



**Inspection générale
des Affaires sociales**

Mission IGAS sur la prostitution

Membres de la mission

Claire AUBIN, claire.aubin@igas.gouv.fr

01 40 56 67 89

Dr. Julien EMMANUELLI, julien.emmanuelli@igas.gouv.fr

01 40 56 66 20

Danièle JOURDAIN MENNINGER, daniele.jourdain-menninger@igas.gouv.fr

01 40 56 64 62

IGAS - 39-43 quai André Citroën 75 015 PARIS

Prostitution : les enjeux sanitaires et leurs déterminants associés

Dans le cadre de son programme de travail annuel 2012 approuvé par les ministres, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) conduit une mission sur les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution et leurs déterminants associés.

La mission est composée de Mmes Claire Aubin et Danièle Jourdain-Menninger, et du Dr Julien Emmanuelli, inspecteurs généraux des affaires sociales.

1. CONTEXTE DE LA MISSION

1.1. La prostitution, un phénomène en pleine évolution, difficile à appréhender

La prostitution est un phénomène en pleine évolution, qui échappe très largement à la saisie statistique et amalgame divers types de situations dans des proportions difficiles à estimer.

L'importance réelle de la prostitution en France n'est pas connue : on constate un écart de 1 à 20 entre les statistiques fournies par l'Office central pour la répression de la traite des être humains – OCRTEH), qui fait état de 18 à 20 000 personnes prostituées et les ordres de grandeur évoqués par un organisme comme le Syndicat du travail sexuel (STRASS) qui parle de 400 000 personnes prostituées.

Il y a généralement accord pour constater que la prostitution revêt des modalités et des formes plurielles qui se sont encore diversifiées dans la période récente, du fait des vecteurs nouveaux offerts par les moyens modernes de communication (Internet), de l'ouverture des frontières qui favorise la circulation des personnes mais aussi le développement de filières et de réseaux criminels. En revanche les constats divergent, faute de données objectives et indiscutables, sur l'importance de telle ou telle forme de prostitution, sur la composition des populations concernées (part et origine des personnes étrangères, âge, genre, ..) et surtout sur leurs modalités d'exercice et le degré de contrainte subie.

Ces incertitudes privent les autorités publiques d'indicateurs pour conduire leur action, tout en contribuant à alimenter les controverses.

1.2. Des acteurs et des positionnements divers, voire divergents

En effet, les discussions autour d'une réalité que les uns et les autres appréhendent à travers une grille de lecture très différente reflètent des désaccords sur la nature même du phénomène de prostitution, qui pour les uns constitue nécessairement une violence faite aux femmes alors que pour d'autres il existe des formes de prostitution choisie, traduisant la liberté des personnes de disposer de leur corps

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

- un objectif de réduction des risques liés à l'activité prostitutionnelle : il s'agit d'améliorer le sort des personnes qui se prostituent, et de limiter les répercussions défavorables de cette activité sur leur santé personnelle et son impact éventuel en termes de santé publique (VIH, IST...). Les actions à privilégier visent à faciliter l'accès à la prévention et aux soins en tenant compte des conditions spécifiques de vie et d'activité de ces personnes, et à leur offrir un accompagnement social en tant que de besoin

- un objectif de résorption de l'activité prostitutionnelle : il s'agit de promouvoir la réinsertion professionnelle et sociale par des actions adaptées qui peuvent inclure un accompagnement psychologique lourd pour les personnes ayant besoin de se reconstruire, mais aussi des formules ciblées pour aider à résoudre d'importants problèmes d'accès à la formation, à l'emploi et au logement. Se pose dans cette perspective la question de l'accompagnement sanitaire et social des personnes qui resteraient malgré tout dans l'activité prostitutionnelle avec éventuellement des conditions d'exercice et de vie dégradées et une approche encore plus difficile de ce public si l'on se situe dans une perspective de pénalisation pour combattre la prostitution.

1.3. Des travaux récents qui relancent le débat

La prostitution a fait l'objet d'un rapport parlementaire d'information déposé en avril 2011¹. Ce document, qui examine de façon transversale l'ensemble des problématiques liées à la prostitution, fait état d'un « bilan en demi-teinte : plutôt positif en matière de lutte contre le proxénétisme, plus nuancé dans celui de l'accès aux soins et de la lutte contre le racolage et désastreux pour ce qui est des politiques sociales ».

Les recommandations de la mission parlementaire partent du point de vue que « la perspective des politiques publiques ne peut être que celle d'un monde sans prostitution » ; elles préconisent une réorientation forte de la politique publique face à la prostitution, intégrant l'objectif de la pénalisation du client. A la suite de ces travaux l'Assemblée nationale a adopté une résolution le 6 décembre 2011 qui réaffirme la position abolitionniste de la France.

