



# RéPI

## Travailleuses du sexe et VIH

Les travailleuses du sexe ont été les premières à se prémunir des risques de l'épidémie de sida et des IST en systématisant l'usage du préservatif et en s'impliquant dans des structures de santé communautaire. Aujourd'hui, quelle est la place réelle des personnes prostituées dans la lutte contre le sida ? Quelles sont leurs spécificités face à l'épidémie ? Alors que l'épidémie ne cesse de progresser et de se féminiser, nous constatons que les travailleuses du sexe sont de plus en plus souvent sollicitées, notamment dans les pays du Sud pour participer à des essais de traitements préventifs (microbicides, vaccins...). Ces essais sont porteurs de nombreux espoirs, mais ils ne répondent pas toujours aux règles éthiques indispensables et privilégient les intérêts des promoteurs au détriment de la santé des personnes prostituées. Quelles actions est-il possible d'envisager pour renverser cet état de fait ? Le système abolitionniste français empêche pour les travailleuses du sexe l'ouverture de droits sociaux liés à une activité professionnelle. Dans quelle mesure cette discrimination remet-elle en cause l'accès aux soins pour les personnes prostituées ? Depuis l'instauration en France de la loi pour la sécurité intérieure (LSI) en 2003, la répression policière s'est fortement accrue à l'encontre des travailleuses du sexe. Les conséquences ont été immédiates : baisse des revenus, isolement croissant, généralisation des violences, détérioration des conditions de travail. Dans ces conditions, comment les personnes prostituées parviennent-elles à se protéger du vih et des IST ? Et, indépendamment de la LSI, comment doit-on envisager les questions de prévention dans le cadre de la vie privée ?

## InvitéEs

- Melissa Ditmore (Research for Sex Work) ;
- Isabelle Schweiger (Grisélidis) ;
- Diane Gobeil (Cabiria).

Cette Réunion publique d'information s'est tenue le Mercredi 26 janvier de 18 à 21 heures, dans les locaux de Cabiria, 7 rue du puit Gaillot, Lyon 1<sup>er</sup> arrondissement. De 18 à 21 heures.

# Les travailleuses du sexe

## Introduction et présentation

### **Fabrice Pilorgé (Act Up-Paris)**

Merci à tous d'être présents. Bienvenue à la 51<sup>ème</sup> RéPI d'Act Up-Paris, co-organisée avec Cabiria et Act Up-Lyon. Nous avons commencé ces réunions d'informations médicales peu après la mise sur le marché des antiprotéases, qui ont permis l'élaboration des trithérapies en combinant plusieurs molécules. Les ARV permettent de contrôler le virus ; nous avons même cru, et plus particulièrement les scientifiques, pouvoir éradiquer le virus. Nous nous sommes très vite aperçus que les ARV étaient difficile de les prendre tous les jours par ce qu'ils provoquaient de lourds effets indésirables. Qui plus est, ils ne permettaient pas d'éradiquer le VIH et jusqu'à preuve du contraire, il faudrait que les séropos les prennent toute leur vie. C'est dans ce contexte qu'Act Up-Paris a décidé d'organiser ces réunions. Habituellement, ces réunions mettent en présence des scientifiques, des chercheurs qui viennent exposer à la communauté les résultats de leurs recherches. Leurs présentations sont semblables à celles qui ont lieu dans les grandes conférences internationales, à la différence près que nous leur demandons de prendre plus leur temps pour exposer les résultats de leurs recherches afin qu'ils soient accessibles à tous. Les RéPI cherchent donc de mettre en présence le savoir constitué, universitaire et scientifique des chercheurs face aux savoirs des personnes vivant avec le VIH. A cela deux raisons : la première est de permettre un accès à

l'information la plus pointue possible de façon compréhensible; l'autre raison est plus militante, elle consiste à montrer aux personnes vivant avec le VIH et suivis par un médecin que le discours de celui-ci est empli d'enjeux sociaux. La RéPI a pour objet de démontrer que la science et la médecine ne se limitent pas à un savoir mais porte aussi un discours. La forme du discours du médecin est parfois rigide ce qui peut effrayer les personnes vivant avec le VIH qui n'osent pas dans de telles circonstances contredire ou réagir face à ce savoir/discours. Le but de la RéPI est de donner aux malades des outils qui leurs permettent de devenir véritablement acteurs de leur maladie afin qu'ils ne soient plus les cantonner au rôle de sujet de la médecine devinent les partenaires, à part entière, des médecins.

Ces réunions d'information sont organisées par la commission Traitements & Recherche d'Act Up-Paris, qui compte seize membres dont les trois quarts sont séropositifs. Nous essayons habituellement, d'aborder toutes les questions relatives au domaine thérapeutique.

Nous avons souhaité étendre ce modèle en le modifiant quelque peu et faire ce qu'on appelle des RéPIs alternatives qui n'abordent pas de sujets médicaux précis. Les thèmes de ces réunions sont pensés à partir des personnes et des communautés et de leurs spécificités face au VIH. La première RéPI de ce type s'intitulait « Enfants et VIH » et fut co-organisée à Paris avec SolEnSi. La seconde s'intitulait « Interactions médicamenteuses entre les drogues et les ARV ». Et aujourd'hui se tient cette réunion qui a pour thème « Travailleuses du

sexe et VIH ». Ce projet s'est élaboré et enrichi avec des rencontres notamment de Diane Gobeil et Melissa Ditmore qui interviendront plus tard. Le dispositif mis en place ce soir est différent de celui qui a été élaboré à Paris. Cette salle est plus conviviale que le théâtre dans lequel se déroulent les Répét à Paris et, ici, les experts et les contre experts sont des personnes militantes qui possèdent une véritable expertise et qui vivent la question au quotidien, que ce soit les intervenantes ou le public.

