particulière** relative aux titres de séjour n'est prévue par les textes, rendant dès lors quasiment impossible tout parcours de réinsertion. Aussi, vos rapporteurs sont favorables à ce que soit étudiée la possibilité de **délivrer un titre de séjour à la victime n'ayant pas déposé plainte ou témoigné, dès lors qu'elle est engagée dans un parcours de sortie de la prostitution**, à l'image du dispositif mis en œuvre par l'Italie (cf. *infra*).

#### Proposition

Revoir les modalités de délivrance des titres de séjour pour les victimes de la traite et du proxénétisme, lorsqu'elles ont déposé plainte ou témoigné (article L. 316-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) et lorsqu'elles n'ont pas voulu ou pu le faire mais qu'elles sont engagées dans un parcours de sortie de la prostitution.

- e) *La possibilité d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique sur le long terme*

La violence subie dans le monde de la prostitution est souvent telle que les répercussions sur la santé et le psychisme des personnes prostituées sont profondes et durables. Des troubles comme la honte de soi ou la peur des autres rendent difficiles tout parcours de « reconstruction ».

Aussi, **les personnes prostituées, notamment celles victimes d'exploitation, doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique sur le long terme**, si elles en ressentent le besoin.

### Proposition

Développer l'offre de soins psychologiques et psychiatriques à destination des personnes prostituées en parcours d'insertion.

## 2. La réinsertion sociale des victimes de la traite : l'exemple italien

Informés par plusieurs personnes auditionnées des mesures mises en place par l'Italie en matière d'aide aux victimes de la traite (notamment à des fins d'exploitation sexuelle), vos rapporteurs se sont rendus sur place afin de mieux appréhender toutes les dimensions de cette politique.

### *a) La création d'un dispositif de prise en charge globale des victimes*

En Italie, le nombre de personnes qui se prostituent est estimé par les associations à environ 70 000. La moitié d'entre elles serait d'origine étrangère, le pays étant **une plaque tournante de la prostitution** du fait de sa position géographique (zone de passage entre les pays d'origine des personnes prostituées - Europe de l'Est, Afrique subsaharienne, Maghreb - et les pays dans lesquels elles exercent leur activité - Europe de l'Ouest principalement -).

La forte présence des réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains a incité l'Italie à se doter, en 1998, d'un outil juridique pour lutter contre ce phénomène : **le décret législatif n° 286-1998 du 25 juillet 1998**.

L'**article 18** de ce décret législatif instaure un dispositif de prise en charge globale des victimes de la traite, qui permet :

- de reconnaître aux personnes concernées **un statut de victime de la traite quand bien même elles ne dénoncent pas leur trafiquant-proxénète ;**
- de garantir à ces victimes **une protection et un permis de séjour provisoire à titre humanitaire ;**
- de les **accompagner dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle.**

La caractéristique la plus notable de ce dispositif se trouve dans la possibilité d'octroyer un permis de séjour sans qu'il y ait nécessairement dénonciation de l'exploiteur. Il est en effet admis que certaines victimes ne sont pas en mesure de fournir des preuves tangibles sur l'organisation criminelle qui les exploite, que d'autres craignent de dénoncer le réseau par peur des représailles. Cette non-obligation de dénonciation préalable favorise la création d'un climat de confiance, propice à la « reconstruction » de la victime et à une future collaboration judiciaire.

La proposition d'octroi de permis de séjour à titre humanitaire peut être le fait du procureur de la République, des services sociaux des collectivités locales ou des associations d'aide aux victimes agréées. Le permis est accordé pour une durée de six mois, renouvelable un an.

Les personnes bénéficiant de la protection au titre de l'article 18 intègrent également un **programme d'assistance et d'intégration sociale** géré par une collectivité locale ou une association agréée. Ce programme comprend plusieurs phases, d'une durée plus ou moins longue selon la situation de la victime : la prise de contact, l'identification de ses besoins, sa protection, son insertion professionnelle.

Tout au long de ce programme, la personne bénéficie d'un hébergement : d'abord dans un « centre de fuite » afin de l'éloigner des trafiquants-proxénètes, puis dans un « centre de semi-autonomie », enfin dans un centre non protégé. Selon les interlocuteurs institutionnels et associatifs rencontrés, aucun problème ne se pose s'agissant des capacités d'accueil.

Sur la base d'un bilan de compétences, la collectivité locale ou l'association élabore avec la personne un projet de réinsertion professionnelle, qui comprend l'accès à des formations, à des enseignements, à des stages, etc. Dans le cas où la personne conclut un contrat de travail à l'issue de ce projet, son permis de séjour pour motif humanitaire est transformé en un permis de séjour pour motif de travail. Dans le cas contraire, la personne continue d'être suivie dans le cadre de son programme d'insertion.

Les programmes d'assistance et d'intégration sociale sont financés à hauteur de 70 % par l'Etat (budget de 8 millions d'euros) et de 30 % par les collectivités locales.

**Tous les acteurs s'accordent à dire que cette politique a permis d'obtenir des résultats significatifs :** depuis sa mise œuvre, 11 751 personnes (principalement des femmes) sont parvenues à sortir de la prostitution. En outre, une très grande majorité de victimes décide, une fois en parcours d'insertion, de porter plainte contre leurs trafiquants et/ou proxénètes.

Parallèlement à ce « parcours social », existe un « parcours judiciaire » plus classique, qui suppose la collaboration immédiate de la victime avec les services de police et de la justice à des fins de dénonciation du trafiquant/proxénète.

*b) La saisie des profits générés par les réseaux de traite*

En 2003, l'Italie s'est dotée d'un **second outil juridique** pour renforcer sa politique de lutte contre la traite des êtres humains : **la loi n° 228-2003 du 11 août 2003 (« Mesures contre la traite des personnes »)**.

Cette loi concerne toutes les formes de traite, d'esclavage et de servitude ; elle ne limite donc pas à l'exploitation sexuelle. Elle liste les éléments constitutifs de la traite des êtres humains (la violence, l'abus d'autorité, le fait de profiter d'une situation d'infériorité physique ou d'une fragilité psychologique, etc.) et définit l'infraction de traite.

L'une des particularités de cette loi est de prévoir **l'obligation de confiscation des profits de la traite des êtres humains**. Lors des procès pour traite, le juge peut ainsi décider soit d'attribuer les montants saisis aux victimes, ce qui s'apparente à une forme de dédommagement, soit à l'Etat via le « fonds pour les mesures de lutte contre la traite », qui sert notamment à abonder le programme de protection et d'assistance sociale mis en place par le décret législatif de 1998. Une « commission de réaffectation des biens » a même été créée pour contrôler l'utilisation de l'argent saisi.

L'article 13 de la loi de 2003 prévoit également la création d'un programme spécialisé d'assistance pour les victimes de la traite, qui leur garantit logement, nourriture et assistance sanitaire, sur une période allant de trois à six mois.

*c) Les actions complémentaires*

Outre ces deux outils juridiques, l'Italie a mis en place **un numéro vert** destiné aux personnes victimes de la traite. Initialement géré par un « call center », ce numéro l'est désormais par des associations spécialisées.

Par ailleurs, l'Etat participe au financement de divers projets de soutien aux victimes et de campagnes de prévention contre la traite.

En parallèle de cette politique d'aide aux victimes, les pouvoirs publics se sont engagés activement dans **la lutte contre les réseaux de traite des êtres humains**, dont les modes de fonctionnement sont similaires à ceux des réseaux mafieux, bien connus des services de police et de justice italiens. C'est d'ailleurs la direction nationale anti-mafia qui, en Italie, pilote la politique de lutte contre les réseaux de traite. Ainsi que l'a souligné le procureur national anti-mafia à vos rapporteurs, cette politique ne peut toutefois pas seulement s'inscrire dans un cadre national ; une collaboration entre les pays européens est indispensable compte tenu de la dimension internationale des réseaux de traite, ainsi que de l'importance de leurs moyens logistiques et financiers.

### Propositions

Sur le modèle de la politique d'insertion des victimes de la traite mise en place par l'Italie :

- reconnaître à la personne **le statut de victime** indépendamment du fait qu'elle ait dénoncé ou non son trafiquant/proxénète et dès lors qu'elle s'est engagée dans un parcours d'insertion ;

- lui octroyer **un permis de séjour** à titre humanitaire d'une durée suffisante ;

- la **protéger immédiatement** en l'hébergeant dans une structure adaptée ;

- mettre en place un **accompagnement personnalisé** en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle ;

- **saisir l'argent des réseaux de traite** au profit des victimes, soit directement sous la forme d'un dédommagement, soit indirectement via le financement de programmes d'insertion sociale et professionnelle ;

- encourager la **complémentarité d'action** entre la politique d'aide aux victimes et la politique de lutte contre les réseaux.

### III. L'AMÉLIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES PROSTITUÉES NÉCESSITE UN ENGAGEMENT PLUS FORT ET MIEUX STRUCTURÉ DE LA PUISSANCE PUBLIQUE AUX CÔTÉS DES ASSOCIATIONS

#### A. A L'ABSENCE DE PILOTAGE CLAIR DE LA PART DU NIVEAU NATIONAL S'AJOUTE L'INSÉCURITÉ DES FINANCEMENTS ALLOUÉS AUX ASSOCIATIONS

##### 1. Une coordination entre les actions de suivi sanitaire et d'insertion sociale qui n'est pas assurée

a) *Les actions engagées par la direction générale de la cohésion sociale et la direction générale de la santé*

En adoptant un régime abolitionniste, **la France a renoncé à toute forme d'action directe de la part des pouvoirs publics auprès des personnes prostituées.** Leur fichage ainsi que la visite médicale systématique n'ont plus lieu d'être dans un système qui n'exerce plus de réglementation de la prostitution.

En revanche, l'article 16 de la convention de 1949 enjoint les Etats parties à « *prendre ou [d']encourager, par l'intermédiaire de leurs services sociaux, économiques, d'enseignement, d'hygiène et autres services connexes, qu'ils soient publics ou privés, les mesures propres à prévenir la prostitution et à assurer la rééducation et le reclassement des victimes de la prostitution et des infractions visées par la présente Convention* ».

Comme cela a été indiqué dans la première partie, l'une des ordonnances du 25 novembre 1960 créait des services de prévention et de réinsertion sociale (SPRS) destinés à accueillir les personnes prostituées. En pratique, très peu de structures ont vu le jour et leurs financements étaient peu sécurisés. L'hébergement des personnes prostituées s'effectue à présent majoritairement dans les dispositifs de droit commun que sont les CHRS.

**Le soutien financier aux associations intervenant directement auprès des personnes prostituées constitue donc aujourd'hui le principal levier d'action de l'Etat en la matière.**

Le pilotage de ces mesures est effectué, au sein de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), par **le service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes (SDFE).**

Ainsi que l'expose le SDFE dans sa contribution écrite aux rapporteurs, deux principes essentiels guident son action auprès des personnes prostituées : la dignité de la personne humaine et l'égalité entre

les femmes et les hommes. **Les personnes prostituées étant dans leur grande majorité des femmes et les clients quasi-exclusivement des hommes, la prostitution est traitée par le SDFE comme une violence de genre.**

Les actions menées s'inscrivent notamment dans le cadre des **plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes**. Ainsi, le troisième plan 2011-2013 consacre pour la première fois un volet spécifique à la prostitution.

**Les mesures relatives à la prostitution prévues dans le plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013**

**Axe I : Promouvoir des actions de sensibilisation en direction de l'ensemble de la société**

Organiser une campagne nationale de sensibilisation du grand public dénonçant et affirmant que l'achat d'un acte sexuel constitue une violence ;

Mener en milieu scolaire des actions de prévention du risque prostitutionnel à l'attention de jeunes.

**Axe II : Renforcer la lutte contre le proxénétisme**

Adapter la réponse pénale et les dispositifs de lutte contre le proxénétisme à ses nouvelles formes.

**Axe III : Faciliter l'accueil et la prise en charge des personnes prostituées**

Evaluer l'opportunité de la création d'un numéro vert unique destiné à l'accueil et l'orientation des femmes victimes de violences (action transversale) ;

Réaliser un état des lieux des associations en contact avec les personnes prostituées et de leurs pratiques ;

Développer et systématiser l'accompagnement global (sanitaire, social, médico-social) nécessaire aux personnes prostituées ;

Recenser les besoins spécifiques des femmes victimes de violences et les réponses qui y sont apportées dans le cadre législatif rénové (action transversale) ;

**Axe IV : Faire évoluer le cadre juridique**

Engager une réflexion sur l'évolution du régime pénal de la prostitution.