2. ENJEUX SANITAIRES ET DETERMINANTS ASSOCIES

2.1. Des risques reconnus mais peu mesurés

On dispose de peu de données épidémiologiques sur les personnes qui se prostituent. Les études sur la santé de ces publics sont rares et remontent pour la plupart au milieu des années quatre-vingt.

La littérature internationale montre que les personnes prostituées sont en moyenne plus exposées que la population générale aux VIH/SIDA, aux IST ainsi qu'aux problèmes gynécologiques. Ces

¹ Prostitution, l'exigence de responsabilité. En finir avec le mythe du « plus vieux métier du monde ». Rapport d'information n° 3334

observations semblent confirmées par les résultats d'une étude récente non encore publiée menée en France en 2011 auprès de personnes prostituées².

Les taux de prévalence restent néanmoins difficiles à apprécier, de même que les risques de contamination, qui auraient tendance selon certaines sources à augmenter. Selon le rapport du Conseil national du sida³ entre 10% et 50% des clients demanderaient des rapports non protégés.

Au-delà de la santé reproductive et sexuelle, le rapport précité de l'Assemblée nationale évoque « *un état de santé globalement détérioré* », faisant état également de problèmes dermatologiques, pulmonaires, et de santé psychique et mentale, ou d'addictions.

Au-delà de l'approche populationnelle, l'état de santé des personnes qui se prostituent peut aussi être envisagé comme un enjeu important de santé publique dans la mesure où il est susceptible d'avoir des conséquences sur celui de la collectivité, à travers notamment la transmission de certaines infections comme le VIH, les IST, la tuberculose.

2.2. Des facteurs de vulnérabilité qui freinent l'accès aux soins et la prévention

La population qui se prostitue présente des facteurs de vulnérabilité individuelle et sociale qui freinent l'accès aux soins et à la prévention. C'est pourquoi il est nécessaire d'identifier et de prendre en compte les déterminants liés à l'environnement des personnes (contexte d'exercice) et à leurs fragilités individuelles pour adapter l'offre à leurs besoins spécifiques.

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

Celles-ci peuvent tenir à des caractéristiques individuelles comme de faibles niveaux d'éducation, l'appartenance à des milieux socio-économiques défavorisés, un manque de maîtrise de la langue française pour la majorité des personnes prostituées qui sont d'origine étrangère. A ces vulnérabilités socio-économiques s'ajoute celles liées au statut de sans papier qui dissuade sans doute un certain nombre d'entre elles de se faire soigner.

Qu'elle se double ou non d'addictions, la vulnérabilité psychique de nombre de personnes prostituées peut constituer d'après certains observateurs⁴ un obstacle majeur pour l'accès aux soins et à la prévention, du fait d'une mise à distance plus ou moins marquée des problématiques corporelles (« *décorporalisation* », syndrome dissociatif)

Parmi les obstacles de fait aux soins, on peut également évoquer le mode de fonctionnement (horaires d'ouverture fixes dans la journée, consultation sur RDV) des services de droit commun qui n'intègre pas ou peu les contraintes de vie des personnes prostituées (horaires variables, difficultés à s'organiser).

Leurs difficultés pour faire valoir leurs droits à une couverture sociale souvent par méconnaissance des dispositifs (CMU, AME) et de leur mode d'emploi constituent un autre frein pour accéder aux

² l'étude "Pro Santé" lancée par l'Institut de veille sanitaire

³ Conseil national du sida, « *VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins* », 16 septembre 2010

⁴ cf. thèse du Dr Judith Trinquart « *la décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins* », Thèse de Doctorat d'Etat de médecine générale, 2001-2002

soins. Les professionnels qui travaillent sur la santé des prostituées font état d'une précarisation croissante de ce point de vue, marquée notamment par une diminution du taux de couverture sociale, la part de l'AME augmentant au détriment de celle de la CMU ⁵. Des refus de soins sont par ailleurs mentionnés ⁶qui peuvent tenir au statut de bénéficiaires de la CMU ou de l'AME mais reflètent parfois aussi des phénomènes de stigmatisation ou des comportements discriminatoires (que rencontrent notamment les personnes transgenres se prostituant) .

2.3. Des objectifs non consensuels, des politiques aux effets contestés

Les divergences entre acteurs sur les objectifs à privilégier en matière de prostitution ont des effets concrets sur la prise en compte des problématiques sanitaires. Entre associations de santé communautaire, qui privilégient une approche pragmatique de réduction des risques, et associations de travail social, de tendance plutôt abolitionniste, parfois même prohibitionniste, qui mettent l'accent sur l'abandon de l'activité prostitutionnelle, on observe une grande difficulté, voire une impossibilité, à travailler de concert, qu'il s'agisse de coordination de l'offre de soins et de prévention, ou de participation à des études de santé pourtant indispensables.