Nous avons prévu trois interventions. Malheureusement, Isabelle Schweiger de Grisélidis est absente suite à une grève surprise de la SNCF. Elle devait aborder le thème de « La prévention dans le cadre de la vie privée et professionnelle après l'instauration de la Loi sur la Sécurité Intérieure ». Diane Gobeil interviendra sur le thème de « L'accès aux soins lors du travail de nuit » et Melissa Ditmore sur « L'éthique dans les essais incluant des travailleuses du sexe ».

Avant de laisser la parole à Diane, je voudrais vous faire part de notre fierté d'avoir organisé cette réunion en collaboration avec Cabiria qui nous accueille ici ce soir. Nous tenons à les remercier encore une fois.

Diane est animatrice de prévention à Cabiria depuis quatre ans. Elle est particulièrement impliquée dans la lutte contre le sida car elle est elle-même séropositive depuis plus de vingt ans. Elle est également cofondatrice de Stella, association de santé communautaire de Montréal, au Canada, qui milite pour le droit des personnes prostituées à travailler en sécurité et dans la dignité.

## **I - Accès aux soins lors du travail de nuit.**

### ***Diane Gobeil (Cabiria)***

#### **L'ÉDUCATION PAR LES PAIRS**

Je ne saurais évoquer le thème de l'accès aux soins lors du travail de nuit sans évoquer ma vie de travailleuse du sexe dans une association communautaire. Ce qui prime à mon sens est l'éducation par les pairs. L'éducatrice est une personne qui a vécu les mêmes choses que les personnes auprès de qui elle intervient. Si j'interviens dans le milieu prostitutionnel à Lyon, c'est parce que j'ai moi-même fait de la prostitution pendant plus de 25 ans et que, depuis plus de 20 ans, je suis séropositive. Pendant plus de 10 ans, j'ai travaillé à Montréal dans un programme d'échange de seringues et

de distribution de préservatifs. Depuis 5 ans, je travaille à Cabiria en tant qu'éducatrice. Je vais vous donner la définition que je me fais de l'éducation par les pairs. Une personne prostituée qui voit arriver dans la rue dans laquelle elle travaille un médecin ou une infirmière en blouse blanche aura le plus grand mal à aller vers cette personne et à discuter avec elle. Dans le cadre de mon travail, je ne suis pas obligé de me prostituer pour faire de l'éducation. Néanmoins, mon expérience en tant que travailleuse du sexe est un atout qui me permet d'acquiescer la confiance des personnes dont je m'occupe à Cabiria. Mon travail en tant qu'éducatrice est vraiment de mettre en lien les personnes de mon milieu avec le personnel médical et social le plus compétent possible et le plus prompt à accueillir dignement des personnes prostituées. Je sais en les orientant vers mes contacts qu'on ne leur dira pas que ce qu'elles font est mal. Avant de référer quelqu'un vers une personne compétente, je vais au préalable m'assurer que la personne qui va la recevoir l'accueillera telle qu'elle est, sans la juger et avec le plus grand respect possible. Je ne suis pas infirmière, ni médecin, ni travailleuse sociale. Je n'ai aucune de ces compétences. Ce travail en amont n'est pas toujours facile et c'est ce qu'on essaie de faire chez Cabiria depuis plus de 10 ans.

### **1) PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES TRAVAILLEUSES DU SEXE**

#### **A - Rendez-vous à l'hôpital**

L'accès aux soins lors du travail de nuit pour une personne vivant avec le VIH est loin d'être évident. Je vais vous raconter le cas d'une personne dont j'ai eu à m'occuper il y a quelques années. Un jour j'accompagne une jeune femme dans un centre de dépistage parce qu'elle s'est fait violer sans préservatif. On lui prescrit une trithérapie d'urgence, on lui fait passer un dépistage du VIH et on lui demande de repasser la semaine suivante. Je l'accompagne lors de ce second rendez-vous dans le même service. Le personnel soignant me fait comprendre que bien heureusement je suis venue, que ma présence facilitera les choses, notamment pour des questions de traduction car ils ont des choses à dire à cette personne. Je comprends immédiatement que cette personne est séropositive. Ce qui était initialement un suivi de prévention suite à un viol devient l'apprentissage de sa séropositivité. Je lui apprends donc la nouvelle. Cette personne est jeune et complètement désemparée. Je lui explique que je suis également séropositive et que la vie n'est

pas encore terminée à condition de se battre. Après l'annonce de sa séropositivité, l'hôpital lui demande de venir une troisième fois. On lui donne des rendez-vous sans lui demander si elle travaille de jour ou de nuit. On lui cale ses rendez-vous à 9h alors qu'elle travaille toute la nuit, de 21h jusqu'à 5h voire 7h. Cette personne vit à l'hôtel et est obligée de se prostituer pour continuer à gagner sa vie. Il est difficile pour une personne qui travaille de nuit de se rendre à 9h à un rendez-vous. J'ai dû m'arranger avec l'hôpital pour que le rendez-vous ait lieu plus tard dans l'après-midi afin que les horaires de cette consultation correspondent à son rythme de vie. Elle se rend donc à son troisième rendez-vous pour passer des examens supplémentaires. Suite à cela, on lui propose un autre rendez-vous afin qu'elle effectue les examens destinés à savoir si elle a besoin d'une trithérapie. Cette kyrielle de rendez-vous et d'examens est conforme au déroulement des premières semaines d'une personne qui apprend sa séropositivité. Pendant deux mois, cette personne a eu de nombreux rendez-vous à l'hôpital pour effectuer des examens sanguins, le test de la tuberculose et les dépistages des infections sexuellement transmissibles. Les médecins n'ont jamais pris en compte le travail de nuit de cette personne et ce fut à chaque fois à l'accompagnateur de négocier les horaires des rendez-vous pour que la personne soit la plus à l'aise possible et que son suivi médical soit le plus simple possible à intégrer dans sa vie.

