



Réseau mondial des projets sur le travail sexuel
Promouvoir la santé et les droits humains

DOCUMENT D'INFORMATION GLOBAL :

**L'accès des travailleurSEs¹
du sexe aux traitements contre
le VIH dans le monde**



Remerciements

Le NSWP voudrait remercier le Robert Carr civil society Networks Fund et le programme Bridging the Gaps pour leur soutien financier dans la production de ce rapport.

Le NSWP voudrait aussi remercier les personnes suivantes pour leurs contributions au développement de ce projet :

Mondial : Gillian Galbraith, Mitch Cosgrove, Nine, Neil McCulloch ; **Afrique** : Grace Kamau Mukuhi, Daughtie Ogutu, John Mathenge, Phelister Abdallah, Penninah Mwangi ; **Asie et Pacifique**: Khartini Slamah, Nukshinaro Ao, Rena Janamnnuaysook, Chamrong Phaengnongyang, David Trynot ; **Europe** : Agata Dziuban, Pye Jakobsson, Stasa Plecas, P.G. Macioti, Luca Stevenson, Kristina Mahnicheva, Irina Maslova, Carina Edlund, Borche Bozhinov, Shahnaz Islamova, Dinara Bakirova ; **Amerique Latine** : Cynthia Navarrete, Cida Viera, Karina Bravo, Alejandra Gil, Angela Villon; **Amérique du Nord et Caraïbes** : Sandra KH Chu, Cécile Kazatchkine, Elya Durisin, Penelope Saunders, Cracey Fernandes , Miriam Edwards, Marcus Day.

1 Note du traducteur : Dans ce document la forme féminine est délibérément ajoutée au masculin du substantif « travailleur » ainsi qu'à d'autres substantifs, adjectifs, déterminants et participes passés de façon à ne pas rendre les femmes « invisibles » sachant qu'il est reconnu que la majorité des travailleurs du sexe sont des femmes. Cette décision n'a pas pour but d'exclure les travailleurs du sexe masculins ou transgenre mais d'inclure au contraire une majorité, tout en restant stylistiquement cohérent et lisible.

L'accès des travailleurSEs du sexe aux traitements contre le VIH dans le monde



« Nous ne resterons pas silencieuses pendant qu'ils font de nos vies un commerce! »

(des travailleurSEs du sexe au Sex Worker Freedom Festival, Kolkata, 2012)

Introduction

En 2009, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 68% en Afrique. À un niveau global, les travailleurSEs du sexe sont 13,5% plus susceptibles de contracter le VIH que le reste de la population (ONUSIDA, 2013). Dans de nombreux endroits pourtant, les taux d'infections par le VIH sont mal connus. Cela peut être dû à un manque de recherche ou peut s'expliquer aussi par le fait que les travailleurSEs du sexe eux/elles-mêmes hésitent à rassembler les données par peur qu'on les stigmatise comme « vecteur de maladie » au lieu de se concentrer sur les facteurs sociaux et juridiques qui influent sur la vulnérabilité des travailleurSEs du sexe au VIH.

Seulement 65% des personnes qui vivent avec le VIH dans le monde ont accès à des traitements. Dans les Caraïbes, le pourcentage de personnes séropositives sous thérapie antirétrovirale est passé de 1% en 2004 à 51% en 2008. Cependant, la plupart des personnes séropositives qui vivent dans les Caraïbes vivent dans des pays où moins de 50% des personnes en besoin de traitement ont accès à la thérapie antirétrovirale. La thérapie antirétrovirale est accessible à 58% des personnes séropositives en Haïti et en Jamaïque et à plus de 99% des personnes à Cuba. Seul un tiers des personnes séropositives sont sous thérapie antirétrovirale aux États-Unis et les communautés qui sont le moins susceptibles d'avoir accès à des traitements efficaces et sur le long terme sont les membres de la communauté afro-américaine et les jeunes (CDC, 2012a). Au Myanmar, 40% des personnes séropositives n'ont pas accès à des traitements et les prévisions sont que ces chiffres devraient augmenter à cause des nouvelles lois concernant les brevets. En Europe de l'Est et en Asie centrale seulement 26% des personnes en besoin de traitement sont sous thérapie (ONUSIDA, 2013, OMS, 2013). En Afrique subsaharienne, 6,2 millions de personnes sont sous thérapie antirétrovirale sur les 11 millions qui auraient besoin d'un traitement soit 56%.

Ce rapport est un résumé de cinq documents d'information dont les conclusions concernent l'accès des travailleurSEs du sexe aux traitements contre le VIH dans cinq régions : L'Afrique, L'Asie-Pacifique, l'Amérique Latine, et l'Amérique du Nord & les Caraïbes. Des consultantEs ont fait un travail de recherche au niveau des différentes régions en faisant remplir des questionnaires en ligne et en faisant des entretiens avec des organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe et des individus. L'objectif était d'identifier les multiples obstacles que rencontrent les personnes vivant avec le VIH pour accéder à des soins de santé convenables.

Ces obstacles sont essentiellement dus à la stigmatisation et à la discrimination. Le personnel des services de santé peut faire preuve de putophobie, d'homophobie, de transphobie, de racisme etc... et aussi avoir des comportements discriminatoires envers les personnes séropositives. Ces attitudes sont même parfois encouragées par l'existence de lois oppressives envers les travailleurSEs du sexe, les personnes LGBT, les migrantEs et les personnes séropositives.