Un consensus assez large semble en revanche se manifester parmi les acteurs du domaine sanitaire et social sur certains effets pervers, en matière de prévention sanitaire, de la loi sur la sécurité intérieure votée en 2003. La nouvelle législation, privilégiant un objectif d'ordre public et de lutte contre le proxénétisme, a éloigné les personnes prostituées, soucieuses d'échapper au délit de racolage passif, des lieux « classiques » de la prostitution, les rendant moins visibles et par là même moins accessibles aux actions de prévention, en même temps qu'elles deviennent plus dépendantes des demandes des clients et plus exposées aux agressions. Il en résulte selon la mission d'information parlementaire « *une difficulté croissante d'accès aux soins* » .

Ainsi le plan national de lutte contre le VIH /SIDA et les IST pour 2010-2014 inscrit-il parmi ses objectifs de « *mener une réflexion avec les services du Ministère de l'Intérieur pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH et des IST* »

3. PROBLEMATIQUE DE LA MISSION

La mission IGAS est centrée sur les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution et leurs déterminants associés, dans la mesure où les problématiques sanitaires ne peuvent être dissociées d'autres aspects tels que, notamment, la couverture sociale et les conditions d'accès aux soins. Elle n'ignore pas les débats en cours sur le régime juridique d'exercice de la prostitution et ses interférences possibles avec la problématique sanitaire et s'attachera à recueillir les éléments qui pourront lui être apportés à cet égard. Mais elle n'a pas vocation à se prononcer ce sujet et conservera une stricte neutralité en la matière.

Dans ce contexte la problématique de la mission peut être résumée par la question :

comment, par delà la question du contexte juridique d'exercice de la prostitution, améliorer la prise en charge sanitaire, de façon à prendre en compte à la fois la santé des personnes qui se prostituent et l'impact sur la santé publique ?

cette question sera traitée en tenant compte notamment des contraintes que constituent :

⁵ *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées*, sous la dir de Françoise Guillaumat, décembre 2008

⁶ Notamment dans le rapport de la mission parlementaire

- le manque de données pour appréhender l'état de santé de cette population et ses besoins
- les clivages entre opérateurs sur la question du statut de la prostitution
- l'absence de structures dédiées servant d'interface entre population prostituée et les services publics
- les conditions d'accès à la CMU et à l'AME et les règles de séjour et de régularisation des étrangers
- l'existence de vulnérabilités individuelles chez les personnes prostituées

S'agissant du champ, la mission s'inscrit dans la perspective d'une démarche de santé globale, dépassant les seuls VIH et IST qui, s'ils correspondent à des risques spécifiques au regard de l'activité prostitutionnelle, doivent être pris en compte dans le contexte de problématiques sanitaires et sociales plus larges.

Considérant qu'un des points d'achoppement de la prise en charge sanitaire est l'existence de maillage entre acteurs (associations, PASS, CPEF, centre de santé, services hospitalier, CDAG-CIDDIST, professionnels libéraux,...), la mission recherchera les modèles d'intervention en réseau performants en France et à l'étranger

4. METHODES ET LIEUX D'ENQUETE

4.1. Au niveau national

La mission rencontrera les directions d'administration centrale, agences et organismes concernés par le sujet. Par ailleurs elle sollicitera les représentants des structures, notamment associatives, qui s'intéressent aux enjeux de santé liés à la prostitution, pour recueillir leurs points de vue et retours d'expérience. Ces contacts seront organisés dans une perspective largement ouverte et sans exclusive de façon à tenir compte des divers positionnements possibles. Enfin la mission s'entretiendra avec des chercheurs ou personnalités qualifiées sur ces questions.

4.2. En régions

La mission réalisera une enquête de terrain ciblée sur quelques grandes métropoles : Paris et ses environs, Marseille, Nice, Cannes, Toulouse, Lyon, Nantes. Elle y rencontrera les responsables et acteurs concernés par la prostitution et les enjeux sanitaires qui y sont liés :

- Les institutions publiques (Préfectures, ARS, déléguées au droit des femmes, directions de la cohésion sociale...),
- Les associations de santé communautaire et autres structures agissant dans ce domaine (Planning familial, par exemple)
- Les responsables des structures hospitalières ou extra-hospitalières accueillant des personnes prostituées (CDAG, CIDISST, CPEF,...)
- Les professionnels (travailleurs sociaux, médecins,...) ou bénévoles travaillant sur les questions de prostitution

La mission cherchera notamment à examiner les pratiques et expériences concrètes, à en analyser les facteurs de succès ou les limites, et s'intéressera également aux modalités de coopération et à la coordination entre les différents acteurs.

4.3. *A l'étranger*

Au-delà du cadre national la mission pourra éventuellement compléter ses investigations par l'examen de quelques expériences étrangères intéressantes qui lui seraient signalées, même si le contexte juridique dans lequel elles s'inscrivent selon les pays peut limiter la portée des comparaisons.

5. CALENDRIER

La remise du rapport est prévue pour la fin septembre 2012.