#### **B - Peur de la stigmatisation**

Mais cette personne est précaire, elle doit continuer à travailler pour gagner sa vie et se payer sa chambre d'hôtel et sa nourriture. Il faut aussi prendre en considération que cette personne a du mal à dire à son médecin qu'elle se prostitue et qu'elle doit travailler la nuit, ce qui lui donne les plus grandes difficultés pour se rendre à des examens qui sont fixés en début de matinée. Dans ce genre de situation, je négocie avec le médecin pour qu'il fasse une ordonnance afin que les examens soient effectués dans un laboratoire de ville. De manière générale, les filles préfèrent attendre d'avoir confiance en leur médecin pour leur annoncer leur profession.

#### **C - Conditions sanitaires**

Lorsque cette personne a eu besoin de prendre une trithérapie, le médecin a décidé de la mettre sous Kaletra®. Je suis une nouvelle fois intervenu en expliquant que ce médicament avait besoin d'être conservé au frais et que cette personne n'avait pas accès à un réfrigérateur car

elle vivait à l'hôtel. De plus, il est impératif de manger en prenant ce médicament. Tous ces éléments doivent être pris en compte si l'on veut que le suivi médical des personnes puisse être correct. Si je n'avais pas été là pour faire de l'accompagnement et si je n'avais pas cette connaissance en matière de traitement, je ne pourrais pas faire un bon accompagnement car, en l'occurrence, cette fille n'osait toujours rien dire. Une personne vivant à l'hôtel a plus de difficultés matérielles à réunir les conditions favorables au bon suivi d'un traitement. J'ai les moyens d'expliquer au médecin la situation de cette personne et la possibilité de lui proposer des combinaisons de traitements adaptées à ses conditions matérielles et à son rythme de vie.

#### **D - Planning quotidien de la prise des traitements**

De la même manière, le médecin ne lui a expliqué les modalités de la prise de ses traitements sans aucune flexibilité et sans aucune possibilité de les adapter à son mode de vie. Le médecin lui avait dit de prendre sa trithérapie le matin à 7h, puis à midi et le soir avant de se coucher. Mon rôle est ensuite de repenser les horaires de prise de traitement en fonction du rythme de vie de cette personne. Je lui demande à quelle heure elle commence à travailler puis je décale simplement les heures. Je lui explique qu'elle doit prendre son traitement en se levant et peu importe s'il est midi lorsqu'elle se lève. J'ai déjà rencontré des filles qui mettaient leur réveil pour prendre leur traitement à 7h comme le leur avait dit le médecin. Et si elle déjeune à 16h, elle doit prendre son traitement à cette heure-là et enfin à 5h lorsqu'elle rentre du travail et va se coucher. Cette prise décalée de la trithérapie me vient directement de mon expérience personnelle. Je le fais moi-même lorsque je travaille de nuit. Les horaires de prise de traitement sont conçus pour des personnes qui travaillent de jour. Il suffit pourtant d'expliquer qu'il est possible de décaler les horaires tout en respectant le laps de temps nécessaire entre chaque prise de traitement et que cela ne nuit pas à la qualité du traitement. Si ce travail d'explication mené par les éducateurs n'existait pas, il y aurait le risque que la personne ne suive pas son traitement car il serait trop compliqué à prendre par rapport à ce qu'il aura été indiqué. Le fait d'avoir une mauvaise observance à un traitement peut entraîner le développement de souche résistante.

#### **E - Orientation professionnelle ?**

Très souvent, les médecins qui connaissent la

situation professionnelle de leurs patientes qui sont travailleuses du sexe pensent qu'elles doivent changer de travail car elles sont séropositives. Je ne peux m'empêcher de leurs demander ce que ça changerait si elles arrêtaient. On ne peut pas empêcher toutes les personnes séropositives d'avoir des relations sexuelles. La part de responsabilité revient à chacun dans la prévention et ce que j'enseigne aux personnes séropositives au même titre qu'aux personnes prostituées, c'est que nous ne sommes pas dangereuses pour les autres mais que ce sont les autres qui sont dangereux pour nous. J'ai déjà entendu certains médecins faire des remarques telles que: « Elle va arrêter de se prostituer maintenant qu'elle sait qu'elle est séropositive ». Je suis à chaque fois surprise par ce genre de commentaire et je demande toujours pourquoi. Leur réponse est qu'elle peut contaminer les clients. Ce n'est en rien un argument valable. Je ne comprends pas pourquoi une prostituée séropositive devrait s'arrêter de travailler. Cela sous-entend qu'il faudrait rendre obligatoires les tests de dépistage pour les travailleuses du sexe. Ce genre de réflexion est une porte ouverte à l'exclusion. La majorité des personnes prostituées qui ont été contaminées par le VIH l'ont été en dehors de leur vie professionnelle. Lorsqu'une travailleuse du sexe exerce son métier, elle utilise systématiquement le préservatif. Mais quand elle entretient une relation avec un homme, celui-ci affirmera qu'il n'est pas un client et qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser le préservatif et c'est souvent dans ce cadre que la majorité des prostituées sont infectées. Il y a vraiment peu de contaminations dans le cadre du travail, en tout cas dans les pays développés.