**Les interventions de la DGS sont quant à elles essentiellement axées sur la lutte contre les IST.** Regrettée par l'Igas, cette approche peut en effet apparaître aujourd'hui décalée dans la mesure où les personnes prostituées ne peuvent être uniquement considérées comme une des populations touchées par le VIH et les autres IST mais sont confrontées à des pathologies et des difficultés d'accès aux soins beaucoup plus larges.

Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les autres IST 2010-2014 comprend un programme en direction des personnes prostituées. Est notamment prévu le développement des Trod qui, ainsi que cela a été indiqué précédemment, constituent des outils de dépistage rapides du VIH.

Un appel à projets de la DGS a permis de sélectionner 19 associations en 2011 et 13 en 2012 pour mettre en œuvre des actions de dépistage à destination des personnes prostituées.

### **Proposition**

Développer l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en direction des personnes prostituées afin d'améliorer leur taux d'accès au dépistage du VIH.

La DGS a par ailleurs lancé en juin 2011 un appel à projets portant sur le thème de la prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes. Deux associations ont été retenues : Cabiria doit travailler au développement d'un site recensant les outils de prévention ; Griélidis doit réaliser une recherche-action sur le fonctionnement et les pratiques de la sexualité tarifée sur internet dont les résultats devraient être connus à l'automne 2013. Ces deux projets sont également soutenus par l'Inpes dans le cadre de ses conventions pluriannuelles « santé sexuelle, prévention du VIH et des IST » pour les années 2011 à 2013.

### **Les mesures relatives aux personnes prostituées dans le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014**

#### **Axe I : Prévention, information, éducation pour la santé**

Réduire les obstacles à l'accès à la prévention du VIH et des IST pour les personnes qui se prostituent : organiser et coordonner l'offre de prévention des différents acteurs au niveau régional ; sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH et des IST ; mener une réflexion avec les services du ministère chargé de l'intérieur pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH et des IST.

Adapter les actions de prévention aux nouvelles formes de prostitution : recenser et mettre à disposition des associations et des personnes prostituées les documents et outils de prévention du VIH et des IST ;

Prévenir la transmission du VIH et des IST auprès des clients des personnes prostituées : communiquer et agir auprès des clients.

**Axe II : Dépistage**

Mettre en place des stratégies de dépistages (VIH, IST, hépatites) adaptées aux besoins et aux réalités du terrain : élargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement le dépistage hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats avec les structures de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST.

**Axes III et IV** : Prise en charge médicale, prise en charge sociale et lutte contre les discriminations : (les mesures proposées ne se distinguent pas des axes généraux fixés pour l'ensemble des populations visées par le plan)

**Axe V : Recherche et observation**

Recherche : améliorer les connaissances sur les diverses formes de prostitution : réaliser une recherche-action sur les modalités de prostitution sur internet pour élaborer des approches préventives adaptées à ce média ; réaliser des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les personnes qui se prostituent et les personnes qui pratiquent des échanges économique-sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte et examiner leur situation au regard du VIH et des IST.

*b) Le manque de complémentarité entre sanitaire et social*

**Ces actions ne font pas l'objet d'une coordination formalisée.** La DGS a ainsi indiqué que si la DGCS est membre du comité de pilotage sur le VIH, il n'existe pas de procédure organisée du travail entre les départements ministériels au niveau national.

Pour l'Igas, cette situation est d'autant plus problématique que, dans une certaine mesure, **les actions engagées par chacune des deux administrations tendent à traduire la poursuite de deux objectifs différents** : la résorption de l'activité prostitutionnelle d'un côté, la réduction des risques liés à l'exercice de la prostitution de l'autre. Cette dichotomie se retrouve dans la structuration des financements alloués aux associations, la DGCS privilégiant les associations de réinsertion sociale tandis que la DGS travaille en premier lieu avec des associations communautaires. Ainsi, « elle reproduit et accentue un clivage de nature idéologique entre les intervenants, chaque service ayant ses « clients » et ses logiques d'intervention qui tendent à s'ignorer, voire à se combattre »<sup>1</sup>.

Le SDFE a cependant indiqué à vos rapporteurs que, si l'allocation des crédits s'effectue en priorité auprès des associations de réinsertion sociale, il existe une relative souplesse qui doit permettre de répondre aux problématiques rencontrées sur les territoires et de soutenir des actions en matière de santé, de prévention des risques et d'accès aux droits. A la suite du rapport de l'Igas, le SDFE dit avoir engagé un travail interministériel en vue d'assurer une meilleure complémentarité des financements destinés aux actions associatives menées sur le volet sanitaire et social de la prostitution.

---

<sup>1</sup> Rapport précité.

### **Proposition**

Structurer le pilotage interministériel des actions menées auprès des personnes prostituées afin de garantir la complémentarité des champs sanitaire et social. Travailler en particulier à la définition d'une politique de subventionnement des associations partagée.

## **2. Un manque de sécurisation des financements qui nuit à l'action des associations**

### *a) Une évolution à la baisse des financements durant plusieurs années*

Jusqu'en 2011, les crédits destinés à des actions en faveur des personnes prostituées ou en situation de risque étaient inscrits dans le programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » de la mission « Ville et logement ». Ils ont été transférés par la loi de finances pour 2011 dans le programme 137 « Egalité entre les femmes et les hommes » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Tableau n° 4 : Évolution des crédits entre 2006 et 2014

## PROGRAMME 177 - Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables

	2006		2007		2008		2009		2010	
	crédits ouverts	crédits consommés								
Service central	252 274	252 274	330 124	330 124	299 774	299 774	351 274	351 274	331 274	331 274
Services déconcentrés	6 531 507	6 486 709	2 807 752	2 240 410	2 807 752	1 914 858	2 100 000	1 850 983	2 100 000	1 430 983
<b>Total</b>	<b>6 783 781</b>	<b>6 738 983</b>	<b>3 137 876</b>	<b>2 570 534</b>	<b>3 107 526</b>	<b>2 214 632</b>	<b>2 451 274</b>	<b>2 202 257</b>	<b>2 431 274</b>	<b>1 762 257</b>
N/N-1 (en %)			-53,74%	-61,86%	-0,97%	-13,85%	-21,12%	-0,56%	-0,82%	-19,98%

## PROGRAMME 137 - Egalité entre les femmes et les hommes

	2011		2012		2013	2014
	crédits ouverts	crédits consommés	crédits ouverts	crédits consommés	crédits inscrits LFI	crédits inscrits PLF
Service central	331 274	346 300	268 276	336 300	285 000	
Services déconcentrés	1 671 599	1 941 676	1 637 215	1 678 088	1 811 453	
<b>Total</b>	<b>2 002 873</b>	<b>2 287 976</b>	<b>1 905 491</b>	<b>2 014 388</b>	<b>2 096 453</b>	<b>2 398 409</b>
N/N-1 (en %)	-17,62%	29,83%	-4,86%	-11,96%	10,02%	14,40%

Source : DGCS

La très forte diminution de l'enveloppe constatée entre 2006 et 2007 s'explique par la réintégration dans la dotation globale des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des crédits de fonctionnement des services de prévention et de réadaptation sociale (SPRS). **Les crédits dédiés à l'hébergement des personnes prostituées sont désormais inclus dans l'enveloppe globale destinée aux dispositifs d'hébergement généraliste.** Il est dès lors difficile d'identifier le nombre de places réservées aux personnes prostituées. Le SDFE a cependant signalé qu'en Ile-de-France, 200 places d'hébergement sont destinées aux personnes prostituées.

**Plus de 80 % des crédits alloués par la DGCS sont utilisés au niveau déconcentré, en soutien des actions menées par les associations dans les régions et les départements.**

Le reste de l'enveloppe est utilisé pour le financement des associations têtes de réseau.

**Tableau n° 5 : Subventions attribuées au niveau national par la DGCS**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ALC-Nice (dispositif Ac.Sé)	180 000	180 000	180 000	170 000	178 000	170 000
Amicale du Nid	32 000	32 000	32 000	32 000	35 000	35 000
Comité contre l'esclavage moderne	58 000	58 000	55 000	50 000	60 000	60 000
Mouvement du Nid	79 274	79 274	79 300	79 300	80 000	80 000
<b>Total subventions (programmes 177 puis 137)</b>	<b>349 274</b>	<b>349 274</b>	<b>346 300</b>	<b>331 300</b>	<b>353 000</b>	<b>345 000</b>

Source : DGCS

La moitié de ces crédits va à l'association ALC, qui coordonne le dispositif Ac.Sé de protection des victimes de la traite des êtres humains.

**Au total, les crédits ouverts pour les actions en faveur des personnes prostituées ont connu une baisse continue entre 2006 et 2012, partiellement compensée par une légère hausse en 2013 qui devrait être confirmée en 2014.**

L'année prochaine, les crédits consacrés à la prostitution devraient être proches de 2,4 millions d'euros. Si les comparaisons doivent être maniées avec prudence<sup>1</sup>, il est malgré tout possible de noter que l'Italie consacre chaque année 8 millions d'euros aux questions d'assistance et d'intégration sociale des personnes prostituées.

A titre d'illustration des restrictions budgétaires intervenues au cours des dernières années, une note de la délégation régionale aux droits des femmes d'Ile-de-France datée de juillet 2012 indiquait une baisse de 20 % des crédits en provenance du programme 137 pour cette même année<sup>2</sup>. Elle constatait également une diminution des dotations de l'ARS. Dans ce contexte, **elle estimait d'autant plus dommageable la concurrence entre les volets sanitaire et social de la prise en charge des personnes prostituées et soulignait la nécessité d'un accompagnement global.** Elle annonçait par ailleurs la mise en place d'un groupe de travail entre la délégation régionale, l'ARS et la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL).

D'autres financements plus ponctuels sont alloués par la DGS et inscrits dans le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ». L'essentiel de ces crédits est destiné, dans le cadre de conventions pluriannuelles, à des associations généralistes qui développent des actions en faveur des personnes prostituées<sup>3</sup>.

*b) La nécessité de donner plus de visibilité aux associations*

**Le manque de lisibilité ainsi que l'évolution à la baisse des financements alloués par l'Etat nuisent à l'action des associations.**

Or celles-ci sont confrontées à **l'augmentation de leurs charges en raison des mutations que connaît la prostitution.** Elles doivent renforcer leurs dispositifs de maraudes afin de pouvoir toucher des personnes plus dispersées géographiquement et plus mobiles qu'auparavant. Le développement de nouvelles formes de prostitution les conduit par ailleurs à mettre en place de nouvelles méthodes pour aller à la rencontre des personnes prostituées, notamment sur internet. L'augmentation de la part des personnes prostituées étrangères oblige également à avoir recours à des interprètes et médiateurs culturels. Enfin, leur action ne peut prendre toute son ampleur qu'à la condition de développer en parallèle une expertise sur les profils, les besoins et les risques auxquels sont confrontés les personnes prostituées.

**Si les crédits inscrits dans le projet de loi de finances pour 2014 connaissent une augmentation, il est essentiel de les sécuriser afin de donner aux associations une visibilité pluriannuelle.** En outre, chaque

---

<sup>1</sup> Comme cela a été noté plus haut, il est impossible, en dehors du dispositif Ac.Sé, de savoir exactement combien consacre la France à l'hébergement des personnes prostituées.

<sup>2</sup> Des extraits de cette note ont été transmis par le SDFE à vos rapporteurs.

<sup>3</sup> Aides, Arcat et Médecins du monde.

subvention allouée au niveau déconcentré devrait l'être sur la base de critères clairs et préalablement définis, puis faire l'objet d'une évaluation systématique. Au regard des faibles moyens humains dont disposent les services déconcentrés (une déléguée régionale aux droits des femmes par région et une chargée de mission par département), il apparaît d'autant plus nécessaire que la politique d'allocation des subventions ait été clairement établie par le niveau national.

Concernant les associations têtes de réseau directement financées par le SDFE, l'Igas souligne que **les conventions pluriannuelles qui étaient conclues jusqu'alors soient devenues annuelles en 2012**. Depuis cette date, des conventions pluriannuelles ont été à nouveau négociées ou sont en cours de conclusion pour la période 2013-2015. Il conviendrait à l'avenir de confirmer cette évolution afin, là encore, de donner plus de visibilité aux associations.