En outre les personnes qui n'ont pas les moyens de se faire soigner dans des établissements privés n'ont souvent accès qu'à des traitements limités ou même à pas de traitement du tout. L'accès au traitement du VIH dont les personnes séropositives ont cruellement besoin est d'autant plus un problème dans les pays en voie de développement que la réglementation du commerce international interfère avec la production de médicaments. Les répercussions de ces réglementations ne devraient pas être sous-estimées.

Le présent document donne un aperçu des multiples obstacles que les travailleurSEs du sexe séropositifVEs rencontrent pour accéder à la santé et se termine par des recommandations sur la manière dont ils pourraient être surpassés.

Les obstacles au traitement efficace du VIH pour les travailleurSEs du sexe

La marginalisation

Les populations les plus touchées par le VIH sont les membres des communautés marginalisées qui souffrent de discriminations (sexisme, homophobie, transphobie, putophobie, racisme, colonialisme et xénophobie), d'inégalités socio-économiques (pauvreté, logements instables, inaccessibilité aux soins de santé), de criminalisation, de la dépendance des drogues et qui sont en prison. Le fait d'arriver dans un nouveau pays et/ou d'être sans papier peut aussi être une cause de marginalisation et habiter dans des communautés isolées ou rurales peut aussi réduire l'accès aux services. Particulièrement en Europe, il manque de façon évidente des médiateurs culturels pour faciliter l'accès des travailleurSEs du sexe aux services. Certains groupes ethniques, facilement identifiables, tels que les Roms en Bulgarie, en Macédoine et en Serbie, les Ouzbeks en Russie et, les Latino-Américains et les Africains en France et au Royaume-Uni sont particulièrement vulnérables aux abus de pouvoir et aux violations des droits humains. Les travailleurSEs du sexe sans domicile fixe qui n'ont nulle part où dormir, où garder leurs médicaments et doivent souvent échapper à la police ont des besoins plus urgents que l'accès aux traitements. Ce ne sont pas seulement les travailleurSEs du sexe qui vivent la discrimination mais leurs familles aussi, notamment les enfants qui souffrent de stigmatisation et de pressions à l'école comme cela a été mentionné par des travailleurSEs du sexe au Cambodge.

Les populations les plus touchées par le VIH sont les membres des communautés marginalisées qui souffrent de discriminations...

Les travailleurSEs du sexe peuvent se retrouver dans un cercle vicieux où elles/ils n'arrivent pas à échapper à la criminalisation de leur travail (et/ou d'autres aspects de leur vie comme leur orientation sexuelle, leur identité de genre, la consommation de drogues et leur statut sérologique), aux incarcérations, à la pauvreté, à la précarité des logements et s'ajoute à cela une plus grande probabilité de contracter le VIH et de grandes difficultés à accéder à des traitements et à les poursuivre sur le long terme.

Les travailleurSEs du sexe sont diversement considérés comme une menace pour la moralité publique, pour les valeurs familiales, pour la santé publique, le bien-être et la sécurité de la population ou, comme en Suède, comme des victimes aveugles de la domination masculine forcés dans l'industrie du sexe. Les médias perpétuent fréquemment les stigmates : un exemple frappant a été l'incident de 2011 en Grèce quand les identités, la profession et le statut sérologique de travailleurSEs du sexe avaient été publiés violant ainsi leur intimité et leur droit à la confidentialité. La stigmatisation intériorisée des travailleurSEs du sexe nourrie par les préjugés, la criminalisation et une image négative du travail du sexe dans les médias peut se traduire par une faible estime de soi et la tendance à ne pas prendre soin de soi, notamment en ce qui concerne la prévention du VIH et des IST.

L'accès aux traitements est un droit humain et ce droit n'est pas reconnu notamment parce que le travail du sexe n'est pas considéré comme un travail. C'est un fait que les Programmes nationaux de lutte contre le sida devraient prendre en compte.

Les restrictions légales et leurs conséquences

La criminalisation du travail du sexe et des activités qui y sont liées vulnérabilise les travailleurSEs du sexe notamment en terme de santé. Et cela que les lois criminalisent les travailleurSEs du sexe elles/eux-mêmes, les clients ou les tierces parties comme les employeurs et les réceptionnistes. La criminalisation se traduit par un plus grand contrôle policier, cela a un impact sur les conditions de travail des travailleurSEs du sexe et les force à opérer dans la clandestinité ce qui les rend plus vulnérables à la violence et aux maltraitements. Il faut signaler qu'en ce qui concerne l'application de la loi, la police fait souvent du zèle et abuse de son pouvoir ce qui donne lieu à des extorsions et du harcèlement. Les mesures prises pour lutter contre la traite humaine mènent à l'incarcération des travailleurSEs du sexe migrantEs et les exposent à la violence physique et sexuelle. Cela a tendance à pousser encore plus les travailleurSEs du sexe à travailler dans la clandestinité.

***Les mesures prises pour
lutter contre la traite humaine
mènent à l'incarcération
des travailleurSEs du sexe
migrantEs et les exposent à la
violence physique et sexuelle.***

Même dans les endroits où le travail du sexe n'est pas criminalisé ou pénalisé, les travailleurSEs du sexe ne seront pas traités légalement comme des citoyenNEs à part entière tant que le travail du sexe ne deviendra pas une profession légitime. Le système juridique n'offre aucune protection aux travailleurSEs du sexe et ils/elles n'ont aucun droit du travail. Ce sont pourtant des droits nécessaires pour pouvoir faire partie du système de santé public national. Dans la plupart des pays européens, le travail du sexe n'est pas reconnu comme un travail ou même une profession libérale et il n'y a ainsi aucun cadre légal qui permette aux travailleurSEs du sexe demander un permis de travail ou de séjour.