## **2) TRAVAILLEUSE DU SEXE ET SÉROPOSITIVE**

Je suis séropositive et si je ne faisais pas attention en ne mettant pas de préservatif et en n'étant pas observante à mon traitement, je pourrais attraper une maladie vénérienne qui pourrait m'être mortelle. Tandis que pour une séronégative, ce genre de maladie se guérit en quelques jours avec un traitement. Il est primordial que j'ai une bonne observance à mon traitement, que je fasse attention à moi et que je surveille les risques de surinfection. Etre à la fois personne prostituée et séropositive combine deux facteurs isolants. Peu de personnes souhaitent en parler. Je suis séropositive et co-infectée par le VHC. J'ai toujours été très franche sur mon statut sérologique, y compris dans mon cadre professionnel.

## **A - Le préservatif : une négociation permanente.**

J'ai eu des collègues qui disaient aux clients de ne plus venir me voir parce que j'étais séropo. Des prostituées ont essayé de me convaincre de changer de coin pour que je ne contamine pas les clients qui venaient. Ensuite des clients sont venus me voir en me disant que des filles leurs avaient affirmé que j'étais séropo. Un client régulier m'a expliqué que c'était la raison pour laquelle il ne venait plus me voir. Je lui ai rappelé que je n'avais jamais mis sa vie en danger puisque ont avaient toujours utiliser des préservatifs. Je lui ai demandé s'il trouvait plus rassurant de ne pas mettre de préservatif avec une fille qui se déclarerait séronégative. J'ai déjà vu des clients qui avaient un petit macaron de la Croix-Rouge, affirmant être séronégatif puisqu'ils donnaient régulièrement leur sang et qui négociaient une fellation sans préservatif.

Il y a de manière générale de plus en plus de clients qui veulent des passes sans préservatifs. Quand je rencontre des clients qui ne veulent pas mettre de préservatif, je me sens alors contrainte de leur divulguer ma séropositivité. Ils n'y croient pas forcément en disant que j'ai l'air d'être en forme ce qui ne signifie rien. Les clients pensent que je mens et que j'élabore une stratégie différente pour imposer le préservatif. Je pars du principe que si je me protège, je protège aussi les autres.

## **B - L'importance d'un bon suivi médical**

Un suivi lors d'un travail de nuit n'est pas évident et cependant primordial. Je suis séropositive depuis 20 ans. La plupart de mes amies contaminées à la même époque sont mortes depuis. En 20 ans, j'ai vu de nombreux médecins et j'ai eu un suivi très régulier. Je suis sous trithérapie depuis 3 ans et ma situation s'est stabilisée et avant cela, j'avais un suivi médical tous les trois mois et cela depuis le début de ma séropositivité. De nombreuses personnes ne nécessitant pas encore de traitement pensent qu'elles n'ont pas besoin d'un suivi régulier parce qu'elles ne sont pas encore malades. Des amies sont mortes parce qu'elles avaient mis de côté leur maladie et à un moment donné, elles ont découvert des pathologies à un stade très avancé et par conséquent plus difficile à guérir. Avant l'arrivée des trithérapies, le manque de suivi et de dépistage des maladies opportunistes à amener des amies dans une situation où il était trop tard pour les sauver. Si après 20 ans, je suis encore en bonne santé c'est parce que très tôt je me suis rendu compte que ma santé était la chose la plus importante, que c'était mon capital bien-

être et que je devais absolument la préserver. Beaucoup de personnes apprenant leur séropositivité ont du mal à se mettre en tête l'importance d'un suivi régulier et de se protéger. Cela peut être difficile pour plusieurs raisons. Il faut d'abord apprendre à négocier avec son médecin. S'il ne nous convient pas, nous avons toujours la possibilité d'en changer. Je me suis rendu compte que dans mon pays d'origine, le Canada, les gens avaient fait un grand travail à ce sujet. Alors que cela débute à peine ici en France.

### **C - La négociation avec le médecin**

Il faut être en mesure d'expliquer à son médecin comment on se sent, quelle attente on a envers lui et comment il peut nous aider dans nos démarches. Ce qui arrive fréquemment, ce sont les personnes qui écoutent leur médecin sans être capables de leur dire que ça ne leur convient pas. Cette timidité est peut-être due à l'autorité qu'on prête aux médecins, on les imagine plus intelligents, plus savants. Mais si on ne leur explique pas notre mode de vie, ils ne pourront pas le deviner et adapter le traitement à notre rythme. Une bonne discussion avec le médecin est importante. Les associations avec les accompagnateurs, les infirmières et les personnes qui ont vécu la même chose au préalable font un bon relais entre les patients et les médecins.

Le travail de nuit est contraignant et fatiguant. A cela s'ajoute le harcèlement policier qui est clairement une entrave à la prévention. L'instauration de la LSI a entraîné de nombreuses difficultés. A présent, de peur d'être embauchée par la police, on prend le premier client venu et on s'expose plus facilement à l'insécurité. Les clients en profitent, ils disent eux-mêmes de nous dépêcher de monter sinon on risque de se faire arrêter par la police. Nous sommes aussi contraintes d'accepter des rémunérations de plus en plus basses. Nous sommes les victimes d'une véritable chasse aux sorcières et de simples automobilistes nous demandent de déguerpir.