Dans le projet de loi de finances pour 2014, une action nouvelle dédiée à la prévention et à la lutte contre la prostitution et la traite des êtres humains est identifiée au sein du programme 137. Une telle évolution constitue une première étape vers une meilleure visibilité de ces crédits au sein du programme 137.

**Le suivi budgétaire des moyens alloués à l'hébergement devrait également être amélioré.** Le dernier alinéa de l'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi pour la sécurité intérieure du 18 mars 2003, dispose que « *des places d'hébergement et de réinsertion sociale sont ouvertes à l'accueil des victimes de la traite des êtres humains dans des conditions sécurisantes* ». S'il est utile d'avoir posé ce principe dans la loi, celui-ci devrait avoir des conséquences pratiques en termes de suivi budgétaire de l'utilisation des crédits auprès des différentes catégories de population accueillies dans les centres d'hébergement.

#### **Proposition**

Donner aux associations les moyens d'agir sur le long terme en enrayant la baisse des financements, en évitant leur saupoudrage et en leur donnant une visibilité pluriannuelle.

## **B. LES ENJEUX D'UN MEILLEUR PILOTAGE**

### **1. Un objectif prioritaire : la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle**

#### *a) Renforcer le dispositif Ac.Sé*

Le dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite des êtres humains (Ac.Sé) a été créé en 2001. Il est géré par l'association Accompagnement, lieux d'accueil, carrefour éducatif et social (ALC) implantée à Nice et financé par la DGCS, le ministère de la justice et la mairie de Paris.

**L'objectif est d'assurer l'éloignement géographique et de trouver des solutions d'hébergement aux personnes victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.**

En pratique, l'équipe de coordination de l'association ALC-Nice reçoit les signalements de personnes ayant besoin d'être mises à l'abri, évalue leur situation et recherche la structure adaptée ayant une place disponible. Quarante-sept centres d'hébergement ont fait le choix de participer au dispositif, chacun pouvant accueillir une à trois personnes. Ces structures sont réparties dans trente-sept départements. Dix-sept associations ou services spécialisés dans l'aide et l'accompagnement des personnes prostituées interviennent également.

En 2012, soixante-seize demandes ont été adressées à ALC et soixante-six ont donné lieu à une orientation<sup>1</sup>. Près d'un quart des femmes prises en charge étaient accompagnées de leur(s) enfant(s). Plus de la moitié étaient nigérianes.

**L'association mène en parallèle des actions de formation** auprès des services de police, de gendarmerie, de magistrats et de travailleurs sociaux afin d'aider les personnels à identifier les victimes de la traite des êtres humains sur la base de critères communs d'identification. Près de 1 000 professionnels ont été formés jusqu'à présent.

Le rapport « Geoffroy-Bousquet » regrettait l'absence de réunion régulière du comité de pilotage du dispositif. Dans son rapport d'activité pour l'année 2012, ALC indique que celui-ci s'est réuni en septembre 2012. Il devrait l'être à nouveau en décembre de cette année.

Le dispositif Ac.Sé constitue l'une des rares actions de portée quasi-nationale dont l'efficacité est reconnue et saluée par le plus grand nombre. Il apparaît dès lors étonnant que la convention pluriannuelle récemment conclue avec la DGCS prévoit une baisse des financements qui lui seront alloués dans les deux prochaines années.

---

<sup>1</sup> Les dix signalements sans suite correspondaient : à la perte de contact entre le service orienteur et la personne ; à la définition d'une solution alternative, trouvée par la personne elle-même ; au fait qu'après évaluation, la personne ne relevait pas du dispositif.

*b) Conforter la dynamique positive engagée par la création de la Miprof*

Une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) a été créée par un décret du 3 janvier 2013<sup>1</sup>. **Cette structure a pour mission d'assurer la coordination nationale de la lutte contre la traite des êtres humains.** Elle est en particulier chargée d'assurer le suivi de **la Convention de Varsovie** sur la lutte contre la traite des êtres humains, en lien avec le groupe d'experts sur la lutte contre la traite des êtres humains (Greta). Un coordinateur national a été nommé à cette fin.

Le comité d'orientation de la Miprof doit associer à la fois des représentants des collectivités territoriales, des personnalités qualifiées et les principales directions ministérielles concernées. Vos rapporteurs regrettent cependant que la DGS ne soit pas associée au pilotage du dispositif, contrairement à la DGCS et à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

En outre, le décret du 3 janvier 2013 ne prévoit pas expressément que la Miprof soit chargée de collecter et analyser les données relatives à la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle. Cette structure apparaît pourtant particulièrement adaptée au développement de l'expertise publique que vos rapporteurs appellent de leurs vœux.

Comme le montre l'exemple italien, les politiques d'aide aux victimes et de lutte contre les réseaux sont complémentaires. Vos rapporteurs estiment à ce titre indispensable, en parallèle de l'affirmation du rôle de la Miprof en tant que coordinateur des différents intervenants, de renforcer les moyens alloués aux services de police en charge de la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

<sup>2</sup> A titre d'illustration, la Brigade de répression du proxénétisme ne compte que cinquante fonctionnaires, personnels administratifs et de direction compris.

### Proposition

Conforter la place et les moyens alloués au dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite des êtres humains (Ac.Sé) et assurer la réunion régulière de son comité de pilotage.

Renforcer le rôle de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) en étendant ses missions relatives à la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

## 2. Un enjeu structurant : la coordination des acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires

### *a) Un manque de coordination préjudiciable*

**L'absence de pilotage national clair empêche d'impulser sur les territoires une politique coordonnée de suivi sanitaire et d'accompagnement social des personnes prostituées.**

Ces difficultés sont accentuées par **la concurrence et l'opposition qui peuvent naître avec d'autres politiques publiques**. Aux enjeux sanitaires et de réinsertion sociale s'ajoutent en effet ceux de la préservation de l'ordre public mais également du contrôle des flux migratoires.

Dès lors, les actions engagées dans les territoires ont nécessairement une portée limitée. **Les expériences de coordination réussie entre acteurs associatifs et institutionnels revêtent un caractère informel et par conséquent précaire**. Lors de son audition, le directeur de l'association ALC a illustré cette situation. Au milieu des années 2000, l'engagement personnel du préfet a permis de mieux structurer et coordonner l'action des associations, des forces de sécurité et de la justice dans l'accompagnement des personnes victimes de la traite. Le départ du préfet n'a pas permis de conserver cette dynamique.

Déjà en 2001, **la délégation aux droits des femmes du Sénat regrettait l'absence de coordination des acteurs associatifs et institutionnels au niveau des départements**. Elle soulignait à ce titre que les différentes circulaires visant à la mise en place de structures dédiées n'aient pas été suivies d'effets<sup>1</sup>. Dix ans plus tard, le constat dressé dans le rapport « Geoffroy-Bousquet » était le même.

La mission de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, qui a organisé cette année quatre tables rondes à Paris et en région sur le sujet, a elle aussi insisté sur le fait que, malgré les efforts déployés par

---

<sup>1</sup> Circulaire du 25 août 1970 relative à la lutte contre la prostitution et le proxénétisme ; circulaire du 21 mars 1979 relative à la lutte contre la prostitution ; circulaire du 7 mars 1988 relative à la prévention de la prostitution et à la réinsertion des personnes prostituées.

chacun des acteurs en fonction de leurs moyens humains et matériels, la coordination demeure « *lacunaire, voire inexistante* »<sup>1</sup>.

La question de la façon dont peuvent se structurer les actions des associations et des acteurs institutionnels dans chaque département reste donc posée. La création de commissions départementales *ad hoc* a été un échec. Les commissions départementales contre les violences faites aux femmes pourraient voir leur rôle renforcé. **Mais plutôt que de s'appuyer sur des dispositifs relativement rigides, il pourrait être utile de réfléchir à des dispositifs de coordination plus partenariaux.**

*b) L'exemple du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées*

L'association Ippo, implantée à Bordeaux, travaille depuis décembre 2002 dans le cadre d'un **réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées** (Rispp) créé sous l'impulsion de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de Gironde. Ce dispositif vise à assurer la coordination des acteurs associatifs et institutionnels autour d'engagements et de principes communs formalisés dans une charte signée le 22 avril 2003.

L'objectif défini par la charte est de **mobiliser les ressources locales, d'articuler et de coordonner les actions des associations, en liaison avec les services compétents** « *afin de construire des réponses pertinentes et adaptées en termes d'accès aux droits fondamentaux (sanitaires, sociaux, juridiques, droits de la personne), de suivi et d'accompagnement des personnes concernées, d'insertion et de prévention* ».

Le réseau comprend actuellement huit membres :

- des associations : Aides Aquitaine, le Comité d'étude et d'information sur la drogue (CEID), IPPO, le mouvement le cri et le Mouvement du Nid ;
- la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité ;
- La Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de Gironde ;
- la mairie de Bordeaux.

Jusqu'en 2009, le conseil général et le Comité régional Aquitaine d'éducation pour la santé (Craes) participaient également au réseau.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information Assemblée nationale n° 1360, fait par Mme Maud Olivier au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le renforcement de la lutte contre le système prostitutionnel, septembre 2013.

Les activités du réseau sont communes à celles de la plupart des associations qui interviennent auprès des personnes prostituées. Elles comprennent en particulier **un accueil de jour**, géré par Ippo, ainsi que **des actions de rue du type maraudes** qui doivent être assurées de façon coordonnée sur les lieux de prostitution. La charte prévoit également la mise en place par certaines associations **d'actions d'information et de formation auprès de l'opinion publique destinées à prévenir et réduire le risque prostitutionnel**. Le réseau a en outre une activité **d'observatoire de la prostitution** et doit permettre la mise en commun des informations recueillies par les différents acteurs. Il joue également un **rôle d'interface avec les pouvoirs publics et de force de propositions auprès de ces derniers**. Ippo est par ailleurs membre du dispositif Ac.Sé.

**Chaque membre s'engage à appliquer les engagements communs pris dans le cadre de la charte tout en restant libre de développer ses propres positions sur la prostitution.** Les principes d'intervention du réseau définis par la charte permettent de disposer d'un cadre commun de valeurs et comportements partagés par l'ensemble des membres.

#### **Les principes d'intervention du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées (Rispp)**

Outre ses objectifs, ses activités et ses modalités de fonctionnement, la charte du Rispp fixe les principes d'intervention qui doivent être communs à l'ensemble des participants :

Intervenir auprès des personnes prostituées sans discrimination d'aucune sorte, dans le respect des droits de la personne et de sa vie privée ;

Garantir l'anonymat de la personne prostituée et respecter la confidentialité ;

Solliciter uniquement les informations nécessaires et n'entreprendre aucune démarche ou communication d'informations sans le consentement de la personne ;

Respecter les décisions ou choix de la personne prostituée ;

Rechercher l'adhésion et la participation active des personnes prostituées ;

Mettre au service de la personne prostituée une écoute et une information faite par des personnes formées à ce type d'intervention et dont les connaissances sont actualisées ;

Apporter un soutien aux personnes prostituées, dans la limite des compétences de l'intervenant en les orientant, en tant que de besoin, vers les services compétents ;

Ne pas porter de jugement et faire preuve de réserve sur le plan philosophique, confessionnel et politique.

La coordination du réseau est aujourd'hui assurée par la chargée de mission aux droits des femmes et à l'égalité de la DDCS de Gironde. Ses membres se réunissent tous les deux mois.

Après quatre ans de travaux au sein du Rispp, une **convention cadre départementale pour la coordination des actions concernant les victimes de la traite des êtres humains** a pu être signée le 12 avril 2012. Ce document résulte d'une prise de conscience de la part de l'ensemble des membres du réseau de l'évolution de la prostitution à Bordeaux et de leur volonté d'assurer une prise en charge commune des personnes victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle. Un comité de suivi se réunit deux fois par an pour évaluer sa mise en œuvre et la convention est systématiquement annexée à tous les dossiers d'identification de victimes de la traite qui sont présentés à la préfecture de Gironde.

Ainsi que l'a exposé la directrice de l'association Ippo devant vos rapporteurs, la mise en place du Rispp a été rendue possible grâce à l'importante mobilisation dont ont fait preuve les services de l'Etat.

