

V.

Santé et répression : incohérence des politiques publiques





La lutte contre le sida et les hépatites virales est une lutte politique. Pour réduire efficacement la dynamique des épidémies, la prévention, les traitements et les soins seuls ne suffisent pas. Il est également nécessaire d'agir sur le contexte juridique et social. En décembre 1997, Act Up-Paris avait comme mot d'ordre de la Journée internationale de lutte contre le sida : « Par le sang. Par le sperme. Par la loi. » Près de 20 ans plus tard, ce mot d'ordre n'a pas pris une ride. Dans son appel, l'association rapportait que : « Dans son texte, la loi sanctionne ou pénalise des pratiques – habiter sur le territoire français sans en avoir obtenu l'autorisation ; racoler sur la voie publique, à des fins professionnelles ou non ; consommer des substances non autorisées, pour le plaisir ou par nécessité, etc. Dans les faits, c'est la personne qui se livre à ces pratiques, ou qui y est contrainte, qui est condamnée. Car ces lois cristallisent des identités, forgent des destins précaires et sans cesse menacés : le sans-papier, la prostituée, le toxicomane – autant de vies fragilisées, exposées aux risques de la maladie et de la mort. »

En 2016, l'usage de drogues, le travail du sexe et la prostitution restent pénalisés. De fait, les « toxicomanes » et les « prostitués-es » le sont également. En conséquence, ils-elles se trouvent régulièrement en position de défiance par rapport aux forces de l'ordre, à certains-es soignants-es ou à certaines associations. De telles situations précarisent les personnes, qui se retrouvent trop souvent la cible de propos stigmatisants et de décisions discriminantes. Leur accès aux soins en est fortement restreint avec un risque accru par rapport au VIH et aux hépatites.

1. Usage de drogues : répression contre santé publique

La politique française de réduction des risques (RDR) a contribué à diminuer significativement l'épidémie de VIH chez les usagers-es de drogues par injection (UDI). Le nombre de cas de sida est passé d'environ 1 800 cas en 1994 à moins de 100 cas en 2009⁶⁴. L'épidémie de VHC reste, en revanche, très présente dans cette population. Selon l'enquête ANRS-Coquelicot menée en France en 2011, la prévalence du VHC chez les UDI fréquentant les dispositifs de RDR est de 64 %⁶⁵. La politique de RDR a permis de démontrer que, contrairement à certaines représentations infondées, les personnes usagères de drogues cherchent à prendre soin de leur santé. Elles restent cependant confrontées à des barrières pour accéder à l'offre de santé en raison des stigmatisations sociales et légales dont elles sont victimes, dans le milieu médical ou face aux forces de l'ordre.

1.1 L'esprit de la loi de 70, la guerre à la drogue et l'injonction aux soins

« Au cours des 30 dernières années, [la toxicomanie] a connu une expansion rapide et pris la dimension d'un fléau social majeur, en France comme dans la plupart des pays occidentaux. Toute la société est désormais affectée. Le trafic et l'usage de la drogue touchent, à des degrés divers, l'ensemble du territoire, n'épargnant plus les zones rurales... » C'est ainsi que la Cour des comptes, dans un rapport sur la lutte contre la toxicomanie de 1994, présente l'orientation politique dominante sur la lutte contre la toxicomanie dans les années 1990, héritée de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic de l'usage illicite des substances vénéneuses, dite loi de 70. En réponse à l'augmentation de l'usage de drogues dans les années 1960, le Parlement adopte une loi prohibitionniste reposant sur deux piliers, la répression d'abord, et le soin ensuite. L'usager-e de drogues est considéré-e comme une victime, une personne malade qu'il convient de soigner. S'appuyant sur « la théorie de l'escalade » – qui avance que la consommation d'un produit psychotrope entraînerait une consommation vers des produits de plus en plus nocifs – la consommation, et toute forme de lien avec la drogue est sanctionnée, pour créer un barrage symbolique.

1.2 Échec de la loi de 70, stigmatisation et éloignement des soins

Plus de 30 ans plus tard, le constat est sans appel : c'est un échec. Ces politiques se sont traduites par une stigmatisation accrue des personnes usagères, condamnées à la clandestinité, contraintes à taire leur consommation, notamment dans le milieu médical. L'impératif de soigner et de sevrer la personne, indépendamment de sa volonté propre, crée une rupture entre les dispositifs médicaux et les usagers-es qui en restent éloignés-es, avec méfiance. La réponse sanitaire se limite à l'injonction aux soins. La politique de prohibition des drogues, loin de créer un barrage juridique ou symbolique, ne fait qu'en cacher les réalités, et compromet toute politique de santé efficace. Cet échec tourne au désastre avec la crise du sida. En effet, les épidémies de VIH et de VHC révèlent les conséquences dramatiques des politiques répressives pour la santé des personnes usagères maintenues en marge des centres de soins. Dans le rapport *Toxicomanie et Sida* de 1993, le Conseil national du sida (CNS) dresse ainsi un tableau sombre de ces épidémies : « Le taux de séropositivité parmi les usagers de drogues dans les maisons d'arrêt de la région parisienne a pu atteindre 70 % entre 1987 et 1988. Les principales données cliniques et biologiques montrent que nous sommes au début de l'épidémie parmi cette population, compte tenu de la période d'incubation de la maladie... L'infection par le VIH est fréquemment associée à l'hépatite B et à l'hépatite C. »