**Fabrice Pilorgé :** J'aimerais que tu développes la question de l'observance et que tu expliques en quoi il est important d'être observant à son traitement. Être observant à son traitement signifie le prendre tous les jours, à des heures régulières. Pourquoi est-il difficile de l'être d'après ton expérience personnelle et aussi d'après ton travail d'animatrice de prévention chez Cabiria ?

Tu pourrais aussi revenir sur la question de la surinfection car c'est finalement quelque chose

d'assez mal documentée d'un point de vue scientifique.

Est-ce que tu pourrais expliquer ce que tu appelles « aller trop loin dans la maladie » ?

### **D - L'importance d'une bonne observance**

Les effets indésirables d'une trithérapie peuvent être lourds et pénibles. La trithérapie que je prends maintenant me convient. La précédente me faisait faire chaque nuit des cauchemars et je ne pouvais fermer l'œil. Il m'était difficile de me lever et d'être en forme pour aller travailler le lendemain matin. J'étais sous Sustiva® et j'ai voulu arrêter de prendre ce traitement. Cela n'avait aucun sens de continuer à le prendre. J'ai pu en parler à mon médecin et j'ai essayé une autre combinaison. Je prends à présent du Trizivir® qui me va bien. Je ne prends qu'un comprimé le matin et le soir. Il existe cependant d'autres traitements dont l'observance est plus difficile à respecter. Têtu + a mis en place un très bon outil où sont listés tous les traitements et l'observance qui y correspond. Si on ne prend pas son traitement tous les jours, on peut alors développer des souches résistantes aux médicaments. Des chercheurs atténuent ces propos. Mais les souches résistantes sont réelles et plus on avance dans les trithérapies et plus on se rend compte des difficultés. C'est assez difficile à mettre en place quand je travaille de nuit, je suis obligée de différer les horaires de mes prises de médicaments en fonction de mon rythme de vie.

Après chaque prise de médicament, je suis beaucoup plus fatiguée. Si je travaille de nuit et que je prends mon traitement à 23h00 comme si ensuite j'allais me coucher, je serais dans l'incapacité d'aller taper, je ne me sentirai pas bien. Ce qui prime est de mettre en place son propre horaire avant de débiter le traitement pour être ensuite en mesure d'organiser sa vie autour du traitement pour être certain de le prendre convenablement. La trithérapie est la seule chose qui nous maintienne en vie. Elle fait partie intégrante de ma vie. Les effets secondaires peuvent être encore plus forts, plus amplifiés chez d'autres personnes. Ils préfèrent alors arrêter leur traitement. Je conseille vivement aux gens de ne jamais décider seul d'arrêter leur traitement. Il faut dans ces cas-là en discuter avec son médecin afin d'essayer d'autre combinaison qui pourraient les satisfaire.

**Fabrice Pilorgé :** Les effets indésirables varient d'une personne à l'autre. C'est un phénomène assez inégal, presque injuste. A Act Up-Paris, des gens prennent des trithérapies depuis 1996 et n'ont aucun problème alors que d'autres

rencontrent de multiples complications. Il est toujours possible de changer de traitement et de négocier avec son médecin. Il n'est pas là pour vous imposer quelque chose mais pour négocier avec vous ce qui vous convient le mieux. Il existe une très large gamme thérapeutique et beaucoup de recherches ont été faites pour évaluer les différentes stratégies thérapeutiques et les différentes combinaisons possibles.

On travaille aujourd'hui sur les arrêts de traitement. Le médecin doit s'adapter à vous. Il faut intégrer le fait que le médecin ne sait pas tout. Sa connaissance est avant tout médicale, technique. Il ne vous connaît pas vous patient.

### QUESTIONS DU PUBLIC.

**Inconnu :** Je suis séropositif depuis 20 ans. Il y a actuellement dans le milieu gay un relâchement dans l'utilisation du préservatif. En est-il de la même chose chez les personnes prostituées ? Est ce que les clients préfèrent payer plus pour ne pas mettre de préservatif ?

Il y a une tendance qui veut que les pédés séropositifs baisent entre eux. Est ce que ce schéma se retranscrit chez les prostituées ? Je pose cette question car il y a de gays séronégatifs qui veulent devenir séropositifs, des séropos qui ne veulent plus se protéger. Phénomène qui existe aussi chez les hétérosexuels alors pourquoi pas chez les prostituées.

**Diane Gobeil (Cabiria) :** La prostitution, le travail du sexe est un travail. On ne s'éclate pas en faisant ce métier, c'est un travail. Ces dernières années, il y a effectivement une hausse des demandes de rapports sexuels non protégés chez les clients. Ils disent que le risque zéro n'existe pas mais qu'il est tout de même rare qu'une fellation sans préservatif permette une transmission du VIH même si moi-même je suis séropositive. A présent, ce sont les clients qui nous font de l'éducation. Je suis d'accords avec cet argument. Dans le cadre de ma vie privée, je peux faire une fellation sans préservatif à mon ami. C'est mon affaire et cela me regarde. En ce qui concerne mon travail, je ne peux pas me permettre de le faire. Tout est une question de fréquence. De plus en plus de clients demandent des rapports sans capotes. Je ne suis pas d'accords pour dire que les travailleuses du sexe sont en adéquation avec ces pratiques pour gagner plus d'argent. Je connais peu de prostituées qui acceptent des rapports non protégés en échange d'une hausse de leur prestation.