**Aux yeux de vos rapporteurs, le Rispp constitue la preuve qu'il est possible de faire travailler ensemble associations communautaires et abolitionnistes lorsque les principes d'intervention ont été clairement et préalablement définis.**

Une généralisation du dispositif, jusqu'à présent unique en France, pourrait être envisagée, tout en conservant le principe de structures relativement souples et en imaginant des modalités de travail en commun avec les forces de sécurité et la justice.

#### **Proposition**

Encourager la généralisation de partenariats souples entre acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires sur le modèle du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées (Rispp) mis en œuvre à Bordeaux.

### **3. Réaffirmer la place du système de santé, en particulier de l'hôpital, dans ses missions de service public, auprès des personnes prostituées**

Les personnes prostituées sont confrontées à des problématiques de santé diverses, qui ne peuvent être limitées à celles du VIH. Sans nécessiter une prise en charge spécifique, elles doivent bénéficier d'un accompagnement adapté et personnalisé vers les dispositifs de droit commun.

*a) Affirmer la place de l'hôpital, dans ses missions de service public, auprès des personnes prostituées*

Le centre hospitalier Ambroise Paré a mis en place depuis le début des années 2000 une structure spécifique destinée à la prise en charge des personnes prostituées. Le projet est né du constat qu'il existait à proximité de l'hôpital, dans le bois de Boulogne, une population exclue de l'accès aux soins et de l'exercice des droits qu'elle pouvait faire valoir. **L'objectif était donc, dans une logique de service public, de répondre aux besoins spécifiques de ce public.**

L'hôpital a noué un partenariat avec l'association Prévention action santé travail pour les transgenres (Pastt), formalisé par la signature d'une convention le 17 mai 2004.

Les finalités attendues étaient, d'abord de **faciliter l'accès aux soins**, puis de **renforcer la prévention**, enfin **d'assurer l'accès aux droits sociaux et plus largement la réintégration sociale des personnes concernées.**

Pour atteindre ces objectifs, un médecin infectiologue originaire du Brésil puis une médiatrice sociale, sud-américaine et transsexuelle, ont été recrutées en 2005 et 2007.

Les **personnels de l'hôpital** ont été formés à l'accueil des personnes prostituées. **L'équipe médico-sociale participe aux maraudes organisées par l'association Pastt** dans le bois de Boulogne. La structure joue au final un rôle d'interface et de facilitateur entre l'hôpital et les personnes prostituées du bois de Boulogne.

Appuyée sur la permanence d'accès aux soins de santé (Pass), la structure est financée par le biais des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Un bilan réalisé en 2011 montrait **une augmentation continue de la fréquentation du centre de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles** (Ciddist). 100 personnes étaient prises en charge par le médecin infectiologue, et entre 60 et 80 étaient accompagnées chaque mois par la médiatrice sociale.

90 % des patients n'ayant aucune couverture maladie au moment de leur première rencontre avec la médiatrice avaient pu obtenir l'AME ou s'affilier à la sécurité sociale.

Environ 10 % des personnes accueillies étaient entrées dans une démarche de réinsertion, notamment grâce à l'obtention d'un travail ou d'un logement.

Quatre actions de prévention « hors les murs » avaient été réalisées dans l'année, permettant de rencontrer entre cent et cent cinquante personnes. Au cours des deux dernières, vingt-cinq Trod avaient été réalisés.

**Ainsi que l'ont souligné les équipes rencontrées par vos rapporteurs, un tel projet n'est envisageable et reproductible qu'à la condition de nouer un partenariat fort avec le milieu associatif.**

Elles ont également fait part de **leurs inquiétudes quant à la pérennité d'un dispositif** qui demeure isolé et dont le maintien dépend avant tout de l'engagement des personnes qui s'y sont fortement investies dès son origine.

Selon elles, le soutien des pouvoirs publics devrait se traduire par la réaffirmation de la mission de santé publique et d'assistance publique de l'hôpital pour répondre aux besoins de santé et d'accès aux droits des populations les plus précaires de leur territoire. La tâche assignée aux Pass, qui est d'assurer une prise en charge médico-sociale destinée à faciliter l'accès aux structures de soins de droit commun, s'inscrit pleinement dans cette perspective<sup>1</sup>.

### **Proposition**

Faire des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de véritables passerelles vers l'accès aux services de soins de droit commun en assurant notamment la formation des personnels qui y travaillent aux problématiques de la prostitution et de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

#### *b) Renforcer le rôle des ARS*

Selon les informations fournies par la DGS et issues d'une enquête réalisées au moment de la rédaction du rapport « Geoffroy-Bousquet », **aucune des ARS interrogées n'avait véritablement engagé de politique spécifique à destination des personnes prostituées**. Leur soutien financier allait en premier lieu aux associations communautaires et/ou menant des actions en faveur de la réduction des risques.

**Les questions relatives à la prostitution sont également prises en compte de façon variable dans les documents de programmation rédigés par les ARS.**

---

<sup>1</sup> L'article L. 6112-6 du code de la santé publique dispose en effet que : « Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »

Pourtant, **les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** (Praps) constituent des outils adaptés pour intégrer les personnes prostituées dans un dispositif plus large d'action auprès des personnes défavorisées. Selon la DGS, huit Praps sur vingt-six intègrent la question des personnes prostituées. Sur ces huit, quatre d'entre eux prévoient des actions spécifiques visant à mieux connaître les personnes en situation de prostitution, favoriser l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'accès à la prévention et l'éducation à la santé.

Certaines ARS ont intégré les personnes prostituées dans **les schémas régionaux de prévention** (SRP) qui portent essentiellement sur les questions d'IST et de dépistage.

Ces documents de planification, relativement lourds à élaborer, sont déjà fortement encadrés au plan législatif et réglementaire. Prévoir d'intégrer dans les textes la prise en compte des personnes en situation de prostitution ne serait donc pas opportun. En revanche, l'évaluation de la première génération des projets régionaux de santé (PRS) et l'exercice de planification qui s'en suivra doivent constituer une opportunité pour encourager la prise en compte plus systématique de ce public dans les outils de programmation.

L'Igas insiste par ailleurs sur **le rôle de coordination que peuvent jouer les ARS afin d'assurer le décloisonnement des pratiques**. Elle suggère notamment la constitution de bases de travail communes qui pourraient résulter d'appels à projets lancés de façon conjointe par les différentes administrations amenées à intervenir auprès des personnes prostituées.

Ce travail de construction d'une base de références et de connaissances partagées pourrait être envisagé en partenariat avec **les observatoires régionaux de la santé** sur lesquels les ARS ont vocation à s'appuyer pour la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional<sup>1</sup>.

### Propositions

Profiter de l'évaluation prochaine des projets régionaux de santé pour encourager une intégration plus systématique des questions de prostitution dans les documents de planification.

<sup>1</sup> Aux termes de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, qui définit les missions des ARS, elles ont vocation, pour la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional à organiser, « en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ».

Conforter le rôle de coordination des agences régionales de santé (ARS) s'agissant des questions sanitaires et sociales relatives aux personnes prostituées, notamment par le lancement d'appels à projets conjoints.

Renforcer, en lien avec les observatoires régionaux de santé, l'expertise des ARS au sujet de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées.

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Mme Annie David, présidente.* – Chantal Jouanno et Jean-Pierre Godefroy nous présentent aujourd'hui les conclusions de la mission, qui leur a été confiée en début d'année par notre commission, sur la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées.

*M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.* – A titre liminaire, je souhaiterais rappeler, madame la présidente, que je vous avais saisie en août 2012 de la nécessité d'intégrer au programme de travail de notre commission la question de la prostitution car le dernier rapport d'information du Sénat consacré à ce sujet remontait à 2000. Depuis cette date, le visage de la prostitution a évolué et il me semblait important d'en mesurer les effets sociaux.

J'ai été très heureux de travailler conjointement avec Chantal Jouanno même si je reconnais avoir été un peu inquiet au départ compte tenu de la brillante carrière de ma collègue ! Nos séances de travail se sont échelonnées sur neuf mois, pratiquement chaque mercredi après-midi. L'esprit dans lequel nous avons mené cette mission n'est pas sans me rappeler celui que j'ai connu, les années précédentes, avec Catherine Deroche sur le rapport relatif au financement de la branche accidents du travail-maladies professionnelles ou avec Gérard Dériot et Jean-Marie Vanlerenberghe sur celui consacré au mal-être au travail.

J'insiste sur le fait que nous avons décidé de centrer notre rapport sur les enjeux sanitaires et sociaux de la prostitution et n'avons volontairement pas abordé le volet pénal.

Depuis le début de l'année 2013, date de lancement de nos travaux, nous avons effectué un peu plus de quarante auditions et reçu presque autant de contributions écrites sur l'espace participatif de la mission. Nous nous sommes également rendus en Belgique et en Italie, deux pays dont la législation en la matière est relativement semblable à la nôtre mais qui l'appliquent sur certains points de façon différente. Ces auditions et déplacements ont été l'occasion de rencontrer des personnes prostituées, plusieurs des associations qui les accompagnent, quel que soit leur positionnement idéologique, ainsi que les acteurs institutionnels (services de police, administrations centrales) chargés de piloter l'action de l'Etat sur cette question. Chacun d'entre nous a également participé aux maraudes organisées par l'association parisienne « Les amis du bus des femmes » qui, grâce à ce type d'intervention, va à la rencontre des personnes prostituées pour diffuser des messages de prévention et leur apporter un soutien psychologique et social.

Malgré la richesse des échanges que nous avons pu avoir, nous sommes bien conscients de n'avoir entrevu qu'une petite partie de ce qu'est aujourd'hui la réalité de la prostitution, un phénomène pluriel, complexe et en mutation constante.

Le nombre de personnes qui se prostituent en France serait compris entre 20 000 et 40 000. Cette estimation est, par définition, fragile car fondée pour l'essentiel sur l'observation de la prostitution de rue. Ses formes plus discrètes, qu'elles s'exercent dans les bars à hôtesse, les salons de massage ou après une prise de contact sur internet, sont bien moins connues alors même qu'elles tendent à se développer. 10 % à 15 % des personnes qui se prostituent sont des hommes ou des personnes transgenres (essentiellement des hommes devenus femmes). La prostitution est donc féminine dans sa très grande majorité. Elle concerne des femmes et des hommes de tous les âges. Les personnes vieillissantes et les mineurs, dont on sous-estime le nombre, sont loin de représenter une part négligeable de l'ensemble des personnes prostituées.

Si 80 % d'entre elles étaient françaises au début des années 1990, le rapport s'est aujourd'hui inversé : 90 % des personnes qui se prostituent dans la rue sont désormais de nationalité étrangère. Il s'agit dans leur très grande majorité de femmes en situation irrégulière, soumises à des réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains, pour l'essentiel nigériens, chinois, d'Europe de l'est et d'Amérique latine. Les rythmes d'exercice effrénés, la violence exercée par les proxénètes et les réseaux, les difficultés à rembourser la dette qui a souvent été contractée pour arriver jusqu'en France, les menaces qui pèsent sur la famille restée dans le pays d'origine sont quelques-unes des caractéristiques communes à ces organisations. Lorsqu'elles viennent d'Europe de l'Est ou d'Afrique, ces femmes ont, dans la plupart des cas, déjà subi des violences et des sévices sexuels dans leur pays ainsi qu'au cours du trajet qui les mène en France. Les réseaux opèrent également sur internet : les jeunes femmes recrutées sont contraintes d'effectuer des tournées dans différentes villes de France voire d'Europe, retrouvant dans des hôtels les clients avec qui la nature des prestations et les prix ont été négociés au préalable par le réseau. Là encore, la violence est quotidienne.

Qui sont ces clients ? Il semble difficile d'avoir une réponse précise à la question. Selon l'édition 2008 de l'enquête sur la sexualité en France, 3,1 % des hommes déclarent avoir eu un rapport sexuel avec une personne prostituée au cours des cinq dernières années. Après cinquante ans, c'est plus d'un homme sur quatre qui dit avoir eu recours à des services sexuels tarifés au moins une fois dans sa vie. Ces chiffres varient peu dans le temps. Mais il est probable que les attentes et motivations des clients aient, elles, évolué. Or ces éléments sont peu connus et insuffisamment explorés par la recherche sociologique. Il serait pourtant essentiel de renforcer nos connaissances dans ce domaine, ne serait-ce que pour savoir dans quelle mesure la place croissante de la pornographie et de l'hypersexualisation dans notre société conduit à « banaliser » l'idée du recours à des prestations sexuelles tarifées.