En France, on a une telle idéologie de la liberté que l'on veut absolument restituer à chacun sa part la plus intime de liberté... Du coup, il faut tout faire pour empêcher que les gens dépendent d'un produit... Or des sociétés et des individus sans dépendance, ça n'existe pas.



Daniel Defert,
fondateur de AIDES

⁶⁴ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Infections-virales-liees-a-l-usage-de-drogues>.

⁶⁵ JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France – Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°39-40, novembre 2013, p. 504-509.

Introduction des programmes d'échanges de seringues

Les acteurs-rices de la lutte contre le sida proposent donc dès le milieu des années 1980 des actions alternatives au tout répressif. Face à l'urgence, dès 1985, AIDES organise des programmes d'échanges de seringues, en confrontation directe et assumée avec la loi de 70. Prenant acte des limites des politiques répressives, face à la situation et sous pression des associations, le gouvernement et Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, autorisent en 1987 la vente libre de seringues. L'effet est immédiat : plus de 67 % des usagers-es de drogues rapportent alors avoir cessé toute pratique à risque liée au matériel d'injection en achetant leur seringue et en ne les partageant plus⁶⁶. Ce sont là les prémisses de ce qui deviendra une politique de RDR.

La RDR consiste selon une définition de l'Inserm « à être plus attentif aux modes de vie et aux comportements des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins, et non pas imposées de l'extérieur ». L'ampleur dramatique des épidémies de VIH et hépatites dans ces populations confirme la totale inefficacité de l'approche morale. Désormais, d'autres approches sanitaires que celles visant au sevrage ont droit de cité, même si les principes de la loi visant à la répression et à la stigmatisation de la drogue et des usagers-es ne sont pas remis en cause. Daniel Defert raconte ainsi comment le *Quotidien du médecin* s'est insurgé lorsque AIDES a sorti un dépliant à destination des usagers-es de drogues expliquant comment nettoyer ses seringues : « Comment une association que nous avons toujours soutenue ose faire des choses pareilles ? »

À partir des années 1990, les politiques de RDR liées à l'usage de drogues trouvent progressivement leur place dans les politiques publiques en Europe. En France également, bien qu'elles tardent à se mettre en place. Le collectif « limiter la casse » rassemblant des militants-es de l'autosupport, de la lutte contre le sida et de la santé, note d'ailleurs dans un tract que « partout en Europe les gouvernements se sont ralliés aux politiques de réduction des risques... Les résultats sont indéniables. Les toxicomanes réduisent les risques dès que l'on leur en donne les moyens : il y a moins de morts, moins de personnes contaminées, moins de maladies, moins de violence. La France fait exception. Les actions de prévention sont découragées, les toxicomanes sont harcelés, les malades incarcérés, les rapports se dégradent entre la société et les toxicomanes ».

L'arrivée des traitements de substitution

Au côté des programmes d'échanges de seringues, des programmes d'accès aux produits de substitution s'implantent à partir de 1992 au sein de centres spécialisés. Il s'agit de proposer aux usagers-es des produits médicaux permettant de contrôler la consommation, voire de la diminuer en prévenant ou réduisant les symptômes du sevrage. Une circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) reconnaît que « la prise en charge des toxicomanes qui inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution constitue un volet essentiel de la politique de santé publique ». Cependant, cette circulaire précise aussi que « ces traitements s'insèrent dans une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage ».

La guérison par le sevrage de l'utilisateur de drogues, toujours identifié-e comme une personne malade, reste la norme et la finalité absolue des politiques de lutte contre les drogues. La discrimination institutionnelle des usagers-es subsiste. En 2000 encore, l'association Act Up-Paris dénonce les contrôles d'urine imposés par les centres délivrant la méthadone pour vérifier l'observance d'une part, et chercher la trace de consommation de médicaments et de produits illégaux d'autre part. « Pour nous, les usagers de drogues ne sont ni des "délinquants", ni des "malades". Si nous sommes victimes de quelque chose, c'est avant tout d'une loi qui a fait la preuve de son injustice et de ses dangers... Nul ne l'ignore plus maintenant : les lois prohibitionnistes ont provoqué de véritables hécatombes sanitaires et sociales » explique l'association.