**Inconnu :** Je suis prostitué et j'évolue également dans le milieu gay dans lequel il y a effectivement un relâchement quant à l'utilisation du préservatif. Par contre, je ne connais pas de pute, séropo ou pas qui se dit qu'elle s'en fout, ramasse l'argent en pensant que c'est au client de voir et de savoir.

Je vais dans le milieu gay, je vais dans les saunas où là je peux sucer sans capote. Sur les quais où je travaille, jamais. Je suce les clients avec préservatif. Ce sont des clients et il n'y pas de notion de plaisir. Si je prends des risques, cela a lieu uniquement dans le cadre de ma vie privée que ce soit par fatigue d'utiliser la capote ou par dépit.

**Inconnue :** Je tiens à déclarer qu'avant d'être une prostituée, je me considère avant tout comme agent de prévention. On me propose des sommes considérables pour des rapports sans préservatif. C'est à moi de savoir ce que je veux et je mets un préservatif avec chaque client.

**Inconnue :** Les prostituées se protègent. Très souvent des clients essayent de me convaincre de ne pas mettre de capote. Je refuse systématiquement. J'ai une petite fille à charge.

**Diane :** Une maladie vénérienne me met en arrêt de travail du fait de ma co-infection VIH/VHC. Il faut mettre en place une véritable éducation en direction du cadre de la vie privée chez les personnes prostituées qui tiennent à marquer une différence bien nette entre les clients et la personne avec qui elles sont.

### E - Surinfection

En ce qui concerne ce thème, il existe peu de recherche. Je vais davantage parler de mon expérience personnelle. Pendant deux ans, j'étais dans un centre pour femmes séropositives au Canada où je trouvais bizarre qu'il y ait beaucoup de couples séropositifs. Il y avait une maison pour les femmes, l'autre mixte et la troisième pour les hommes. Là où j'étais se trouvaient 18 femmes séropositives dont plus de la moitié était en couple. J'ai pu observer que les femmes mouraient plus vite que leurs maris. Il faut préciser que c'était avant l'arrivée de trithérapies. Je me suis demandé pourquoi les hommes restaient en bonne santé alors que les femmes mourraient plus vite ?

Je me suis fait draguer par des veufs qui voulaient baiser avec une autre femme séropositive pour ne pas mettre de capote. Après la lecture de différentes recherches, des discussions avec des médecins, j'ai pris

conscience de la surinfection que j'avais déjà pu constater au centre.

Lors de relation sexuelle entre deux personnes séropositives, elles se surinfectent. La surinfection peut avoir lieu à chaque fois et de manière de plus en plus virulente. A chaque surinfection, le système immunitaire se défend moins bien. Si la personne qui surinfecte l'autre est sous traitement ou a été en contact avec une autre personne sous traitement, cela devient dangereux. En effet, la personne surinfectée crée une panoplie de résistance qui lui empêche par la suite d'avoir accès à ces traitements parce que la nouvelle transmission par le VIH est accompagnée de résistances à ces traitements. C'est pourquoi j'évite tout risque de surinfection et que depuis plusieurs années je me refuse à avoir des relations sexuelles avec un séropositif parce qu'il se répète à chaque fois la même chose. La grande majorité des hommes séropositifs que j'ai connu dans un cadre privé ne voulaient pas utiliser le préservatif parce que j'étais moi aussi séropositive.

#### **QUESTIONS DU PUBLIC :**

**Inconnue :** Pourquoi les femmes meurent plus vite ?

**Diane :** Les femmes meurent plus vite parce que d'un point de vue biologique, les femmes sont plus sensibles au VIH et l'attrapent plus facilement. Par contre, il est plus difficile pour une femme de transmettre le VIH à un homme. J'ai l'exemple de cette femme qui à chaque relation sexuelle diminuait ses résistances. Des chercheurs ont démontré qu'une personne pouvait être surinfectée plusieurs fois que ce soit par différentes personnes ou par la même. Je regrette mon langage n'est pas très scientifique.

**Christine Hernandez (présidente de Cabiria) :** En effet à l'intérieur de la même personne, il peut se créer des mutations virales. Et même si dans un couple, on s'est fait contaminé par le même virus au départ, celui-ci peut muter selon les personnes. Il peut y avoir une surinfection avec un virus mutant, très dangereux et résistant.

Les études faites montrent que certaines antiprotéases ne se diffusent pas dans le compartiment sexuel. Une charge virale indétectable dans le sang, peut être détectable dans le sperme ou dans les sécrétions sexuelles. Le compartiment sexuel serait en

quelque sorte sous-traité.

J'ai récemment vu dans un couple séropositif, une primo-infection. Le type à l'origine n'avait jamais fait de primo-infection symptomatique. Il a dû se surinfecter ce qui a provoqué une primo-infection comme si c'était la première fois.

On a pu entendre à un moment que c'était un discours moral que de toujours mettre le préservatif, qu'il était important de ne pas se surcontaminer. Aucune grande enquête n'a été réalisée mais il est impossible de nier les expériences des personnes séropositives.

**Diane :** C'est bien que tu parles de la charge virale indétectable. Ma charge virale concernant le VIH et le VHC sont indétectables. Je suis malgré tout consciente que je peux contaminer quelqu'un et c'est la raison pour laquelle je me protège en toute circonstance.

Lors de relations avec des hommes séropositifs dans le cadre de ma vie privée, il est à chaque fois extrêmement difficile de négocier le préservatif à chaque relation sexuelle. Je refuse de baiser sans capote sous prétexte de s'amuser. Il m'est déjà arrivé de me faire pénétrer par un homme durant mon sommeil. Je préfère être avec un homme séronégatif ou qui ne connaît pas son statut sérologique et à qui je dis d'emblée que je suis séropositive pour que l'on puisse toujours mettre le préservatif. Cela protège mon partenaire ainsi que moi-même.