La position officielle de la France en matière de prostitution ne souffre pas d'ambiguïtés, même si l'acceptation du terme abolitionnisme a évolué dans le temps. Au moment de la fermeture des maisons closes en 1946, puis de la ratification en 1960 de la Convention des Nations unies de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains, l'objectif était d'abolir toute forme de réglementation de la prostitution. Il s'agit aujourd'hui d'abolir la prostitution elle-même, ce dont témoigne la proposition de résolution adoptée par l'Assemblée nationale en décembre

2011 qui réaffirme « la position abolitionniste de la France, dont l'objectif est, à terme, une société sans prostitution ». La frontière entre abolitionnisme et prohibitionnisme est, il est vrai, ténue...

Pourtant, les divergences idéologiques demeurent, ce que traduit la division du tissu associatif. Entre les associations dites « communautaires » et celles considérées comme « abolitionnistes », dont l'engagement auprès des personnes prostituées s'appuie sur des conceptions philosophiques très différentes, le fossé semble difficile à franchir. Si le pragmatisme l'emporte souvent sur le terrain et leur permet de travailler ensemble, l'entente devient plus difficile dès lors qu'il s'agit de construire une vision partagée de la réalité de la prostitution et des préconisations de politiques publiques communes.

Tout l'enjeu de notre mission était justement de dépasser ces divergences afin de donner une vision objective de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées et de proposer des recommandations qui puissent faire consensus. C'est volontairement que nous n'avons pas abordé les questions du racolage passif ou actif et de la pénalisation des clients. Nous sommes en effet convaincus que, sans présager des évolutions législatives qui pourraient intervenir, il est d'ores et déjà possible de tracer les pistes d'un accompagnement sanitaire et social plus adapté et individualisé des personnes qui se prostituent.

**Mme Chantal Jouanno, rapporteure.** – Dans la continuité de ce qu'a dit mon collègue, je précise que notre rapport, effectivement centré sur les aspects sanitaires et sociaux de la prostitution, contient un certain nombre de propositions qui peuvent être mises en œuvre indépendamment d'une évolution de son cadre légal. Notre démarche est complémentaire de celle ayant présidé à l'élaboration de textes portant sur le volet pénal de la prostitution ; je pense en particulier à la proposition de loi récemment déposée à l'Assemblée nationale.

Venons-en à présent à la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées proprement dite. Nous aborderons tout d'abord le volet sanitaire. La prostitution comporte des risques sanitaires communs à toutes ses formes d'exercice. On en distingue deux catégories : ceux qui découlent directement de l'activité prostitutionnelle et ceux qui résultent des conditions de vie.

Les risques sanitaires inhérents à la pratique de la prostitution, bien que non exclusifs de celle-ci, sont bien connus ; il s'agit principalement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Les données disponibles, bien que très restreintes, conduisent aux constats suivants :

- les populations prostituées transgenre et homosexuelle sont nettement plus exposées au risque de VIH que la population prostituée hétérosexuelle. La prévalence du VIH est, en outre, plus élevée chez les personnes prostituées usagères de drogues que chez celles n'en consommant pas ;

- le taux de prévalence des autres IST parmi les personnes prostituées est deux fois plus important que dans la population générale.

On voit également réapparaître des maladies sexuellement transmissibles, autrefois disparues, comme la syphilis.

*Le risque de contamination au VIH et aux IST est, on le sait, directement corrélé au niveau de protection. Chez les personnes prostituées, notamment les « traditionnelles » qui ont une réelle connaissance des pratiques de prévention, le taux d'usage du préservatif est globalement élevé car celui-ci est avant tout considéré comme un outil de travail. On remarque toutefois que si son utilisation est quasi systématique chez la population féminine prostituée, il l'est beaucoup moins parmi la prostitution homosexuelle masculine et la prostitution transgenre. En outre, il semble que dans le cadre de la vie affective privée, l'usage du préservatif soit plus irrégulier, attitude qui reflèterait la volonté de séparer l'activité prostitutionnelle de la sphère personnelle.*

*Le niveau de protection dépend également du degré d'appropriation des messages et des pratiques de prévention. Ainsi, il apparaît clairement que les personnes prostituées étrangères, issues de pays où l'éducation sexuelle et la prévention des IST sont peu développées, sont beaucoup moins informées des méthodes de protection que les prostituées de nationalité française. Leur réticence à l'égard de ces pratiques, leur mauvaise maîtrise de la langue, leur méconnaissance des dispositifs institutionnels (CDAG-Ciddist) et l'emprise des réseaux compliquent également leur appropriation des messages de prévention. Qui plus est, lorsqu'il y a usage du préservatif, celui-ci n'est pas toujours efficace en raison de procédures d'emploi inadaptées, entretenues le plus souvent par de fausses croyances.*

*Par ailleurs, les quelques études disponibles comme les acteurs de terrain mettent en avant le rôle des clients dans les pratiques sexuelles à risque, donc dans la propagation du VIH et des IST. Depuis quelques années, les demandes de rapports sexuels non protégés de la part des clients sont en augmentation : le Conseil national du sida évalue, selon les sources, leur part entre 10 % et 50 % et l'association Grisélidis estime que ce type de comportement concernerait au moins un client sur cinq. C'est énorme !*

*Plusieurs facteurs pourraient expliquer la recrudescence de ce phénomène : la précarité financière d'une majorité de personnes prostituées, les habitudes prises avec les clients réguliers, le regain de concurrence consécutif à l'accroissement de l'offre prostitutionnelle dans un contexte général de crise, le relâchement global des méthodes de prévention, l'accroissement des pratiques à risque, aussi bien s'agissant de la prostitution de rue que de celle s'exerçant sur Internet.*

*Outre les IST, l'activité prostitutionnelle expose les femmes qui l'exercent à divers problèmes gynécologiques, lesquels représentent entre 20 % et 25 % des demandes adressées aux associations de terrain. On sait également que le développement du cancer du col de l'utérus est favorisé par des facteurs de risques souvent observés chez cette population (rapports sexuels à un âge précoce, multiplicité des partenaires, tabagisme, IST). Enfin, la vulnérabilité des personnes prostituées sur le plan gynéco-obstétrical se caractérise par une fréquence des interruptions volontaires de grossesse trois fois plus élevée que dans la population générale. Ce chiffre, officiel, est sans doute beaucoup plus important d'après les témoignages des associations que nous avons recueillis : une pratique fréquente des réseaux consiste à provoquer des avortements au moyen de coups de pied répétés dans le ventre des jeunes femmes.*

*M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.* – A côté de ces risques sanitaires spécifiques, on rencontre chez les personnes prostituées diverses pathologies qui ne sont pas nécessairement directement imputables à l'exercice de la prostitution, mais qui reflètent plus largement leurs conditions de vie et leur environnement. Ces troubles, pour la plupart chroniques, se retrouvent plus généralement chez les publics en situation de précarité, indépendamment de toute activité prostitutionnelle. Parmi les pathologies recensées, les problèmes respiratoires de type infections broncho-pulmonaires et asthme tiennent une place importante. Certains cas de tuberculose ont même été relevés, en particulier chez la population prostituée vieillissante. D'après les témoignages recueillis, les prostituées dites « traditionnelles » continuent parfois d'exercer jusqu'à l'âge de soixante-dix voire de quatre-vingts ans ! Les problèmes dermatologiques sont également très fréquents ; ils traduisent des conditions de vie précaires et stressantes, parfois un manque d'hygiène. Les troubles digestifs liés au stress sont aussi régulièrement mentionnés par les personnes prostituées, de même que les troubles musculo-squelettiques, qui sont souvent consécutifs aux violences subies et à une position statique répétée dans le cas de la prostitution de rue. Les déséquilibres alimentaires représentent un autre problème de santé récurrent, qui s'explique par des rythmes de vie décalés et des conditions d'existence souvent difficiles. Ces troubles alimentaires, parfois associés au manque d'hygiène et de suivi bucco-dentaire, sont également responsables de nombreux problèmes dentaires.

Ces pathologies coexistent avec divers problèmes psychiques, qui vont des troubles de somatisation, du sommeil et de l'anxiété, à des maladies psychiatriques plus graves. Les pensées suicidaires sont également beaucoup plus présentes chez les personnes prostituées, en particulier chez les transgenres, que dans la population générale. Bien qu'il soit très difficile d'évaluer le degré d'imputabilité de la prostitution sur la survenue de ces troubles - d'autres facteurs entrant en compte -, nombre de témoignages indiquent que l'exercice de cette activité ne laisse pas indemne sur le plan psychique.

De toutes ces données épidémiologiques, nous dressons le constat d'une très grande vulnérabilité sanitaire des personnes prostituées, étant précisé que le niveau d'exposition aux risques sanitaires et la fréquence des pathologies rencontrées varient fortement selon les situations individuelles et les modes d'exercice de la prostitution. Il apparaît en effet clairement que les victimes des réseaux de proxénétisme et de traite sont particulièrement fragiles sur le plan sanitaire.

Dans ce contexte, de quel suivi médical bénéficient les personnes prostituées ? Tout comme l'exposition aux risques sanitaires, le recours aux soins diffère selon les publics et les conditions d'activité. La prostitution de rue se traduit ainsi par des difficultés d'accès aux soins et de suivi médical plus marquées que la prostitution en salon de massage : les personnes travaillant dans la rue sont moins nombreuses à être inscrites auprès d'un médecin généraliste, moins souvent dépistées pour les IST et enregistrent plus de retards dans leurs contrôles du col de l'utérus.

Plus généralement, le recours aux soins s'avère d'autant plus problématique que la situation de la personne prostituée est précaire. Comme pour d'autres publics vulnérables, le cumul de difficultés économiques et sociales agit comme un frein à l'accès aux soins. Les personnes qui se prostituent ont tendance à attendre le dernier moment pour consulter, la santé n'étant pas la première de leurs priorités. Le manque de suivi médical est particulièrement patent sur le plan gynécologique : alors que le taux de suivi s'élève à 85 % dans la population féminine globale, il varie entre 54 % et 74 % parmi les femmes prostituées. Le recours au dépistage du VIH est, lui aussi, insuffisant, en particulier s'agissant des personnes prostituées étrangères et de celles exerçant « indoor ».

**Mme Chantal Jouanno, rapporteure.** – Nous poursuivons avec le volet social. Les personnes prostituées bénéficient théoriquement des mêmes droits sociaux que les autres citoyens. Il leur est possible de s'affilier à un régime de sécurité sociale et d'accéder ainsi à la couverture maladie et à l'assurance retraite. Toutefois, ces possibilités leur sont, dans la réalité, difficiles d'accès dans la mesure où la prostitution ne constitue pas une activité professionnelle juridiquement reconnue. C'est toute l'ambiguïté voire l'hypocrisie de la position abolitionniste de la France. La question de l'accès aux droits sociaux se pose en outre en des termes différents s'agissant des personnes prostituées de nationalité étrangère victimes des réseaux. Du fait de leur statut juridique précaire et surtout de l'emprise exercée par leurs proxénètes, ces personnes sont, pour la grande majorité d'entre elles, très éloignées des dispositifs de prise en charge.

En matière de couverture maladie, les personnes prostituées relèvent, selon leur situation juridique et sociale, soit des dispositifs de droit commun, soit des dispositifs complémentaires destinés aux personnes n'ayant pu faire valoir leurs droits par la première voie d'accès. Ainsi, pour les personnes françaises ou étrangères disposant d'un droit de séjour, catégorie dont relèvent principalement les personnes prostituées dites « traditionnelles », sont ouvertes l'affiliation au régime social des indépendants (RSI) ou l'inscription à la couverture maladie universelle (CMU) et complémentaire (CMU-c). Pour les personnes étrangères en situation irrégulière, catégorie à laquelle appartient la très grande majorité des personnes prostituées, sont possibles la demande d'aide médicale de l'Etat (AME) ou, à défaut, l'accès aux soins d'urgence.