La criminalisation de l'exposition au VIH, de la non-divulgence de la séropositivité et de la transmission du virus dissuadent les travailleurSEs du sexe de se faire tester pour le VIH et découragent les travailleurSEs du sexe séropositifVEs de se rendre dans les centres de soins de santé et, même quand elles/ils le font, elles/ils auront tendance à ne pas parler de leur situation. Les sanctions auxquelles elles/ils s'exposent, telles que des poursuites pénales, les dissuadent de révéler leur profession aux services de santé et aux services sociaux. Au Canada, cette criminalisation peut entraîner une condamnation pour agression sexuelle avec circonstances aggravantes qui se traduit notamment par un casier judiciaire pour délinquance sexuelle et la possibilité pour les migrantEs d'être déportéEs. De telles lois sont aussi utilisées pour justifier le dépistage du VIH forcé pendant les descentes de police comme par exemple en Europe de l'Est et en Asie centrale. De plus des restrictions sont placées sur le droit de résidence ou d'entrée pour les personnes séropositives dans certains pays comme Chypre et l'Ouzbékistan et les migrantEs séropositifVEs sont déportéEs en Moldavie, en Russie, au Kazakhstan et au Turkménistan.

Les hommes qui sont travailleurs du sexe sont aussi pénalisés par la criminalisation des rapports sexuels consensuels entre hommes et les infractions pénales qui sanctionnent le « travestissement » sont utilisées pour criminaliser les personnes transgenres et les personnes n'appartenant pas à la binarité des genres. Ces deux derniers exemples compromettent la capacité des travailleurSEs du sexe à se protéger du danger et à faire appel aux services appropriés.

Les lois qui pénalisent les drogues comme par exemple la criminalisation de la consommation de drogues en Géorgie, en Russie, au Kazakhstan et en Ukraine sont un obstacle supplémentaire pour certainEs des travailleurSEs du sexe séropositifVEs. En Europe de l'Est et en Asie centrale, les travailleurSEs du sexe qui sont usagers/ères de drogues sont plus susceptibles d'être victimes de violence, de coercition et d'abus de pouvoir de la part de la police et d'autres parties.

Les lois qui criminalisent les travailleurSEs du sexe, les personnes séropositives, les personnes LGBT et les usagers/ères de drogues ne sont pas nécessairement appliquées de manière uniforme. Aux États-Unis par exemple, la police a tendance à s'en prendre aux travailleurSEs du sexe transgenres et aux travailleurSEs du sexe de couleur. Les travailleurSEs du sexe de rue, étant plus visibles, ont moins de temps pour négocier avec les clients avant une passe. Ils/elles ne peuvent en effet pas prendre le temps d'évaluer les risques par peur d'attirer l'attention de la police. Le danger d'être maltraitéEs ou violentéE est ainsi considérablement plus grand. Dans de nombreux pays, la police saisie les préservatifs comme preuve qu'il y a travail du sexe et cela dissuade les travailleurSEs du sexe de transporter des préservatifs. Cela augmente en conséquence les risques de contamination par le VIH ou les IST des travailleurSEs du sexe, de leurs clients et de leurs partenaires.

**Cela augmente en conséquence
les risques de contamination
par le VIH ou les IST des
travailleurSEs du sexe, de leurs
clients et de leurs partenaires.**

Dans certains pays, des dispositions légales autorisent le partage des informations médicales avec les autorités de police et les services sociaux. Les documents officiels qui répertorient les travailleurSEs du sexe et/ou leur statut sérologique peuvent être utilisés comme preuve pendant les procès et justifier le dépistage forcé. Par conséquent, les travailleurSEs du sexe n'ont pas confiance que leur confidentialité sera respectée. Une travailleuse du sexe américaine explique : « la confidentialité de la patiente/cliente a ses limites ... ils cracheront le morceau aux flics. »

Les personnes incarcérées peuvent avoir un accès limité aux soins de santé et à des services appropriés. Le matériel de réduction des risques pour la prévention du VIH et des IST ou pour une utilisation des drogues sans danger n'est pas toujours mis à disposition. Il est généralement admis par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies que les prisonniers/ères actuelles ou anciennes ont plus de problèmes de santé que le reste de la population, notamment en ce qui concerne le VIH. En prison, les personnes séropositives souffrent de stigmatisation et de discrimination ; commencer un traitement (comme par exemple la thérapie antirétrovirale) et le poursuivre sur le long terme n'est pas chose facile. Une travailleuse du sexe au Guyana raconte comment deux de ses amies sont mortes en prison pour avoir refusé de prendre le traitement : « Elles en avaient pris pour quelques années chacune et avaient peur d'être stigmatisées si elles acceptaient de suivre le traitement » Dans les prisons aux États-Unis, il n'existe aucune norme de santé qui régissent la prise en charge des prisonnier/ères séropositifVEs. L'administration pénitentiaire peut retirer aux prisonnier/ères le droit de prendre leurs médicaments à des heures régulières ou encore les leurs confisquer et peut rompre le secret médical.