#### **F - Avoir un suivi régulier**

Il y a 20 ans, quand on apprenait sa séropositivité, on ne le disait pas. Et quand on se présentait au service de l'hôpital, le personnel soignant nous accueillait en portant des masques et des gants. Bien heureusement la situation a évolué. Vu le contexte, les séropos refusaient de retourner à l'hôpital en disant que de toute manière, ils savaient ce qu'ils avaient. Des amis me répétaient que j'étais séropositive et que j'allais mourir. Ils ne comprenaient pas pourquoi j'allais faire des examens tous les 3 mois. Je leur répondais que j'avais peur que la maladie évolue, d'être en mauvaise santé. A chaque résultat d'examens, je pouvais comparer avec le précédent pour constater l'évolution de ma maladie.

J'avais une amie qui a appris sa séropositivité en même temps que moi mais qui n'a pas eu le même suivi que moi. On lui a découvert un jour, une tumeur au cerveau de la taille d'une orange parce qu'elle n'avait pas fait de dépistage qui lui aurait permis de débiter un traitement à temps. Il était trop tard. Après 20 ans de maladie, je peux dire que je suis en bonne santé grâce à ce suivi régulier et à mon attention toute

particulière. Je suis en bonne santé, de bonne humeur et j'ai encore beaucoup de projet.

Je me souviens qu'à une conférence aux USA sur les femmes et le VIH, des chercheurs affirmaient qu'une femme qui avait une vie sexuelle satisfaisante avait plus de T4 que les autres. Des copines m'ont charrié en me disant qu'elles comprenaient pourquoi j'avais 800 T4. Je ne laisse le sida me rendre malade. Je suis bien dans ma peau, je travaille, j'ai une vie sexuelle épanouie même avec préservatif. On peut vraiment s'éclater en pratiquant le « safe sex ».

### **G - Les traitements prophylactiques**

**Inconnu :** Quel est le rapport entre effet thérapeutique et ancienneté de l'infection ? Et pourrais-tu parler du traitement d'urgence ? Et quelles sont les possibilités du test d'antigénique ?

**Diane :** Le traitement d'urgence se prend après un rapport sexuel à risque ou lors d'une rupture de préservatif. Il faut se présenter aux urgences et expliquer la situation et la peur d'avoir été exposé au VIH. On prescrit alors une trithérapie.

**Fabrice :** On peut attendre jusqu'à 48 heures. Des recherches ont démontré que le traitement d'urgence était plus efficace quand il était pris dans les 4 heures suivant l'exposition. Il faut aller aux urgences et l'exiger. Beaucoup de médecins sont réticents à prescrire ce traitement d'urgence. Lors de la prescription, il y a une grille de lecture à remplir qui permet au médecin de prendre sa décision. Le médecin urgentiste doit théoriquement appeler l'infectiologue de permanence mais il n'y en a pas toujours. L'une des exigences d'Act Up en la matière était de réclamer que ce soit l'infectiologue qui évalue le risque encouru. C'est pourquoi il est préférable de se faire accompagner et d'exiger absolument le traitement d'urgence.

**Diane :** En tant qu'accompagnatrice, j'ai toujours obtenu des traitements d'urgence. On m'a cependant rapporté des agissements de médecins refusaient ou décourageaient des personnes de prendre des traitements d'urgence.

**Christine :** Les 48 heures sont basées sur le temps d'absorption, le temps que le virus traverse les muqueuses, qu'il aille jusqu'au ganglion avant d'aller se loger dans la circulation générale. C'est à partir de cette hypothèse que se base les 48 heures. Mais il suffit d'un rapport plus violent, plus agressif, lors d'un viol par

exemple pour qu'il y ait un contact plus direct avec le sang où là il est préférable de le faire dans les 4 heures suivant l'exposition. Plus on agit vite mieux c'est. Il y a d'après une enquête faite par des infirmières 80% de réussite lorsque le traitement d'urgence est prit dans les 4 heures. Le traitement d'urgence dure 4 semaines.

**Diane :** Le traitement dure effectivement 4 semaines et les effets secondaires sont très lourds. Un jour, ma dentiste s'est piquée avec une aiguille. Elle m'a viré de son cabinet. Elle s'est rendue chez mon spécialiste et lui a demandé ma charge virale pour vérifier si elle était vraiment indétectable. Elle s'est prescrite elle-même une trithérapie d'urgence. Je suis revenu la voir et elle m'expliquait à quel point elle était malade, qu'elle se sentait fatiguée et elle me demandait comment je faisais pour supporter un tel traitement.

**Christine :** Ces traitements d'urgence se prescrivent aux urgences dans les services qui prennent en charge des personnes séropositives dans les hôpitaux. Les CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) peuvent vous orienter facilement. Les médecins généralistes ne peuvent faire ce genre de prescription, il s'agit uniquement d'une prescription hospitalière qui ne peut se faire qu'au service des urgences.

La circulaire de 2003 a amené des restrictions quant à la prescription des traitements d'urgence et on est revenu aux groupes à risque classiques comme les usagers de drogue, les personnes prostituées. On assiste à une véritable régression. Après, tout dépend des médecins et des services.

Si on rate les 48 heures, on peut passer un test de dépistage du VIH. Après que 3 mois soient écoulés, on connaît les résultats définitifs. Les tests intermédiaires à 6 semaines sont fiables et donne un résultat valide qu'il vaut toute fois mieux refaire après le troisième mois.