Alors qu'elles sont pour la plupart éligibles à l'un ou l'autre de ces dispositifs, les personnes prostituées accèdent, dans les faits, très difficilement à une couverture maladie. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce constat. En premier lieu, le renoncement aux droits et aux soins chez les personnes en situation de précarité est principalement motivé par des raisons financières ou lié au fait qu'elles ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation. En deuxième lieu, la mauvaise maîtrise du français constitue un obstacle important à l'accès aux soins. Elle conduit à des incompréhensions sur les informations délivrées par les professionnels de santé, à des erreurs de diagnostic, sans compter qu'elle rend quasiment impossible les prises en charge psychologiques. C'est pourquoi nous recommandons de développer le recours à la médiation et à l'interprétariat dans les établissements de santé et les services sociaux, sur le modèle de ce que nous avons pu voir à l'hôpital Ambroise Paré où une professionnelle issue du milieu de la prostitution est chargée d'établir un lien de confiance avec les personnes prises en

charge. En troisième lieu, la constitution des dossiers et la production des justificatifs nécessaires pour ouvrir les droits s'apparentent à un véritable parcours du combattant, en particulier pour les personnes en situation irrégulière. Non seulement les délais d'instruction des dossiers sont parfois très longs mais, en outre, des disparités importantes existent dans leur traitement selon les caisses primaires d'assurance maladie. Une harmonisation des règles de gestion administratives de l'AME est donc nécessaire, de même qu'une sensibilisation des personnels à la situation particulière des personnes prostituées victimes de la traite. Enfin, les personnes prostituées n'ont qu'une faible connaissance de leurs droits ainsi que du fonctionnement du système de soins. Une brochure intitulée « vos droits, votre santé » est en cours d'élaboration. Sa diffusion doit être la première étape d'une réelle stratégie d'information et d'orientation, dont les associations seraient le principal relai. Le rôle de ces dernières est en effet essentiel compte tenu de la méfiance que suscitent les institutions.

La question de l'accès à l'assurance retraite ne se pose que pour les personnes prostituées en situation régulière. Depuis 2004, les personnes prostituées peuvent cotiser auprès de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), qui accueille l'ensemble des professions non classées, notamment les professions libérales non affiliées au RSI. Il est cependant impossible de connaître le nombre de personnes prostituées ayant recours à ce dispositif dans la mesure où elles ne se déclarent pas comme telles. Par ailleurs, la possibilité de cotiser auprès de la Cipav ne permet pas de remédier à la situation de celles qui sont d'ores et déjà en âge de prendre leur retraite. Or un nombre non négligeable de femmes – nous en avons rencontré au cours de nos maraudes – sont contraintes de poursuivre leur activité malgré leur âge avancé et la dégradation de leur état de santé. Seule une minorité dispose d'une pension de retraite.

Au-delà de ces difficultés, plusieurs facteurs liés à l'environnement dans lequel évoluent les personnes prostituées freinent l'accès aux droits sociaux et aux soins. Les violences, inhérentes à toutes les formes de prostitution, sont à la fois physiques et psychologiques. Elles émanent principalement des clients, mais aussi des proxénètes, des personnes prostituées entre elles, voire des passants et des riverains. Les conditions d'hébergement, souvent très précaires, accentuent le risque de propagation des infections, participent d'un rythme de vie décalé, favorisent une alimentation peu équilibrée et ne permettent pas l'établissement d'une adresse fixe pour la constitution des dossiers administratifs. La stigmatisation et l'isolement constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires. Il est temps que la société inverse son regard sur ces personnes afin qu'elles soient considérées comme des victimes et non plus comme des présumées coupables. Enfin, le sentiment de méfiance à l'égard des « institutions », particulièrement manifeste chez les personnes en situation irrégulière, a été renforcé par la mise en œuvre de la loi pour la sécurité intérieure de 2003. Cette méfiance peut aussi s'exprimer à l'égard d'acteurs censés leur venir en aide, attitude qui s'explique par la barrière linguistique, les différences culturelles et les histoires personnelles des personnes prostituées, en particulier lorsqu'elles ont été confrontées aux « parcours de dressage » que nous vous avons décrits précédemment.

**M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.** – La focalisation du débat public sur le volet pénal de la prostitution aurait tendance à faire oublier que celui-ci est indissociable de son pendant social. Comment, en effet, aider les personnes qui le

*souhaitent à sortir de la prostitution sans leur proposer d'alternatives crédibles en termes de garantie de revenus, d'hébergement, de formation professionnelle et d'accompagnement psychologique ? Aussi, sans présager des futurs débats sur l'évolution du cadre légal de la prostitution, nous plaidons pour la mise en œuvre d'un accompagnement social global des personnes désireuses de quitter la prostitution ainsi que des victimes de la traite.*

*Il faut tout d'abord agir dans le champ de la fiscalité. L'impôt sur le revenu étant payé avec une année de décalage, la fiscalisation des personnes prostituées constitue un obstacle important à la cessation de leur activité. Des remises gracieuses peuvent leur être accordées, mais les conditions pour y être éligible sont dissuasives et irréalistes. Il faut en effet que la personne prostituée prouve qu'elle n'a conservé aucun bien de son activité antérieure. C'est pourquoi nous proposons que seules deux conditions guident cette politique de remise fiscale : l'arrêt de la prostitution et l'engagement dans un parcours d'insertion professionnelle. Nous pointons, par ailleurs, l'attitude ambiguë de l'Etat s'agissant du régime fiscal applicable aux proxénètes : d'un côté, il s'est fixé comme objectif la lutte contre le proxénétisme, de l'autre, il a édicté des règles juridiques précises pour imposer les personnes se livrant à ce type d'activité ! La personne prostituée peut par exemple déduire des revenus qu'elle déclare les sommes reversées à son proxénète !*

*Quel que soit le mode d'exercice, tout arrêt de la prostitution entraîne mécaniquement une perte de revenus qui met les personnes concernées en situation de précarité et de vulnérabilité accrues. Se pose dès lors la question d'un soutien financier de transition permettant de faire face à la période d'inactivité avant l'insertion dans un parcours professionnel. Aujourd'hui, les personnes prostituées peuvent, selon leur nationalité et la régularité de leur séjour, avoir accès soit au revenu de solidarité active (RSA), soit à l'allocation temporaire d'attente (ATA). Or une catégorie demeure exclue de ces dispositifs : les personnes prostituées étrangères qui n'ont pas voulu ou pas pu porter plainte contre le réseau de traite ou leur proxénète. Une piste consisterait à leur ouvrir le droit à l'ATA à condition qu'elles soient engagées dans un parcours de sortie de la prostitution.*

*Les capacités d'accueil des personnes prostituées souhaitant abandonner cette activité ne sont ni suffisantes, ni toujours adaptées à la nature de la demande. Il nous paraît dès lors souhaitable de les faire bénéficier en priorité de l'accès au contingent d'un tiers des places d'hébergement d'urgence qui, conformément à l'engagement présidentiel, doivent être réservés aux femmes victimes de violence. En outre, les personnes prostituées souhaitant sortir de la prostitution ne sont pas considérées comme un public prioritaire pour l'accès au logement social, alors qu'elles entrent théoriquement dans le champ de l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation. Une circulaire doit donc être adressée aux bailleurs sociaux afin de remédier à cette mauvaise interprétation des textes.*

*La sortie de la prostitution suppose de donner aux personnes concernées des perspectives crédibles en termes de formation professionnelle, au risque sinon de les voir « replonger ». Outre la question de la maîtrise de la langue, l'accès aux dispositifs de formation de droit commun se heurte, pour les victimes de la traite, à un obstacle : la détention d'un titre de séjour suffisamment long pour pouvoir suivre une formation professionnelle dans la durée. Nous estimons donc nécessaire de revoir les modalités de délivrance des titres de séjour pour ces personnes, qu'elles aient ou non porté plainte.*

*La violence subie est souvent telle que les répercussions sur la santé et le psychisme des personnes prostituées sont profondes et durables. Des troubles comme la honte de soi ou la peur des autres rendent difficiles tout parcours de « reconstruction ». Aussi, ces personnes, en particulier celles victimes d'exploitation, doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique sur le long terme.*

*Sur ce sujet de la sortie de la prostitution, l'Italie – où nous nous sommes rendus en juin dernier – a mis en place une politique globale qui s'inspire des mesures relatives à la lutte contre les réseaux mafieux et dont de nombreux aspects pourraient à nos yeux être transposés en France : la reconnaissance du statut de victime indépendamment du fait que la personne ait dénoncé ou non son trafiquant/proxénète et dès lors qu'elle est engagée dans un parcours d'insertion ; l'octroi d'un permis de séjour temporaire à titre humanitaire ; la protection immédiate dont bénéficie la victime grâce à son hébergement dans un « centre de fuite » ; la mise en place d'un accompagnement personnalisé en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle ; la saisie de l'argent des réseaux de traite au profit des victimes, soit directement sous la forme d'un dédommagement, soit indirectement via le financement de programmes d'insertion sociale et professionnelle ; la complémentarité d'action entre la politique d'aide aux victimes et la politique de lutte contre les réseaux.*

***Mme Chantal Jouanno, rapporteure.** – Enfin, il nous a semblé que la question de la cohérence de l'action publique en direction des personnes prostituées nécessitait d'être approfondie. Force est en effet de constater l'oubli dans lequel celles-ci ont été reléguées depuis des décennies.*

*Celui-ci se traduit tout d'abord par l'absence quasi-totale de données publiques et partagées sur les conditions d'exercice, ainsi que sur la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées. La loi sur la sécurité intérieure de 2003 prévoyait qu'un rapport soit transmis chaque année au Parlement sur le sujet. Celui-ci n'a, en pratique, été publié qu'une fois et, faute de pouvoir s'appuyer sur une expertise suffisamment étayée, n'a pu proposer qu'une analyse de portée très limitée. Une seule enquête récente permet de disposer d'un aperçu relativement global de l'état de santé des personnes qui se prostituent. Or, dresser un constat partagé par l'ensemble des acteurs de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées constitue la première et indispensable étape à la mise en place de politiques intelligentes en la matière. Nous estimons donc nécessaire d'aller beaucoup plus loin sur ce point.*

*Notre deuxième sujet de préoccupation porte sur l'évolution des financements alloués par l'Etat aux associations qui agissent auprès des personnes prostituées. Si la baisse ininterrompue enregistrée entre 2006 et 2012 semble aujourd'hui enrayée, les associations continuent de regretter le manque de visibilité pluriannuelle dont elles disposent, alors même qu'elles sont confrontées à des charges croissantes. En 2014, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) devrait leur attribuer 2,4 millions d'euros. Si les comparaisons doivent être maniées avec prudence, il faut tout de même noter que l'Italie consacre chaque année 8 millions d'euros aux questions d'assistance et d'intégration sociale des personnes prostituées.*

*A la faiblesse des subventions, s'ajoute le manque de coordination des administrations centrales en charge des questions sanitaires et sociales. En effet, la DGCS et la direction générale de la santé (DGS) mènent des actions parallèles qui ont leurs logiques propres, les unes centrées sur la lutte contre les violences faites aux femmes, les autres sur la lutte contre les IST. Cette absence de coopération est mal comprise par les associations de terrain. Or, dans la période de contraintes budgétaires que nous connaissons, il serait logique de travailler à une meilleure complémentarité des mesures engagées dans les champs sanitaire et social, ainsi qu'à la définition d'une politique de subventionnement partagée.*

*Plus généralement, nous dégagons trois enjeux essentiels en matière de pilotage de l'action publique auprès des personnes prostituées. Le premier consiste à renforcer les moyens alloués à la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains. Mis en place en 2001, le dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite des êtres humains dit « Ac.Sé » permet d'assurer l'éloignement géographique et l'hébergement des personnes qui en sont victimes. Quarante-sept structures d'hébergement y participent, réparties dans trente-sept départements. En 2012, soixante-six personnes ont été prises en charge dont près d'un quart étaient des femmes accompagnées de leur(s) enfant(s). Ce dispositif constitue l'une des rares actions de portée quasi-nationale dont l'efficacité est reconnue et saluée par le plus grand nombre. Il est dès lors d'autant plus regrettable qu'une baisse des financements qui lui seront alloués dans les deux prochaines années soit envisagée. A nos yeux, le dispositif Ac.Sé doit au contraire être conforté et étendu à l'ensemble du territoire. Une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, la Miprof, a été créée au début de l'année 2013. Il s'agit d'une évolution souhaitée et importante, susceptible de contribuer à améliorer ce pilotage qui fait tant défaut aujourd'hui. S'il est encore un peu tôt pour dresser un premier bilan, nous insistons pour que ses missions en matière de lutte contre la traite des êtres humains soient renforcées, notamment pour qu'elle soit en mesure de développer une véritable expertise sur le sujet. Par ailleurs, nous ne pouvons que regretter le fait que la DGS n'ait pas été intégrée à son comité d'orientation.*