Ce double jeu entre RDR et affirmation de la prohibition constitue l'essentiel du débat politique sur les drogues depuis le début des années 2000. En 2003, tout en reconnaissant l'impact incontestable en santé publique des politiques de RDR, un

“

Les toxicomanes réduisent les risques dès que l'on leur en donne les moyens : il y a moins de morts, moins de personnes contaminées, moins de maladies, moins de violence.

”

⁶⁶ CONSEIL NATIONAL DU SIDA, *Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues*, 8 juillet 1993.

rapport sénatorial dénonce la faiblesse de la réponse répressive face à la drogue. Il est recommandé d'introduire de nouvelles contraventions, de renforcer la répression, allant jusqu'à proposer l'emprisonnement dans des centres fermés de traitement de la toxicomanie pour les multirécidivistes ou « réfractaires aux soins ». De tels centres n'auraient cependant pour seules conséquences que d'accroître encore la stigmatisation des usagers-es comme délinquants-es, augmentant par-là la défiance par rapport aux soins et aux forces de l'ordre.

La mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers-es de drogues (Caarud)

Moins d'un an plus tard, avec la même majorité, le Sénat vote un amendement donnant une base légale à la RDR et créant les Caarud. En 2010, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, se dit favorable à la création de « centres de consommation supervisée ». Il s'agit d'espaces de consommation sous supervision de personnels formés, principalement médicaux, afin de diminuer les risques en santé liés à l'usage de drogues. Le Premier ministre, François Fillon, s'y oppose, expliquant que le rôle de l'État « est de réduire la consommation de drogues, non de l'accompagner, voire de l'organiser », confirmant par-là la politique prohibitionniste de la France en matière d'usage de drogues. Le magistrat Étienne Appaire, président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, juge que de telles salles reviennent « à baisser les bras » face à la drogue, « à faire une croix sur le destin des gens ». La même année, dans un dossier de presse « Les 40 ans de la loi de 1970 : il est temps de réorienter notre plaidoyer ! », l'association AIDES rappelle que : « Sous couvert de préserver la santé de la population, et plus particulièrement celle des jeunes, c'est le dogmatisme le plus réactionnaire qui est à l'œuvre, confisquant littéralement le débat sur les drogues et leur consommation, pourtant massive. Les ficelles du marketing de la peur dans le domaine de la prévention sont toujours les mêmes : menace de l'escalade dans les consommations et les comportements, ouverture des vannes de la débauche en cas de dépénalisation de l'usage, etc. »

L'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) et la modernisation de la RDR

Depuis 2012, la confrontation entre politiques de RDR et prohibition est revenue régulièrement dans les débats politiques et médiatiques. Lors des campagnes pour les élections présidentielles, législatives et municipales, AIDES organise dans plusieurs villes de France des « débats citoyens » sur la loi de 70 associant journalistes, experts-es, associatifs-ves et élus-es. Christian Andreo, qui représente l'association, en profite pour rappeler que « le positionnement de AIDES, c'est de plaider pour une politique raisonnée qui se fonde sur l'évidence scientifique, sur des programmes évalués, sur ce qui marche et non sur de l'idéologie. L'efficacité de la criminalisation voire de la prohibition de l'usage de drogues est une intuition... On suppose que cela marche, mais ce n'est pas démontré scientifiquement. On a même des exemples qui nous prouvent les limites voire les échecs des approches prohibitionnistes. Et pourtant, on continue avec la loi de 70 qui a plus de 40 ans, comme si de rien n'était en dépit de ces mauvais résultats. » Dès juin 2012, à peine plus d'un mois après l'élection de François Hollande à la présidence de la République, Cécile Duflot, alors ministre du Logement, défend la légalisation du cannabis autour d'un double objectif, faire baisser les trafics et avoir une approche de santé publique de la question. Mais c'est surtout sur l'expérimentation des SCMR que le débat va se cristalliser. En 2013, l'ouverture d'une salle est prévue à Paris avec le soutien de la ville et du gouvernement. Une très forte résistance s'organise autour d'associations de riverains-nes qui sont à l'origine d'un recours administratif contre cette expérimentation. Le Conseil d'État considère que ce type de dispositif méconnaît « l'interdiction pénalement sanctionnée de l'usage de stupéfiant », et donc la loi de 70. Une nouvelle loi sera donc nécessaire pour permettre l'expérimentation. Elle est introduite dans le projet de loi de santé, au côté d'un autre article modernisant le référentiel national de RDR. Ces deux articles donnent lieu, une nouvelle fois, à des débats enflammés au Parlement et dans la presse.