Dans le monde entier, l'accès aux traitements est difficile pour les travailleurSEs du sexe migrantEs dû au fait qu'ils/elles n'ont pas de papiers, pas assez d'argent ou tout simplement parce qu'ils/elles ne parlent pas la langue. De plus en Europe de l'Est, en Asie centrale et dans certaines parties des Balkans, les migrantEs internes n'ont le droit d'utiliser les services locaux que si elles/ils sont inscritEs dans la région concernée. Leurs papiers d'identité, nécessaires à l'obtention d'un permis de séjour, sont aussi régulièrement confisqués par les autorités policières pendant les rafles ou les incarcérations. Au Canada l'accès aux traitements pour les réfugiéEs n'est autorisé que s'il s'agit d'un problème de santé publique ce qui signifie qu'ils/elles ont le droit à la thérapie antirétrovirale mais pas à d'autres traitements qui pourraient être importants pour leur santé (HALCO 2012).

Les interactions avec les services de santé

Les travailleurSEs du sexe auront tendance à ne pas révéler leur profession au personnel de santé par crainte d'être jugéEs et discriminéEs, pour ne pas avoir à répondre à leurs questions indiscrettes et hors propos qui satisfont leur curiosité sur ces « autres » que sont les travailleurSEs du sexe, et par crainte d'être dénoncéEs aux autorités à cause de leur travail, de leur statut sérologique ou de leur situation vis-à-vis de l'immigration. Les mesures prises pour lutter contre la traite humaine peuvent se retourner contre les travailleurSEs du sexe migrantEs. Il est en effet souvent pris pour acquis que ces dernières sont des victimes de la traite et les interventions qui suivent pour les « sauver » sont souvent peu judicieuses et peuvent faire plus de mal que de bien. Les travailleurSEs du sexe hésitent à parler de leur profession et de leur état de santé en toute honnêteté et il est ainsi difficile d'établir avec les professionnels de la santé une relation thérapeutique constructive.

Les travailleurSEs du sexe hésitent à parler de leur profession et de leur état de santé en toute honnêteté et il est ainsi difficile d'établir avec les professionnels de la santé une relation thérapeutique constructive.

Les travailleurSEs du sexe signalent avoir eu de mauvaises expériences au sein du système de santé comme par exemple des comportements discriminatoires, paternalistes ou agressifs ; la réticence du personnel à les traiter ; des violations de leur droit à l'intimité, à la confidentialité et au consentement éclairé et le refus de leurs prescrire des médicaments antirétroviraux ainsi que d'autres traitements même en l'absence de contre-indications. Pour toutes ces raisons,

les travailleurSEs du sexe hésitent à demander des traitements, arrêtent parfois les traitements commencés, utilisent des méthodes de traitement traditionnelles et alternatives au lieu de faire appel à des soins conventionnels ou finissent par tout simplement éviter les services de santé.

La fragmentation des services de soins de santé est aussi un autre obstacle à l'efficacité des traitements : les travailleurSEs du sexe sont forcés de se rendre dans différents centres de soins isolés, où les services sont limités et qui s'occupent séparément, par exemple, des antirétroviraux, de la tuberculose, de l'hépatite virale et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et parfois, quand il est proposée, du traitement de substitution aux opiacés. Il a été signalé que ces pratiques lentes, dysfonctionnelles et peu efficaces se retrouvent particulièrement en Europe de l'Est. Un autre problème pour les personnes séropositives peut être le manque d'information concernant les procédures à suivre, les lieux où se rendre et la manière d'accéder aux traitements. Au Mexique par exemple, il semblerait que peu d'efforts soient faits pour mettre en lien les patientEs avec les services appropriés.

Les financements

Il reste difficile de trouver des fonds pour financer les interventions dirigées par des travailleurSEs du sexe qui permettraient d'améliorer l'accès aux traitements. L'ONUSIDA a signalé en 2009 que les financements octroyés à la lutte contre le VIH dans le cadre du travail du sexe ne représentaient qu'1% des financements totaux pour la lutte contre le VIH dans le monde. On assiste à une baisse générale des financements des programmes de lutte contre le VIH (avec une diminution de 10% des subventions gouvernementales en 2010) qui se traduisent par des coupures budgétaires qui mettent en danger l'existence des services liés au VIH. Certains organismes donateurs ont changé de priorité et brusquement arrêté de financer des organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe sans aucune transition ce qui a eu des conséquences catastrophiques sur leur capacité de fonctionnement.

L'ONUSIDA a signalé en 2009 que les financements octroyés à la lutte contre le VIH dans le cadre du travail du sexe ne représentaient qu'1% des financements totaux pour la lutte contre le VIH dans le monde.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui est la plus importante source de financements des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, connaît lui-même des difficultés financières dues à des promesses de financements qui ne sont pas respectées par certains pays donateurs. En novembre 2011, il a annulé certains financements et suspendu de nouvelles subventions. Son « Mécanisme de financement transitionnel » avait pour objectif de permettre aux services de continuer à fonctionner mais les fonds ne sont pas suffisants pour améliorer les traitements, pour financer les activités de renforcement de la communauté ou le travail de plaidoyer. Au Mexique ses financements sont dédiés à la prévention du VIH mais ne sont pas suffisants pour payer pour les antirétroviraux.