*Le deuxième enjeu porte sur la coordination des acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires. Ceux-ci sont en effet bien souvent désintégrés pour arriver à structurer leurs actions et à concilier des objectifs parfois contradictoires. S'y ajoute différence de philosophie entre associations. Plusieurs circulaires ont été publiées depuis les années 1970 pour mettre en place des structures de pilotage dédiées au niveau des départements. Elles ont en pratique été peu appliquées et nous restons circonspects quant à la pertinence de dispositifs trop rigides. La région bordelaise semble au contraire être parvenue à trouver un mode de fonctionnement adapté sous la forme d'un réseau d'intervention sociale, structure relativement souple qui permet d'associer collectivités territoriales, services de l'Etat et associations de toutes tendances autour de principes d'actions communs et de valeurs partagées. Grâce à la dynamique créée par ce réseau, une convention cadre départementale pour la coordination des actions concernant les victimes de la traite des êtres humains a pu être signée en avril 2012. Nous souhaitons que ce type de partenariat très souple puisse être étendu et reproduit dans les territoires.*

*Le troisième et dernier enjeu tient au renforcement de la présence du système de santé auprès des personnes prostituées. Celles-ci doivent en effet pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté et personnalisé vers les dispositifs de prise en charge de droit commun. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) nous paraît à ce titre essentiel. Nous en avons eu la preuve en nous rendant à l'hôpital Ambroise Paré qui a mis en place depuis plusieurs années une structure dédiée à la prise en charge des personnes prostituées en s'appuyant sur une de ces permanences ainsi que sur un partenariat associatif et sur une médiatrice culturelle. Les agences régionales de santé (ARS) ont également un rôle à jouer. Quelques-unes prennent déjà en compte les questions relatives à la prostitution dans leurs documents de programmation. Cela devrait être plus systématique. Elles peuvent également contribuer à décloisonner les pratiques et encourager la mise en œuvre de travaux communs sur les enjeux sanitaires et sociaux.*

*Les débats très formels auxquels nous sommes habitués sur le cadre légal de la prostitution masquent trop souvent la réalité humaine de celle-ci. Or ce monde est d'une violence inouïe. Nous insistons donc sur la nécessité, avant toute chose, d'inverser le regard que nous portons sur les personnes prostituées. La législation italienne est à ce titre intéressante dans la mesure où elle considère celles-ci en premier lieu comme des victimes potentielles. Nous partageons avec Jean-Pierre Godefroy la conviction qu'il faut tout faire pour agir au mieux pour les personnes prostituées.*

**Mme Annie David, présidente.** – *Je pense en effet qu'il est nécessaire d'inverser notre regard sur la prostitution. Il faut mettre en pratique la position abolitionniste de la France et prendre en considération ces personnes, qui sont des victimes pour la plupart d'entre elles. Je vous remercie pour ce travail qui n'a certainement pas été facile.*

**Mme Michelle Meunier.** – *Je vous félicite pour ce beau travail. J'avoue au départ avoir été dubitative quant aux résultats de cette mission, dans la mesure où son champ d'étude n'embrassait pas tous les aspects du sujet, notamment le volet pénal de la prostitution. Toutefois, ayant assisté à plusieurs de vos auditions, j'ai pris conscience de la pertinence de votre démarche.*

*Même si la question pénale n'est pas abordée, je me retrouve complètement dans vos conclusions. Je suis également dans le même état d'esprit que vous : la prostitution est une violence, et la personne qui l'exerce, une victime et non une coupable.*

*Je précise que la question de l'insertion sociale des personnes prostituées est l'un des axes de la proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale par nos collègues députées Maud Olivier et Catherine Coutelle.*

**Mme Catherine Deroche.** – *J'adresse également mes félicitations aux rapporteurs. J'estime aussi que la prostitution est une violence ; il n'y a pas de prostitution heureuse.*

*S'agissant du volet sanitaire, vous n'avez pas parlé de la toxicomanie et de son lien éventuel avec la prostitution : avez-vous des éléments à nous transmettre là-dessus ? En ce qui concerne le volet social, comment les personnes prostituées se déclarent-elles à l'administration fiscale et comment, concrètement, sont calculés leurs impôts ?*

*Je me retrouve aussi complètement dans les propositions que vous formulez.*

**M. Gilbert Barbier.** – *Je vous remercie pour ce rapport intéressant et complet. Je m'étonne toutefois que vous différenciez la population prostituée transgenre des autres personnes prostituées. Cette population ne me semble pas devoir être stigmatisée de la sorte. Par ailleurs, disposez-vous d'informations sur l'attitude des forces de l'ordre à l'égard des personnes prostituées, notamment celles d'origine étrangère ? Nous entendons beaucoup de choses à ce propos. Enfin, dans quelle mesure la toxicomanie est-elle corrélée à la prostitution ? Existe-t-il un lien de cause à effet entre la toxicomanie et la prostitution ou vice-versa ?*

**Mme Laurence Cohen.** – *Je vous remercie pour la qualité de votre travail. Vous n'êtes tout d'abord pas tombés dans le piège d'assimiler la prostitution à un métier. Or, aujourd'hui, une certaine forme de propagande télévisuelle participe d'une revalorisation de l'activité prostitutionnelle, ce que je trouve très grave. Il est indispensable, au contraire, de faire évoluer les mentalités sur ce sujet.*

*Ensuite, vous soulignez à juste titre l'hypocrisie de l'Etat, à la fois défendant une position abolitionniste et organisant l'imposition des proxénètes. En tant que législateur, cela doit nous faire réfléchir !*

*Votre proposition relative à la saisie de l'argent des réseaux de traite m'évoque le dispositif qui existe dans le cadre de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). En effet, le produit des biens confisqués aux trafiquants est utilisé pour abonder le budget de la Mildt. C'est donc une piste très intéressante que vous formulez.*

*Effectivement, comme l'ont dit mes collègues, la question des addictions se pose. Dans un certain nombre d'endroits où s'exerce la prostitution, la consommation de produits illicites est encouragée.*

*Vous évoquez aussi un problème important, l'hébergement d'urgence. A partir du moment où la personne prostituée est considérée comme une victime, il faut lui garantir une place d'hébergement. Cependant, le nombre de places destinées aux femmes victimes de violence est aujourd'hui insuffisant faute de moyens !*

*Enfin, s'agissant des ARS, votre proposition est intéressante, mais me laisse néanmoins dubitative lorsqu'on sait que la logique qui préside à leur action est celle des restrictions budgétaires et des fermetures d'établissements. Sans financements dédiés, elle ne pourra pas aboutir.*

**Mme Gisèle Printz.** – *Je regrette que vous parliez peu des clients et des proxénètes. Par ailleurs, comment les forces de l'ordre se comportent-elles vis-à-vis des personnes prostituées ? Sont-elles à l'origine de violences ?*

**M. Jacky Le Menn.** – *Je vous remercie pour la qualité de votre rapport, au sujet duquel j'ai envie de vous demander : quelle suite y sera donnée ? Vos propositions pourront-elles trouver une issue dans le cadre de la future discussion sur la proposition de loi déposée par nos collègues députés ? La plupart sont interministérielles, certaines sont législatives, d'autres réglementaires. Que faire pour les décliner concrètement ?*

**Mme Annie David, présidente.** – Autrement dit, que va devenir ce rapport ? C'est l'inquiétude légitime de tout rapporteur !

**M. René Teulade.** – Ce rapport est d'une grande qualité. J'aimerais savoir comment il est possible de disposer de statistiques plus précises sur la population prostituée. Qui pourrait faire ce travail ?

**Mme Catherine Deroche.** – Je souhaiterais préciser que les violences s'exercent, certes, principalement à l'encontre des personnes prostituées, mais aussi à l'encontre des personnes qui essaient de leur venir en aide ou de lutter contre les réseaux. Je connais un cas concret.

**Mme Muguette Dini.** – En participant à plusieurs des auditions organisées par les rapporteurs, j'ai pu mesurer toute la complexité du sujet ! Je crains que certaines de leurs propositions soient difficilement applicables, notamment parce que nous manquons d'informations fiables sur le nombre de personnes prostituées et qu'il est difficile d'entrer en contact avec certaines d'entre elles, les étudiants et les mineurs en particulier.

**Mme Chantal Jouanno, rapporteure.** – Plusieurs d'entre vous ont posé la question de savoir comment il était possible de déterminer le profil des personnes prostituées et de leurs clients. Dans les faits, il existe très peu de données, en particulier sur les clients. Il est donc nécessaire de commander des études et de s'appuyer sur les remontées d'informations que peuvent faire les associations.

Les personnes transgenre méritent une attention particulière car elles sont placées dans des situations de grande vulnérabilité, notamment pour accéder à l'emploi, qui peuvent les conduire à recourir à la prostitution.

Le rapport fournit des données plus précises sur la question des addictions. De façon générale, la consommation d'alcool et de tabac des personnes prostituées est supérieure à la moyenne. Selon l'étude que nous citons, 17 % des personnes interrogées déclaraient avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois et 11 % de la cocaïne. Est-ce la toxicomanie qui conduit à la prostitution ou l'inverse ? Le sujet fait débat. Nous estimons en tous les cas qu'il n'est pas possible de sortir de la prostitution sans accompagnement psychologique.

**M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.** – Concernant le régime fiscal, l'imposition est établie sur la totalité des revenus perçus. Il ne peut s'agir que d'une estimation. La personne prostituée doit les déclarer au titre des bénéfices non commerciaux. Les sommes rétrocédées au proxénète sont admises en déduction. Elles doivent malgré tout être déclarées sous peine d'une amende égale à la moitié de leur montant. Lorsque le lien de dépendance vis-à-vis du proxénète est établi, les revenus doivent être imposés dans la catégorie des traitements et salaires.

Pour définir un profil des clients, je serais tenté de dire qu'il s'agit de « monsieur tout le monde ». Les incitations à recourir à la prostitution peuvent venir d'un peu partout, notamment du milieu familial ou professionnel. De véritables excursions sont parfois organisées dans des lieux proches de la frontière comme en Belgique ou à la Jonquera en Espagne.

Concernant les forces de l'ordre...

**Mme Gisèle Printz.** – Est-ce qu'une personne prostituée a réellement les moyens d'aller porter plainte auprès des forces de l'ordre ?

**M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur.** – La loi pour la sécurité intérieure de 2003 a certainement favorisé des comportements inadaptés de la part de la police pour procéder à l'établissement des situations de racolage passif. Elle a donc rendu encore plus difficile la situation des personnes prostituées. Mais la procédure de racolage passif constitue dans le même temps un outil pour identifier et démanteler les réseaux. En tous les cas, il faut s'interroger sur certaines pratiques des forces de l'ordre. J'ai en tête le témoignage d'une prostituée du bois de Vincennes qui a reçu à son domicile une série de procès-verbaux pour stationnement interdit. La concierge, qui lui déposait le courrier, a compris la situation et cette personne s'est sentie stigmatisée.

Concernant les suites à donner au rapport, je pense qu'il faut agir par la voie législative. Nous pourrions d'ailleurs prendre contact avec les auteurs de la proposition de loi qui vient d'être déposée à l'Assemblée nationale.

Pour ce qui est de l'affiliation à la sécurité sociale, les personnes prostituées peuvent se déclarer auprès du régime social des indépendants. Il semble qu'un certain nombre ait adopté le statut d'auto-entrepreneur.

Les violences sont diverses et viennent fréquemment de personnes qui ont délibérément dans l'idée de faire souffrir ces femmes et de partir sans payer. Je serais d'ailleurs favorable à ce que le refus de payer puisse être assimilé à un viol.

Nous avons eu beaucoup de difficultés à nous procurer des informations sur la prostitution étudiante. Elle est avant tout liée aux situations de précarité que connaissent certains jeunes et prend parfois la forme d'un échange contre service, par exemple pour l'accès à un logement.