Certes, les dispositifs de RDR ont déjà permis de faire reculer l'épidémie de VIH parmi les usager-es de drogues. L'épidémie de VHC reste en revanche très présente dans cette population. Selon l'enquête ANRS-Coquelicot⁶⁷, la prévalence au VHC chez les personnes fréquentant les dispositifs de RDR est de 64 %. À noter aussi que sur le VIH, le temps entre le dépistage et le recours aux soins est presque d'un an, ce notamment en raison des discriminations et donc de la défiance par rapport au milieu médical. Mais

loin de tirer des leçons de l'histoire, loin d'avoir une politique de santé basée sur les données scientifiques, l'idéologie et les stigmatisations restent souvent la norme. Ainsi, dans les débats à l'Assemblée nationale, le député du groupe Les Républicains Philippe Goujon s'exprime ainsi sur la RDR et ses dommages : « Cet article, en levant l'interdit qui pèse sur l'injection de drogues par voie intraveineuse, permet de légaliser l'ouverture des salles de shoot. Avec cette fausse bonne idée, vous [le Gouvernement et la majorité] rompez le consensus autour des politiques de lutte contre les drogues menées par tous les gouvernements successifs depuis vingt ans... Ces salles ne résoudront pas non plus le problème de la contamination des usagers au VHC ou au VIH car la plupart d'entre eux sont déjà porteurs de ces facteurs de comorbidité. » Yannick Moreau, député vendéen Les Républicains complète : « La légalisation des salles de shoot est une faute. C'est une faute contre notre jeunesse, à qui vous adressez un terrible signal de banalisation de la drogue, qui pourrait désormais être légalement consommée dans certains endroits protégés de la République. C'est une faute contre nos forces de l'ordre qui, au péril de leur vie, luttent sans relâche contre le trafic de drogue. C'est une faute contre les familles frappées par le fléau de la drogue et qui attendent autre chose du Gouvernement qu'un témoignage de laxisme et de fatalisme. » Enfin, cet autre député Les Républicains Nicolas Dhuicq complète : « la question des toxiques a toujours vu plusieurs discours s'affronter. D'un côté, les somaticiens mettent l'accent sur l'aspect hygiénique et la prévention des maladies transmissibles. D'autres cependant préfèrent prendre en compte l'individu dans son ensemble et considèrent que le toxicomane joue avant tout à un jeu éminemment dangereux avec la mort. Il remet en cause tous les interdits de la société, à ses propres dépens, notamment en transgressant la règle qui commande qu'on respecte son identité corporelle ». Dans ces deux citations, les épidémies de VIH et d'hépatites sont vécues comme une fatalité inévitable si elle n'est pas encore réalisée, voire comme une forme d'hygiénisme. Les usagers-es sont présentés-es comme des personnes transgressives et devant donc être nécessairement punies, dans leur santé, et sanctionnées par la loi.

Si en matière d'usage de drogues, la répression reste la norme, la politique de RDR a permis de créer des espaces et des évolutions favorables à la santé des personnes et à la santé publique, à la lutte contre le VIH et les hépatites.

2. Prostitution, travail du sexe : une mise en danger des personnes par la loi

Dans le rapport de 2012 *Prostitutions : les enjeux sanitaires*, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) affirme comme préalable à ces travaux qu'« il n'y a pas une mais des prostitutions » et qu'il s'agit d'une activité souvent considérée de manière beaucoup trop homogène par rapport aux réalités qu'elle recouvre. Les seuls chiffres sur la prostitution et le travail du sexe sont ceux issus du ministère de l'Intérieur, construits à partir des infractions constatées de délit de racolage passif. Aussi, ces chiffres sont biaisés et ne peuvent être acceptés en tant que tels. Le manque de données fiables concerne également la situation des personnes par rapport à leur santé. Ainsi, la Haute autorité de santé (HAS) note dans un rapport⁶⁸ publié en 2016 que les études sur la situation sanitaire des personnes prostituées et travailleuses du sexe sont rares. Elle souligne cependant, à l'aide d'une revue de la littérature intégrant des références internationales, que « les données disponibles n'indiquent pas que l'activité prostitutionnelle est en soi un facteur de risque d'infection au VIH/sida, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique ». Ainsi, les discriminations dont sont victimes ces personnes en raison de leur activité d'abord, mais aussi en raison d'autres critères comme l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'origine et la situation administrative, etc. sont des facteurs de vulnérabilité importants par rapport au VIH.

Distinction entre travail du sexe et prostitution

La notion de travail du sexe correspond à une pratique et une activité professionnelle, impliquant le consentement libre et éclairé des personnes. La notion de prostitution vise à intégrer les personnes confrontées à diverses formes de contraintes qu'elles soient économiques, sociales, administratives, criminelles, etc.