En 2009, le President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR) couvrait 58% des financements mondiaux pour les programmes de lutte contre le VIH et le sida. Les régions des Caraïbes, de l'Asie centrale et de l'Afrique dépendent largement de ces financements. La Cour suprême des États-Unis avait déclaré en 2013 que « l'engagement anti-prostitution », une des conditions imposée par PEPFAR pour pouvoir bénéficier de financements, était inconstitutionnelle pour les organisations basées aux États-Unis mais cette décision ne s'applique pas aux organisations étrangères. La politique de PEPFAR va à l'encontre de pratiques

de prévention du VIH efficaces parce qu'elle freine et rend même impossible la participation des travailleurSEs du sexe à l'élaboration et à la direction des programmes, le recrutement de pairs éducateurTRICEs, l'affirmation des valeurs des travailleurSEs du sexe en tant que membres de la société et la lutte contre la stigmatisation (Best Practices Policy Project 2011). PEPFAR et le Fonds mondial sont les principales sources de financements des programmes. En tant que tels, ils ont le pouvoir de garantir que les travailleurSEs du sexe soient représentéEs et incluEs dans les programmes de lutte contre le VIH mais, jusqu'à présent, peu d'efforts ont été faits dans ce sens.

Les pays des Caraïbes, des Balkans et d'Europe de l'Est n'ont plus droits aux mêmes financements qu'avant parce qu'ils appartiennent désormais à la catégorie des pays à revenu moyen supérieur (ONUSIDA, 2010, ACTION/TB Europe Coalition 2012, Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme, 2012). Dans ces pays ce sont de plus en plus les gouvernements qui financent les programmes de lutte contre le VIH mais leur politique ne s'adresse pas toujours aux populations les plus vulnérables et les plus marginalisées, au contraire les financements vont plutôt aux programmes destinés à la population générale ou aux individus dont le risque de contracter le virus est bas.

Peu d'organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe africaines reçoivent des financements venant de donateurs privés européens ou américains. Le Document d'information sur l'Afrique suggère cependant que ces organisations sont en train de modifier leur approche et de se concentrer sur des demandes de financements pour des

projets de lutte pour les droits humains plutôt que des projets qui soient spécifiquement pour la lutte contre le VIH et ainsi de voir au-delà du paradigme VIH/sida en intégrant aux demandes de financements des dimensions sociales, économiques et relatives aux droits civils. Les financements privés jouent un rôle primordial dans le fonctionnement des organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe parce que les gouvernements ne vont généralement pas avoir tendance à aider

Les financements privés jouent un rôle primordial dans le fonctionnement des organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe parce que les gouvernements ne vont généralement pas avoir tendance à aider financièrement des organisations qui font campagne pour les droits humains et remettent en questions certaines de leurs lois.

financièrement des organisations qui font campagne pour les droits humains et remettent en questions certaines de leurs lois. SHARP (2006) remarque que « l'on voit rarement des gouvernements financer des campagnes de lutte contre des politiques gouvernementales à cause du conflit d'intérêt. »

Les organisations qui luttent contre la traite humaine reçoivent de plus en plus de financements mais de leur côté, les organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe, qui avait déjà du mal à s'en sortir, voient les financements de leurs programmes diminuer de plus en plus. Les accords de financements passés au niveau national et international sont souvent en faveur des efforts de lutte contre la traite et privilégie le « sauvetage et la réinsertion sociale » des travailleurSEs du sexe plutôt qu'une approche respectueuse des droits humains. L'amalgame entre le travail du sexe et la traite des êtres humains se fait au détriment des droits des travailleurSEs du sexe, renforce le contrôle policier et se traduit par une augmentation du nombre d'incarcérations de travailleurSEs du sexe.

Disponibilité et accessibilité des médicaments

Les travailleurSEs du sexe ont besoin de traitements de première ligne qui soient non toxiques et présentent peu d'effets secondaires quand ils sont pris en même temps que des traitements pour les co-infections du VIH telles que l'hépatite C, la forme pharmacorésistante de la tuberculose, les IST et les maladies opportunistes. Cependant les traitements sont coûteux et ne sont pas souvent pris en charge par le régime public d'assurance maladie ou la sécurité sociale (Réseau Mondial des Personnes vivant avec le VIH/SIDA et al., 2013). L'efficacité des traitements peut aussi être compromise par un système d'achat et de distribution des médicaments

défaillant, le manque de médicaments ou leur arrivée tardive. Par exemple au Pérou, les médicaments requis ne sont parfois disponibles que pour une semaine et ce ne sont donc pas toujours les mêmes médicaments qui sont utilisés pour la thérapie antirétrovirale ce qui peut avoir des répercussions négatives chez

les patientEs. Dans les régions rurales et minières ou près des frontières au Brésil les médicaments antirétroviraux ne sont pas toujours disponibles et les services proposés, quand ils existent, ne sont pas très structurés.

Cependant les traitements sont coûteux et ne sont pas souvent pris en charge par le régime public d'assurance maladie ou la sécurité sociale...

Aux États-Unis, les travailleurSEs du sexe sont moins susceptibles d'avoir une couverture maladie que le reste de la population et moins de 20% des personnes séropositives ont une assurance privée ; un tiers des personnes séropositives n'ont pas du tout de couverture maladie (AVERT, n.d.). Le Affordable Care Act et le Ryan White HIV/AIDS Programme devraient permettre à quelques migrantEs d'accéder à des traitements mais dans l'ensemble elles/ils en seront excluEs. De plus, même les migrantEs qui sont en règle n'ont pas accès, pendant les cinq premières années, à Medicaid, un programme d'aide sociale pour la santé pour les personnes qui ont de faibles revenus.