La violence est permanente dans les réseaux d'Europe de l'Est et du Nigeria. Dans ce pays, la famille peut être à l'origine de la « vente » de la jeune fille au réseau. Le recours à des rites vaudous et les pressions exercées sur la famille des jeunes filles découragent toute forme de dénonciation.

J'ai rencontré des personnes transgenres au cours d'une de mes maraudes. Celles-ci se plaignent d'être stigmatisées. Elles sont en particulier confrontées à de profondes difficultés pour procéder au changement de leurs papiers d'identité.

**Mme Annie David, présidente.** – Merci pour tous ces éléments. J'espère que nous pourrions rapidement donner des suites concrètes à ce rapport.

---

## ANNEXE 1

### LISTE DES PROPOSITIONS

---

- Assurer en premier lieu la mise en place d'un dispositif de remontée des informations recueillies sur le terrain, structuré et partagé par l'ensemble des acteurs.
- Développer, sur la base de ces informations, une véritable expertise publique qui permette en particulier de mieux connaître les profils des personnes qui se prostituent, leurs modes d'exercice et leur situation sanitaire et sociale. Accorder une attention particulière à la prostitution sur internet, encore peu connue mais en fort développement.
- Une fois ces préalables acquis, rendre effective la publication annuelle du rapport sur la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées.
- Encourager les travaux de recherche sur les clients de la prostitution.
- Assurer l'application effective de l'article L. 312-16 du code de l'éducation en renforçant les moyens alloués à l'éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité.
- Compléter l'article L. 312-16 en prévoyant une sensibilisation aux questions d'égalité entre les femmes et les hommes.
- Développer le recours à la médiation et à l'interprétariat dans les établissements de santé et les services sociaux.
- Harmoniser les règles de gestion administratives de l'aide médicale de l'Etat (AME).
- Sensibiliser les agents des caisses primaires d'assurance maladie aux difficultés rencontrées par les personnes prostituées pour l'accès aux droits sociaux et les inciter à une meilleure prise en compte du reste à vivre de ces personnes.
- Accroître l'effort d'information et d'orientation des personnes prostituées en développant les outils et les moyens confiés aux associations.
- Accorder des remises fiscales gracieuses pour les personnes prostituées, uniquement sous réserve d'avoir arrêté la prostitution et d'être engagé dans un parcours d'insertion professionnelle.
- Ouvrir le droit à l'allocation temporaire d'attente (ATA) aux victimes du proxénétisme et de la traite engagées dans un parcours de sortie de la prostitution, indépendamment du fait qu'elles aient ou non dénoncé leur trafiquant-proxénète.
- Faire bénéficier les personnes prostituées d'un accès prioritaire au contingent d'un tiers des places d'hébergement d'urgence réservé aux femmes victimes de violences.

- Faciliter l'accès au logement social des personnes souhaitant sortir de la prostitution en indiquant par voie de circulaire qu'elles font partie des publics prioritaires.
- Revoir les modalités de délivrance des titres de séjour pour les victimes du proxénétisme et de la traite, lorsqu'elles ont déposé plainte ou témoigné (article L. 316-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) et lorsqu'elles n'ont pas voulu ou pu le faire mais qu'elles sont engagées dans un parcours de sortie de la prostitution.
- Développer l'offre de soins psychologiques et psychiatriques à destination des personnes prostituées en parcours d'insertion.
- Sur le modèle de la politique d'insertion des victimes de la traite mise en place par l'Italie :
  - reconnaître à la personne le statut de victime indépendamment du fait qu'elle ait dénoncé ou non son trafiquant-proxénète et dès lors qu'elle est engagée dans un parcours d'insertion ;
  - lui octroyer un permis de séjour à titre humanitaire d'une durée suffisante ;
  - la protéger immédiatement en l'hébergeant dans une structure adaptée ;
  - mettre en place un accompagnement personnalisé en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle ;
  - saisir l'argent des réseaux de traite au profit des victimes, soit directement sous la forme d'un dédommagement, soit indirectement *via* le financement de programmes d'insertion sociale et professionnelle ;
  - encourager la complémentarité d'action entre la politique d'aide aux victimes et la politique de lutte contre les réseaux.
- Structurer le pilotage interministériel des actions menées auprès des personnes prostituées afin de garantir la complémentarité des champs sanitaire et social. Travailler en particulier à la définition d'une politique de subventionnement des associations partagée.
- Donner aux associations les moyens d'agir sur le long terme en enrayant la baisse des financements, en évitant leur saupoudrage et leur donnant une visibilité pluriannuelle.
- Renouer avec la conclusion de conventions de financement pluriannuelles des associations têtes de réseau.
- Conforter la place et les moyens alloués au dispositif national d'accueil et de protection des victimes de la traite des êtres humains (Ac.Sé) et assurer la réunion régulière de son comité de pilotage.
- Renforcer le rôle de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) en étendant ses missions relatives à la lutte contre la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.
- Encourager la généralisation de partenariats souples entre acteurs associatifs et institutionnels dans les territoires sur le modèle du réseau d'intervention sociale auprès des personnes prostituées (Rispp).

- Faire des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de véritables passerelles vers les services de soins de droit commun en assurant notamment la formation des personnels qui y travaillent aux problématiques de la prostitution et de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.
- Développer l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) en direction des personnes prostituées afin d'améliorer leur taux d'accès au dépistage du VIH.
- Profiter de la prochaine évaluation des projets régionaux de santé pour encourager une intégration plus systématique des questions de prostitution dans les documents de planification.
- Conforter le rôle de coordination des agences régionales de santé (ARS) sur les questions sanitaires et sociales relatives aux personnes prostituées, notamment par le lancement d'appels à projets conjoints.
- Renforcer, en lien avec les observatoires régionaux de santé, l'expertise des ARS au sujet de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées.



## ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

---

### *Mercredi 30 janvier 2013*

- **Claude Boucher**, présidente  
**Marie Helmbacher**, prostituée, adhérente  
Association les amis du bus des femmes
- **Clara Dupont-Monod**, écrivain, journaliste
- **Dr Julien Emmanuelli**, inspecteur général  
Inspection générale des affaires sociales (Igas)

### *Mercredi 6 février 2013*

- **Guy Geoffroy**, député de Seine-et-Marne
- **Morgane Merteuil**, secrétaire générale  
**Maîtresse Gilda**, porte-parole  
**Mylène**, travailleuse du sexe  
**Elizabeth**, responsable du collectif du 16<sup>e</sup> (secteur bois de Boulogne)  
Syndicat du travail sexuel (Strass)
- **Pr Patrick Yéni**, président  
**Laurent Geffroy**, conseiller-expert  
Conseil national du Sida (CNS)

### *Mercredi 13 février 2013*

- **Dr Jean-François Corty**, directeur des missions France  
**Dr Ai Anh Vo Tran**, responsable du Lotus Bus  
**Timothy Leicester**, coordinateur du programme Lotus-bus  
Médecins du monde
- **Dr Zinna Bessa**, adjointe à la sous-directrice  
Sous-direction de la prévention des risques infectieux  
**Pascal Melihan-Cheinin**, adjoint à la sous-directrice  
Sous-direction de la promotion de la santé et prévention des maladies  
chroniques  
Direction générale de la santé (DGS)
- **Dr Florence Flot**, médecin épidémiologiste à l'unité VIH-IST-Hépatites B-C au  
département des maladies infectieuses  
Institut de veille sanitaire (InVS)

*Mercredi 20 février 2013*

- **Alexandre Gardette**, chef du service du contrôle fiscal  
Direction générale des finances publiques (DGFIP)
- **Christiane Draicchio**, directrice adjointe du département de la réglementation  
**Marie-Christine Lacroix**, sous-directrice du département information et prévention  
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins  
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- **Gérard Quévillon**, président  
**Stéphanie Deschaume**, directrice du cabinet de la direction générale  
Régime social des indépendants (RSI)

*Mercredi 13 mars 2013*

- **Dr Dinah Vernant**, médecin praticien hospitalier de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris  
Espace Santé Jeunes de l'Hôtel-Dieu

*Mercredi 20 mars 2013*

- **Christine Lazerges**, présidente  
**Noémie Bienvenu**, juriste au secrétariat général  
Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH)
- **Nathalie Tournyol du Clos**, adjointe à la directrice générale, cheffe du service des droits des femmes et de l'égalité entre les hommes et les femmes  
**Martine Salgon**, cheffe du bureau égalité entre les hommes et les femmes dans la vie personnelle et sociale  
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- **Grégoire Théry**, secrétaire général  
**Rosen Hicher**  
Mouvement du nid

*Mercredi 27 mars 2013*

- **Yann Sourisseau**, chef de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH)  
Direction centrale de la Police judiciaire

- **Christian Kalck**, chef de la Brigade de répression du proxénétisme  
Préfecture de police de Paris
- **Jean-Christophe Tete**, directeur territorial (Paris et Hauts-de-Seine)  
**Marie-Claude Richet**, présidente du comité territorial (Paris)  
**Henri Broche**, président du comité territorial (Hauts-de-Seine)  
Amicale du nid
- **Jean-Benoît Dujol**, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail  
Direction de la sécurité sociale (DSS)

*Mercredi 24 avril 2013*

- **Lilian Mathieu**, directeur de recherches au CNRS
- **François Bregou**, responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques  
**Elsa Hajman**, chargée de mission  
Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociales (Fnars)
- **Myriam El Khomri**, adjointe au maire de Paris, chargée de la prévention et la sécurité, conseillère déléguée du maire du 18<sup>e</sup>, chargée de la prévention et de la tranquillité publique
- **Dr Muriel Salmona**, psychiatre - psychotraumatologue, responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de victimologie, présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie

*Mercredi 22 mai 2013*

- **Claudine Legardinier**, journaliste, auteur
- **Julie Sarrazin**, directrice  
**Virginie Kastner**, coordinatrice  
Association Grisélidis
- **Laura Garby**, médiatrice chargée des droits sanitaires et sociaux  
**Aurélien Palomares**, animateur de prévention-santé  
Association Cabiria

*Mercredi 29 mai 2013*

- **Maudy Piot**, présidente  
**Claire Desaint**, secrétaire adjointe  
Association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA)

- **Maryse Tourne**, présidente
- **Anne-Marie Pichon**, directrice  
Association Information prévention proximité orientation (Ippo)
  
- **Yves Charpenel**, président
- **François Vignaud**, chargé de mission  
Fondation Scelles

*Mercredi 5 juin 2013*

- **Jérôme Evanno**, président  
Association Paroles autour de la santé
  
- **Patrick Hauvuy**, directeur  
Association Accompagnement, Lieux d'accueil, Carrefour éducatif et social (ALC), Nice

*Mercredi 12 juin 2013*

- **Françoise Gil**, sociologue
  
- **Théau Brigand**, chargé de plaidoyer « Accès aux droits »  
**Isabelle Stéphant**, coordinatrice du Territoire d'actions Bretagne  
Association Aides
  
- **Gabrielle Partenza**, présidente  
Association Avec nos aînées (ANA)
  
- **Gérard Biard**, porte-parole  
**Patric Jean**, porte-parole  
Réseau Zéromacho

*Mercredi 19 juin 2013*

- **Catherine Deschamps**, socio-anthropologue, enseignant-chercheur

Table ronde

- **Anne Fraquet**, responsable des questions de société  
**Julien Million**, responsable des questions sociales  
Union Nationale des Étudiants de France (Unef)
  
- **Margot Perez**, déléguée nationale du Mouvement des étudiants (MET)
  
- **Jérémie Planchenault**, vice-président de Promotion et défense des étudiants (PDE)
  
- **Julien Blanchet**, président de la Fédération des associations générales étudiantes (Fage)

- **Elda Carly**, présidente  
**Fati Ibrahim**, avocate  
Association Equipes d'action contre le proxénétisme (EACP)
- **Violaine Husson**, responsable de l'action femmes  
Cimade

*Mercredi 26 juin 2013*

- **Thierry Schaffauser**
- **Corinne Martinet**
- **Diana Graciela Ramos**
- **Cameron**

Personnes auditionnées suite à leur contribution à l'espace participatif.

*Mercredi 18 septembre 2013*

- **Eva Clouet**, sociologue

---

*Mercredi 17 avril 2013* : déplacement au Centre hospitalier Ambroise Paré à  
Boulogne-Billancourt

*Lundi 22 avril 2013* : déplacement à Bruxelles

*Lundi 24 et mardi 25 juin 2013* : déplacement à Rome