⁶⁷ JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°39-40, novembre 2013, p. 504-509.

⁶⁸ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire*, janvier 2016, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_etat_de_sante_des_personnes_en_situation_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_vf.pdf

Pourtant, en matière de prostitution et de travail du sexe, les gouvernements se suivent et se ressemblent pour pénaliser encore et toujours plus ces activités. La prostitution serait un mal qui doit disparaître. La stigmatisation des personnes, les négations de droits, les recommandations des institutions nationales et internationales, les risques en termes de violences ou de santé n'y changent rien...

2.1 Racolage passif, un délit dangereux pour la santé

La prostitution n'est pas illégale en France. Le contexte dans lequel s'exerce cette activité l'est. Ainsi, en 2003, Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur, fait voter dans la loi sur la Sécurité intérieure la pénalisation du racolage passif. Le principal objectif est d'éloigner la prostitution de l'espace public : « Les prostituées sont des victimes, dit-on. Certes, mais n'oublions pas les autres victimes : les personnes qui habitent dans les quartiers où la vie est devenue impossible... On me dit qu'il faut éloigner la prostitution des écoles. Fort bien ! Mais les enfants ne seraient-ils que dans les écoles ? À ma connaissance, ils n'y habitent pas, et ce n'est pas parce que les quartiers concernés sont en général situés à la périphérie des villes qu'il ne faut pas entendre le cri de détresse de ceux qui y habitent. » La criminalisation du racolage passif vise à criminaliser les travailleurs-ses du sexe, pas l'activité en elle-même, elle vise à cacher les personnes loin du regard de la société, là où elles ne dérangeront pas.

Les conséquences redoutées ne tardent pas à devenir une réalité. En 2005, les associations Act Up-Paris, Arcat et AIDES, dans une déclaration commune, notent : « Tous les jours, nous constatons que les pressions subies par les personnes prostituées, loin de faire baisser l'activité professionnelle, ont simplement conduit à rendre la prostitution invisible : il y a autant de personnes prostituées qu'il y a deux ans. La pression policière a nourri l'éparpillement, brisé le réseau de solidarité, rendu plus difficile nos actions de prévention. Elle a provoqué une dispersion, un essaimage loin de la protection qu'offrent l'espace public et le regard des passants. Dans ces zones de non-droit, les personnes sont exposées aux violences de certains passants, de certains clients et des forces de l'ordre. » Elles détaillent également les conséquences en termes de santé : « La nécessité de survie au jour le jour rentre en concurrence avec le projet de vie où la santé, le souci de protection de soi et des autres auraient toute leur place. La négociation du préservatif est rendue plus difficile par la reprise de pouvoir du client. La précarisation des personnes prostituées les rend plus vulnérables face à des demandes de rapports sexuels non protégés sur-tarifés. L'éclatement des lieux de prostitution a rendu le travail de terrain des associations plus compliqué... Face à cette fragmentation, comment couvrir toutes les zones de prostitution ? Les forces de l'ordre dans leur politique répressive n'hésitent pas à entraver les actions de prévention des associations... De même, les forces de l'ordre ont parfois confisqué du matériel de prévention ou tenté d'en faire un élément de caractérisation de l'activité prostitutionnelle. »

Ces constats sont également confirmés par l'association Médecins du Monde, qui a mené une étude en 2009 dans le cadre du programme Lotus Bus⁶⁹.

La peur d'une présence policière se traduit par :

- des temps d'échange réduits lors des consultations, ce qui rend les femmes moins réceptives aux messages de prévention ;
- des temps de négociation raccourci avec le client, ce qui peut compromettre l'utilisation de matériel de prévention ;
- la crainte de posséder sur soi des préservatifs, ce qui peut constituer une présomption de racolage. « Comment accepter qu'un outil indiscutable de prévention devienne ainsi un outil de répression ? »

En 2010, le CNS, dans l'avis *VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins* s'alarme de la situation sociale et sanitaire des travailleurs-ses du sexe et personnes prostituées. Il note que « la vulnérabilité sanitaire dont peuvent être victimes les personnes prostituées résulte moins de comportements jugés "déviant" que d'un environnement social susceptible d'entraver l'utilisation des outils

⁶⁹ MÉDECINS DU MONDE, Lotus bus. *Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris*, février 2009, <http://old.medecinsdumonde.org/gb/Presse/Dossiers-de-presse/France/Lotus-bus-enquete-aupres-des-femmes-chinoises-se-prostituant-a-Paris>

de prévention et de conduire à des prises de risques en matière de santé » en insistant sur les conséquences défavorables pour leur accès aux droits et leurs conditions de vie. Dans une perspective de santé publique, le CNS propose de reconsidérer certaines dispositions légales à l'image du délit de racolage dénoncé comme à l'origine de discriminations vécues par les personnes prostituées, de fragilisation de leur situation sociale et sanitaire. Il se prononce en faveur d'une approche globale des politiques publiques en matière de prostitution, incluant un accès à la prévention et aux soins, un accompagnement social et un soutien aux associations communautaires.