Les conséquences des accords commerciaux internationaux

Les lois nationales qui réglementent la vente, le marketing et la tarification des médicaments sont de plus en plus influencées par les accords commerciaux internationaux sur les droits de propriété intellectuelle. L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) est un exemple particulièrement significatif, mis en œuvre par l'Organisation mondiale du commerce (OMC), auquel doivent se conformer tous les pays membres ainsi que ceux qui souhaitent rejoindre l'OMC. Il s'applique à tous les produits, qu'ils soient des produits de luxe ou des médicaments essentiels et accorde aux entreprises qui les fabriquent des droits exclusifs sur les brevets pour une durée minimum de vingt ans. Cela donne à ces entreprises le monopole de fabrication et des ventes qui leur permet d'augmenter leurs prix sans avoir à subir la concurrence. Certains pays réglementent le prix des médicaments mais cela n'est pas tout le temps le cas.

Les signataires de l'Accord sur les ADPIC ont le droit de recourir à des « licences obligatoires » qui permettent la fabrication de médicaments génériques sans l'autorisation du titulaire du brevet en échange d'une « rémunération raisonnable ». Cela permet de limiter les monopoles et de faire baisser les prix. La fabrication des médicaments génériques est essentielle parce qu'elle permet à ceux et celles qui n'ont pas les moyens de se payer les médicaments de marque d'avoir accès aux traitements. La déclaration de Doha, qui autorise ces flexibilités, a été signée en novembre 2001 mais n'est toujours pas appliquée de façon efficace dans tous les pays européens à moyen et faible revenu dû à l'absence d'un cadre juridique cohérent qui soutienne ces mesures ou à cause de l'absence de ressources techniques et administratives pour l'évaluation des brevets, la négociation avec les titulaires des brevets et pour se mettre d'accord sur les paiements (El Said & Kapczynski 2011, ICO et al. 2013). Certains pays

moins développés, comme Haïti, ne sont pas forcés de suivre les réglementations de l'Accord sur les ADPIC pour ce qui concerne les produits pharmaceutiques et cela jusqu'en 2016 et la plupart des pays africains ont jusqu'en 2021 pour signer l'Accord sur les ADPIC mais ont néanmoins commencé à imposer des restrictions en matière de propriété intellectuelle sur les médicaments conformément aux réglementations de l'OMC. Le Brésil a réussi à négocier l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) de manière à pouvoir continuer à produire des médicaments génériques et, le Kenya et l'Afrique du Sud ont été les premiers pays d'Afrique subsaharienne à introduire une législation qui permette l'importation de médicaments génériques élargissant ainsi l'accès aux traitements. Néanmoins les financements pour la recherche et le développement des médicaments génériques sont insuffisants (Correa 2004).

Les fabricants de médicaments de marque ainsi que certains pays développés, notamment les États-Unis et les membres de l'Union européenne, ont tenté d'imposer des réglementations encore plus sévères sur les droits de propriété intellectuelle par l'intermédiaire d'accords bilatéraux et régionaux de libre-échange qui affaiblissent les flexibilités octroyées par l'Accord sur les ADPIC. Ces réglementations sont connues sous le nom d'ADPIC-plus. Elles requièrent aussi que des mesures soient prises pour renforcer les termes des brevets concernant l'exclusivité et l'application des informations ce qui frêne la production et la distribution des médicaments génériques dans de nombreux pays à faible et moyen revenu. Les pays développés font pression sur les pays africains pour qu'ils signent des accords de partenariat économique (APE) et des accords de libre-échange (ALE) qui permettent aux pays développés de passer outre les licences obligatoires en ce qui concerne les exportations de médicaments vers l'Afrique (Baker, 2011) et de poursuivre en justice les gouvernements africains pour avoir introduit des lois relatives à la santé publique qui permettent la fabrication de médicaments génériques par les entreprises locales. D'autres exemples d'accords sur les ADPIC-plus sont : l'Accord de partenariat trans-pacifique (TPP) qui sera signé par douze pays du pacifique, l'Accord de libre-échange approfondi et complet (ALEAC) récemment signé par la Géorgie et la Moldavie (Commission européenne 2013), l'Accord de partenariat et de coopération entre l'Union européenne et les pays d'Asie centrale (Commission européenne 2010), les accords de libre-échange européens signés par l'Albanie, le Monténégro, la Serbie et la Turquie, et le Protocole d'accord de la trinité et de Tobago avec les États-Unis en 1994 qui limite les possibilités des deux pays d'adopter ou de créer des « exceptions particulières » concernant les droits exclusifs des brevets sur les médicaments. L'Accord de partenariat trans-pacifique pourrait élargir la définition d'« investissements » à la propriété intellectuelle et permettre aux corporations privées de poursuivre en justice les gouvernements dans le cas où les régulations gouvernementales auraient un impact négatif sur leurs investissements y compris de potentiels bénéfices. Cela nuirait à l'autonomie des gouvernements nationaux et laisserait l'économie locale sans protection. L'UE est aussi en train de négocier en ce moment un APE avec certains pays clés à revenu moyens comme l'Inde, la Thaïlande, l'Indonésie et les Philippines parmi d'autres. Ces pays sont capables de fabriquer des médicaments génériques mais l'APE aura pour effet de limiter très sérieusement leur production. L'Inde en particulier est le premier fournisseur d'antirétroviraux génériques dans le monde pour les pays à faible et moyen revenu mais cette situation risque de changer ; les fabricants reçoivent leurs financements à la fois du gouvernement et de donateurs privés.

L'Inde en particulier est le premier fournisseur d'antirétroviraux génériques dans le monde pour les pays à faible et moyen revenu mais cette situation risque de changer ; les fabricants reçoivent leurs financements à la fois du gouvernement et de donateurs privés.