Une vision essentiellement victimaire de la prostitution et du travail du sexe



Les effets négatifs de la pénalisation du racolage passif, prédits lors des débats sur la loi sur la Sécurité intérieure, sont devenus réalités. Ce constat est partagé par des décideurs-politiques et institutionnels-les, de gauche comme de droite, par la société civile, par les institutions indépendantes. Cependant, le présumé ayant motivé cette loi, de la personne prostituée nécessairement et uniquement victime exploitée, et de l'impossibilité de l'existence même du travail du sexe, dans la mesure où celui-ci implique un consentement éclairé, reste

dominant. Par conséquent, la prostitution reste un mal contre lequel il convient de lutter. Une alternative est donc proposée à la pénalisation du racolage passif, la pénalisation du client. Cette proposition fait l'objet d'un rapport parlementaire par les députés-es Danielle Bousquet (PS) et Guy Geoffroy (UMP) en 2011. Si le rapport reconnaît les conséquences sanitaires et sociales de la pénalisation du racolage passif, il ne le condamne pas mais constate un bilan « nuancé ». De même, il s'inspire du modèle suédois de pénalisation du client mais n'en offre

qu'une vision parcellaire. Les difficultés de ce modèle quant à l'accès aux droits et à la santé sont mentionnées mais écartées d'une ligne en mentionnant le rapport suédois d'évaluation de la loi qui affirme que ces craintes sont infondées. Les parlementaires français-es ne mentionnent pas, en revanche, que ce rapport d'évaluation a été rédigé par des personnes promotrices de la loi, et qu'il est dans les faits très contesté en Suède.

2.2 Pénalisation du client : la responsabilité change de camp, mais les enjeux de santé restent méprisés

Cette mise au second plan des considérations en termes de droits, de santé et de lutte contre le VIH et les hépatites se concrétise à partir de 2012 alors que la majorité socialiste fidèle au programme de François Hollande lance la proposition de loi créant la pénalisation des clients en droit français. Cette proposition est reprise par la parlementaire Maud Olivier pour le groupe socialiste. Le rapport préalable à la proposition de loi, puis la proposition de loi elle-même, montrent des déséquilibres majeurs entre mesures répressives fortes, faiblesse du volet social, et mesures favorables à la santé des personnes. Si le rapport de Maud Olivier constate les enjeux de santé pour les travailleurs-ses du sexe et les personnes prostituées, notamment au regard du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), elle ne formule aucune proposition pour y répondre. La proposition de loi dans la version initiale ne mentionne même pas la lutte contre le VIH et les IST. Aucun des 21 articles ne porte sur la santé. Il en est seulement fait mention dans l'article 4 de la loi qui se donne comme objectif de « sensibiliser les populations aux effets de la prostitution sur la santé ». Dans l'esprit de la parlementaire, si la prostitution est un « fléau social », les personnes seraient donc elles-mêmes des fléaux sanitaires, vecteurs de maladies. En ce sens, la proposition de loi ne vise aucunement à réduire les stigmatisations sociales à l'encontre des travailleurs-ses du sexe et personnes prostituées, au contraire. La députée Maud Olivier n'est pas la seule à assumer de nier les enjeux de santé. La députée socialiste Ségolène Neuville, infectiologue, devenue depuis secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, va même jusqu'à considérer que les arguments de santé des associations relèvent de « dérive hygiéniste ». L'argument et le choix des termes ne sont pas sans rappeler ceux utilisés par le député Les Républicains Nicolas Dhuicq pour s'opposer aux politiques de RDR liées à l'usage de drogues et aux SCMR. Il faudra attendre les débats en séance de l'Assemblée nationale pour que la santé soit réintroduite dans le texte, par un amendement du gouvernement, et sous la pression de certaines associations.

En France, deux récents rapports de l'Igas et du CNS attestent de la pluralité des situations prostitutionnelles, de l'incohérence des politiques publiques actuelles et soulignent la nécessité de mettre la santé et la sécurité des personnes se prostituant au cœur des préoccupations politiques.