L'Accord commercial relatif à la contrefaçon, créé à l'initiative des États-Unis, restreint l'accès aux médicaments génériques et a été suivi de saisies aux frontières internationales bien que cela ne fasse pas intrinsèquement partie de l'accord. Des campagnes militantes ont tenté de faire pression sur les gouvernements pour qu'ils ne prennent pas de mesures de lutte contre la contrefaçon mais renforcent plutôt les réglementations concernant les médicaments pour garantir leur qualité.

Les prix élevés des médicaments brevetés pratiqués par les entreprises pharmaceutiques forcent parfois les gouvernements à faire des choix quant aux personnes qui sont prioritaires pour les traitements. Les travailleurSEs du sexe et leurs familles, déjà marginaliséEs et stigmatiséEs, pourraient se retrouver en dernière ligne pour recevoir le traitement.

Les négociations pour les Accords sur les ADPIC-plus se passent souvent en secret et ne sont pas rendues publiques. Le grand public, et notamment les travailleurSEs du sexe, doit être informéEs des réglementations commerciales qui concernent l'accès des personnes séropositives aux médicaments. Les gouvernements ne font pas d'efforts suffisants pour faire participer les parties concernées aux prises de décisions. En Malaisie par exemple, les ONG ne sont pas impliquées. Les travailleurSEs du sexe et d'autres militantEs ont besoin d'acquérir les compétences nécessaires pour que cette situation change et que les groupes de pression ne puissent plus faire de gros bénéfices au dépend de la santé publique.

Les travailleurSEs du sexe et d'autres militantEs ont besoin d'acquérir les compétences nécessaires pour que cette situation change et que les groupes de pression ne puissent plus faire de gros bénéfices au dépend de la santé publique.

Les Recommandations



La législation et les droits

Les gouvernements devraient abroger les lois qui criminalisent le travail du sexe, l'exposition au VIH, la non-divulgateion de la séropositivité et la transmission du virus, les rapports sexuels entre personnes du même sexe, l'identité transgenre et les comportements qui y sont associés, la consommation de drogues ainsi que les infractions administratives et civiles qui sont utilisées contre les travailleurSEs du sexe comme par exemple les lois sur le trouble de l'ordre public. Ils devraient aussi abroger ou modifier les lois de lutte contre la traite humaine qui font l'amalgame entre le travail du sexe et la traite ou qui sont appliquées pour interdire le travail du sexe.

Le harcèlement et la violence policiers que subissent les travailleurSEs du sexe doivent cesser ce qui leurs permettra de pouvoir travailler dans de bonnes conditions.

Il faudrait introduire une législation sur les normes de travail ainsi que sur la sécurité et la santé au travail pour protéger les droits des travailleurSEs du sexe.

Les lois anti-discriminations doivent être modifiées pour interdire spécifiquement les discriminations basées sur la profession (y compris le travail du sexe), l'état de santé (y compris le statut sérologique réel ou supposé), l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Les travailleurSEs du sexe devraient pouvoir participer à la réforme des lois pour garantir qu'elles leurs soient bénéfiques et des financements devraient être mis à disposition pour encourager leur participation.

Les travailleurSEs du sexe, les personnes séropositives et d'autres communautés marginalisées devraient pouvoir accéder à des logements convenables ainsi qu'aux aides sociales et économiques.

Les migrantEs devraient pouvoir avoir accès à des soins de santé (notamment les traitements contre le VIH) sans crainte que leur séropositivité ou leur situation vis-à-vis de l'immigration soit révélée aux autorités.

Les financements

Les conditions de financements devraient être respectueuses des droits humains et celles qui ne le sont pas devraient être abrogées comme par exemple l'« engagement anti-prostitution » de PEPFAR.

Les conditions de financements devraient être respectueuses des droits humains et celles qui ne le sont pas devraient être abrogées comme par exemple l'« engagement anti-prostitution » de PEPFAR.

Toutes les initiatives de lutte contre la traite humaine devraient être basées sur la réalité des faits, être respectueuses des droits humains et se faire aussi en concertation avec les travailleurSEs du sexe.

L'émancipation des communautés de travailleurSEs du sexe

Une collaboration avec les travailleurSEs du sexe est nécessaire pour développer des stratégies permettant de résoudre les problèmes structurels qui contribuent à accroître leur vulnérabilité au VIH.

Comme il est mentionné dans les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la santé concernant les travailleurSEs du sexe, tous les programmes destinés aux travailleurSEs du sexe devraient être dirigés par des travailleurSEs du sexe et encourager l'autodétermination et l'émancipation de la communauté.

Les organisations dirigées par des travailleurSEs du sexe devraient travailler en collaboration avec les

ONG pour joindre leurs efforts dans la lutte pour les droits humains. La société civile et d'autres groupes communautaires doivent aussi reconnaître que la stigmatisation dont souffrent les populations clés affectées est encore souvent présente dans les espaces et les forums communautaires. Les différents groupes militant pour les traitements devraient travailler ensemble.

Les formations dirigées par des travailleurSEs du sexe devraient être soutenues dans leur combat contre la discrimination, la stigmatisation et les comportements fondés sur des préjugés des prestataires de services dont souffrent les travailleurSEs du sexe, les HSH, les personnes transgenres, les usagers/ères de drogues et d'autres communautés marginalisées.

Les travailleurSEs du sexe et leurs alliés devraient mettre les gouvernements face à leurs responsabilités de protéger et de promouvoir le droit des citoyenNEs à la santé.

La réduction des risques et la prestation de services de santé

Les programmes de lutte contre le VIH devraient fonctionner dans le respect des droits humains et garantir des services de soins et de traitement des personnes séropositives qui soient exhaustifs, accessibles et fondés sur la réalité des faits, des services de soins de santé primaire ainsi que des services de soins de santé sexuelle et reproductive.