En effet, les associations communautaires, de santé, et de lutte contre le VIH et les hépatites ont fait front, très tôt, pour s'opposer à cette loi. Les arguments de santé et de lutte contre les épidémies ont été particulièrement mis en avant. Les associations comme le Strass (Syndicat du travail sexuel), Médecins du Monde, AIDES, Cabiria ou Grisélidis s'appuient en ce sens sur leurs actions de terrain, auprès et avec les travailleurs-ses du sexe et les personnes prostituées. Elles mentionnent également un certain nombre de rapports d'institutions nationales et internationales. Dans un courrier adressé aux parlementaires en septembre 2013, les associations Élus locaux contre le sida, Le Planning familial, Act Up-Paris, Arcat, Médecins du Monde et AIDES notent : « De nombreux rapports d'experts rejoignent nos propres inquiétudes. En France, deux récents rapports de l'Igas et du CNS attestent de la pluralité des situations prostitutionnelles, de l'incohérence des politiques publiques actuelles et soulignent la nécessité de mettre la santé et la sécurité des personnes se prostituant au cœur des préoccupations politiques. Au plan international, les instances impliquées dans la santé publique ou dans la lutte contre le sida (Onusida, PNUD, OMS) concluent que des législations répressives, directes ou indirectes, à l'encontre des travailleurs et des personnes qui se prostituent renforcent la discrimination et impactent négativement leur santé. » Depuis, ces premiers rapports sont confirmés par d'autres publications concordantes, notamment du Défenseur des droits ou de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH).

Enfin, et contrairement à ce qu'affirment un certain nombre de promoteurs-rices de la loi, le lien entre pénalisation, discriminations et santé est démontré en 2014 dans un numéro spécial de la revue médicale de référence *The Lancet*⁷⁰. Il est démontré qu'en plus d'un risque accru au VIH et autres IST, les travailleurs-ses du sexe font face à des barrières dans l'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins en raison des discriminations, stigmatisations et pénalisations auxquels ils-elles sont confronté-es. Dans l'article *Violation des droits humains contre les travailleurs-ses du sexe : fardeau et effets par rapport au VIH*⁷¹, une typologie des cadres réglementaires sur le travail du sexe et les conséquences pour les personnes est établie. La France, que ce soit sur la pénalisation du client ou du racolage passif, intègre la catégorie des pays à criminalisation partielle. Plusieurs conséquences sont identifiées à partir d'études comparatives de différents pays ayant adopté ce modèle :

- violation des droits sévère et systématique ;
- freins aux capacités des personnes de prendre soin de leur santé et de leur sécurité ;
- instauration d'une relation antagoniste avec les forces de l'ordre ;
- menace de la sécurité et de la santé des travailleurs-ses du sexe, en raison de négociations accélérées sur l'usage du préservatif, de l'éloignement et de l'isolement des personnes pour échapper aux forces de l'ordre et au harcèlement policier ;
- institutionnalisation possible de la discrimination ;
- frein à la prévention du VIH dans la mesure où les actions de prévention et d'accompagnement peuvent être considérées comme la facilitation d'un crime.

Alors que les promoteurs-rices de la pénalisation du client prétendent qu'en déplaçant la responsabilité pénale, elle permettrait aux travailleurs-ses du sexe d'être renforcés-es dans leur capacité de négociation du préservatif et des pratiques, c'est le contraire qui est démontré par le journal *The Lancet*. Les personnes ne s'en trouvent que plus fragilisées dans cette négociation. Les remontées de terrain, dans les actions de AIDES, ne font hélas que confirmer cette crainte.

Les députés-es, à de rares exceptions, ont été insensibles aux arguments de santé publique, à l'inverse des sénateurs-rices. Le Sénat supprime l'article portant sur la pénalisation du client. Il s'appuie sur les auditions des associations, aussi bien que sur le rapport de l'Igas sur la prostitution qui note : « de façon générale, l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des facteurs d'aggravation des risques en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention ». De retour à l'Assemblée nationale en juin 2015, à l'exception du député Sergio Coronado, aucun-e parlementaire ne prend la peine de considérer véritablement les enjeux de stigmatisation ou de santé sur la réintégration de l'article portant sur la pénalisation du client. Catherine Coutelle, présidente de la délégation de l'Assemblée

⁷⁰ Numéro spécial « HIV and sex workers », *The Lancet*, 22 juillet 2014.

⁷¹ DECKER MR. et al., « Human rights violation against sex workers : burden and effect on HIV », *The Lancet*, 385 (9963), 10 janvier 2015, p. 186-199.

nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, se contente d'affirmer « Notre loi... n'est pas nuisible pour la santé, au contraire », sans en apporter la preuve. Quand Sergio Coronado fait mention des enjeux de lutte contre le VIH, elle oppose l'absence d'études, niant l'expertise des institutions internationales, et oublie les études de *The Lancet*.

Le 6 avril 2016, c'est donc une loi profondément déséquilibrée qui est votée. Se voulant globale pour lutter contre « le système prostitutionnel », elle reste dans le fond essentiellement répressive. Les députés-es ne sont pas revenus-es sur l'abrogation du délit de racolage passif. Cependant Maud Olivier, rapporteure du texte, n'hésite pas à inciter les municipalités à mettre en place des arrêtés allant dans ce sens au niveau local. La prohibition ne s'assume pas, mais elle est bien à l'œuvre. Le volet social n'est qu'un outil au service de l'idéologie de cette loi. En étant subordonné à l'arrêt sans délai de la prostitution et du travail du sexe, il exclut de fait toute personne ne s'y subordonnant pas ou ne pouvant le faire que dans le cadre d'un processus dans le temps. Les personnes étrangères engagées dans ce parcours ne peuvent bénéficier que d'un titre de séjour provisoire qui n'est pas de plein droit, ce qui signifie qu'elles peuvent être expulsées. Les financements associés à ce volet social sont insuffisants puisque selon les chiffres présentés par les promoteurs-rices de la loi, ils ne représentent que 160 € par an et par personne. Cette somme est d'ailleurs prise en grande partie sur les actions de prévention en faveur de la santé des femmes. Le programme « Santé : prévention, sécurité sanitaire et offres de soins » se voit amputé d'un million d'euros dans la loi de finances pour 2016, notamment sur l'action 12 qui porte sur l'accès de toutes les femmes à la contraception, l'accès à un droit effectif à l'interruption volontaire de grossesse, l'amélioration de la santé et de la prise en charge des femmes enceintes et jeunes mères, la lutte contre les traumatismes et violences de genre. Ainsi, les associations ayant soutenu cette loi voient leur budget augmenter afin de financer l'ensemble de leurs activités. Les associations intervenant sur la santé sexuelle de toutes les femmes, comme le Planning familial, se retrouvent avec des subventions coupées.

Enfin, l'article portant sur la santé, la lutte contre le VIH et les IST est succinct : « La politique de réduction des risques en direction des personnes prostituées consiste à prévenir les infections sexuellement transmissibles ainsi que les autres risques sanitaires, les risques sociaux et psychologiques liés à la prostitution. Les actions de réduction des risques sont conduites selon des orientations définies par un document national de référence approuvé par décret. » En vue de l'élaboration de ce document, le rapport de la HAS⁷² conclut que « l'activité prostitutionnelle n'induit pas en soi un facteur de risque d'infection du VIH, sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique ». Or, si la HAS n'a pas à se positionner dans un tel débat, elle note cependant « Sur la base des données disponibles, il est envisageable que les politiques de pénalisation puissent avoir des effets défavorables à la santé des personnes. Des données canadiennes permettent d'identifier de façon indirecte d'éventuels effets délétères de politiques de pénalisation des clients : il semble, en effet, que le déplacement des personnes vers des zones isolées ainsi que le caractère clandestin des échanges entre les personnes en situation de prostitution/travail du sexe et les clients accroissent la difficulté des premières à négocier des rapports sexuels protégés et accroissent le risque de violences. »

⁷² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire*, janvier 2016.



Le point de vue du Défenseur des droits

Dans un avis du 16 décembre 2015 sur le projet de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, le Défenseur des droits a exprimé son inquiétude quant à la pénalisation de l'achat d'actes sexuels. Il a attiré la vigilance des parlementaires sur le fait que l'interdiction de l'achat d'un acte sexuel calquée sur le modèle suédois ne saurait être efficace pour faire diminuer la prostitution, protéger les personnes pratiquant la prostitution et enfin lutter contre les réseaux de traite et de proxénétisme.

Ainsi, pour l'Institution, cette mesure comporte des risques, elle pourrait avoir pour effet de forcer les

professionnels-les à exercer cette activité clandestinement, dans les lieux reculés imposant des conditions encore plus difficiles. De plus, la clandestinité pourrait rendre plus problématique l'action des services de police dans la lutte contre la traite et le proxénétisme. Comment lutter contre les réseaux dès lors que les victimes sont moins visibles et accessibles ? Par ailleurs, leur accès à la prévention et aux soins sera encore plus difficile en les éloignant des réseaux de soutien des structures associatives et médicales existantes et des acteurs-rices de prévention. Cette disposition risque également d'exposer davantage les prostituées-es à la violence de certains clients et aux contaminations au VIH et/ou aux

hépatites virales. Le Défenseur des droits a rappelé que des organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Onusida et le Conseil national du sida ne sont pas favorables à la pénalisation de la prostitution qui nuit à la santé des personnes qui la pratiquent.

Le Défenseur tient cependant à saluer les dispositifs « parcours de sortie » destinés aux personnes prostituées tout en regrettant que cela ne concerne que les personnes souhaitant quitter cette activité. La prostitution étant un phénomène hétérogène et complexe, chaque situation devrait permettre un suivi sans exigence de sortie.