Les usagers et les usagères de drogues devraient pouvoir avoir accès à des services de santé efficaces, notamment des services de réduction des risques (y compris l'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et des services de consommation sous surveillance) et des programmes de traitement de la toxicomanie qui soient volontaires et qui se basent sur les faits.

Les personnes qui sont en prison devraient, au même titre que le reste de la communauté, avoir accès à des soins de santé liés au VIH, notamment des antirétroviraux, des aliments nutritifs et des suppléments ainsi que du matériel de prévention du VIH et des IST et du matériel pour une consommation de drogues sans danger.

Comme il est mentionné dans les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la santé concernant les travailleurSEs du sexe, tous les programmes destinés aux travailleurSEs du sexe devraient être dirigés par des travailleurSEs du sexe et encourager l'autodétermination et l'émancipation de la communauté.

Il faut mettre à disposition les ressources humaines et l'expertise nécessaire en matière de soins et de traitement du VIH pour pouvoir traiter plus de patientEs en particulier en dehors des principaux centres urbains. Il faudrait aussi mettre en place un modèle de traitement décentralisé pour que les travailleurSEs du sexe et leurs familles n'aient pas à déménager dans les grandes villes pour se faire traiter.

Les travailleurSEs du sexe devraient pouvoir avoir accès aux services de soins de santé sans qu'on leur demande d'arrêter le travail du sexe.

Les travailleurSEs du sexe devraient pouvoir avoir accès aux services de soins de santé sans qu'on leur demande d'arrêter le travail du sexe.

Les accords commerciaux internationaux

Les gouvernements devraient refuser d'accepter prématurément les exigences de l'Accord sur les ADPIC concernant la propriété intellectuelle, rejeter les normes de l'Accord sur les ADPIC-plus concernant la législation nationale et les traités internationaux et s'abstenir de faire pression sur d'autres pays pour qu'ils adoptent les mesures de l'Accord sur les ADPIC-plus. En outre les gouvernements devraient profiter au maximum des « flexibilités » mises à disposition par l'Accord sur les ADPIC et d'autres accords similaires et modifier les lois sur les brevets pour assurer la protection et la promotion du droit des personnes à l'accès aux médicaments.

Références

ACTION/TB Europe Coalition, 2012, *Bridging the Gap: Why the European Union Must Address the Global Fund Funding Crisis to Tackle the Escalating HIV and TB Epidemics in Eastern Europe and Central Asia*

AVERT, n.d., "HIV & AIDS Treatment in the United States of America", disponible en ligne à www.avert.org/aids-treatment-america.htm (visité le 2 juillet 2013)

Baker, B.K., 2011, "ACTA – Risks of Third-Party Enforcement for Access to Medicines", *Law Review*, 26(3), p. 579–99

Best Practices Policy Project (BPPP), 2011, *Appeals Court Rules on Anti-Prostitution Loyalty Oath*, disponible en ligne à www.bestpracticespolicy.org/2011/07/08/2011_aplo_ruling (visité le 26 novembre 2013)

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), 2012a, *CDC Fact Sheet – HIV in the United States: Stages and Care*

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), 2012b, *HIV in Correctional Settings*

Correa, C.M., 2004, "Ownership of Knowledge – The Role of Patents in Pharmaceutical R&D", *Bulletin of the WHO* 82, p. 784–790

El Said, M. & Kapczynski, A., 2011, *Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy*, document de travail préparé pour la troisième réunion du Groupe technique consultatif de la Commission mondiale sur le VIH et le droit

Commission européenne, 2010, *EU's Relations With Central Asia – Partnership & Cooperation Agreements*, disponible en ligne à http://ec.europa.eu/external_relations/central_asia/pca/ (visité le 27 janvier 2014)

Commission européenne, 2013, *Press Release: Georgia and Moldova One Step Closer to a Privileged Trade Relation With the EU*, disponible en ligne à <http://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=994> (visité le 27 janvier 2014)

Réseau mondial pour et par les personnes vivant avec le VIH (GNP+), Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF), Réseau international des usagers de drogues (INPUD), Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP) et la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC), 2013, *Access Challenges for HIV Treatment among People Living with HIV and Key Populations in Middle-Income Countries*

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO), 2012, *Urgent Immigration Law Changes*, disponible en ligne à http://halco.org/wp-content/uploads/2012/05/Immigration_Law_Changes-2012May_HALCO.pdf (visité le 8 novembre 2013)

Projet de l'Open Society Institute sur la santé sexuelle et les droits (SHARP), 2006,
Sex Worker Health and Rights: Where is the Funding?

ONUSIDA, 2009, Note d'orientation sur le VIH et le travail du sexe

ONUSIDA, 2010, *The Status of HIV in the Caribbean*

ONUSIDA, 2013, Rapport mondial

Groupe d'UNAIDS référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme, 2012,
*The Global Fund and the Crisis of HIV Funding – A Severe Setback for HIV and Human Rights:
Statement and Recommendations*

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2013, *Global Update on HIV Treatment: Results,
Impact and Opportunities*



Réseau mondial des projets sur le travail sexuel
Promouvoir la santé et les droits humains

The Matrix, 62 Newhaven Road
Edinburgh, Scotland, UK, EH6 5QB
+44 131 553 2555
secretariat@nswp.org
www.nswp.org

Le NSWP est une société limitée à but non lucratif,
Company No. SC349355