**Fabrice :** C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à mentir pour obtenir ce traitement.

## **II - Histoire des travailleuses du sexe dans la recherche médicale.**

**Fabrice :** L'été dernier à Bangkok s'est tenu la XV<sup>e</sup> conférence internationale sur le sida. Cet événement regroupait 15 000 participants : scientifiques, activistes, politiques. Act Up-Paris

se rend dans ce genre de manifestation, pour recueillir des informations scientifiques mais aussi pour faire de l'action publique, c'est à dire rendre publique certains problèmes dont nous avons connaissance. La présence de nombreux médias est un facteur important pour faire émerger nos revendications.

A cette occasion, nous sommes rentré en contact avec Women Network for Unity (WNU), qui est une association cambodgienne de travailleuse du sexe qui dénonçait un essai particulièrement inéthique. Cet essai consiste à tester auprès des personnes prostituées une molécule, le Tenovofir® qui pourrait empêcher l'infection par le VIH en prenant une pilule par jour. La manière dont le promoteur de l'essai et les financeurs ont organisé l'essai était particulièrement inéthique.

Au mois d'avril 2004, lors d'une mission d'Act Up-Paris au Cameroun, nous avons découvert la mise en place d'un essai comparable.

Nous avons donc organisé une action publique avec les travailleuses du sexe cambodgiennes et thaïlandaises lors du symposium de Gilead, le laboratoire qui fourni gratuitement le tenofovir. Nous avons surgi sur scène avec cinquantaine de travailleuses du sexe et quelques activistes sida. Une représentante de WNU a pris la parole pour faire valoir les revendications des travailleuses du sexe qui refusaient d'être incluses dans l'essai aux conditions proposées par le promoteur. WNU avait fait un énorme travail en amont en organisant notamment une conférence de presse en mars 2004. L'action s'est faite en présence de nombreux médias cambodgiens et thaïlandais. A la suite de cette action, le Premier ministre cambodgien a décidé d'interrompre l'essai au cours du mois d'août.

Cet essai continu de se dérouler au Cameroun. Nous tentons en menant une campagne de presse avec des activistes de ce pays de le faire suspendre.

Je vous présente Melissa Ditmore dont l'intervention portera sur le thème de l'éthique dans les essais incluant des travailleuses du sexe. Melissa est chercheuse et universitaire. Sa thèse portait sur le rapport entre le trafic humain et la prostitution. Elle est membre fondatrice du bureau international de Research for Sex Work et représentante des droits humains au sein de NSWP. Melissa est chercheuse et consultante indépendante basée à New York et à Bangkok.

## **Mélissa Ditmore**

### **INTRODUCTION**

Dans l'histoire, les travailleuses du sexe ont été le sujet de plusieurs mesures de santé publique.

Tout a commencé avec l'instauration de mesures préventives contre la syphilis, maladie qui mettait hors de combat jusqu'à un tiers des armées françaises et britanniques au XIXe siècle. Napoléon a instauré un système d'enregistrement des personnes malades et la mise en place d'examens de santé pour les prostituées en France. Ce sont surtout les travailleuses du sexe qui ont été la première cible de cette mesure visant à empêcher la propagation des maladies sexuellement transmissibles – non pas par souci de leur santé, mais plutôt pour protéger les clients et leurs familles « innocentes ». Cette approche a perduré jusqu'aux initiatives de santé publique mis en place en matière de VIH et de SIDA.

Récemment, cette attitude a pris un tournant préoccupant, avec un dédain institutionnel vis-à-vis de la santé et des droits humains des travailleuses du sexe qui participent à des essais cliniques. Ce mépris officiel a été constaté dans les essais microbicides qui ont eu lieu dans les années 80-90, notamment dans un essai de nonoxynol-9 incluant des travailleuses du sexe d'Afrique de l'Est. La durée prévue de l'essai était de deux ans. Après six mois, il était évident que les travailleuses du sexe qui utilisaient le N-9 étaient devenues séropositives plus vite que celles qui ne l'utilisaient pas. Néanmoins, on a laissé se poursuivre l'essai durant dix-huit mois supplémentaires, malgré ce taux élevé de séroconversion. Beaucoup de femmes devenues séropositives auraient pu éviter l'infection.

Dans les années 90, des essais ont été faits en Thaïlande avec des travailleuses du sexe en « debt bondage ». Ces femmes n'avaient pas le choix quant à leurs conditions de travail et leurs participations à l'essai. Elles étaient prisonnières des bordels dans lesquels elles travaillaient. Les essais ont tous été inefficaces, et toutes ces femmes sont mortes à présent.

Comme activiste luttant pour les droits des travailleurs et des travailleuses du sexe, j'ai été satisfaite d'apprendre que les chercheurs qui travaillent sur les microbicides avaient choisi de ne plus se limiter aux seules travailleuses du sexe dans les nouveaux essais. Les microbicides sont particulièrement problématiques par rapport à ce groupe. Les travailleuses du sexe qui ont des rapports sexuels très fréquents ne sont pas pour autant des sujets idéaux pour des essais de produits destinés à la population générale, laquelle ne l'utilisera normalement que deux à trois fois dans la semaine.

## 1) LES ESSAIS TENOFOVIR

Le tenofovir est un médicament produit par Gilead, une société pharmaceutique de taille moyenne. Il est utilisé comme antirétroviral (ARV) en association avec d'autres molécules. Ce médicament a montré son efficacité dans la prévention de la transmission du VIH chez le singe. Des essais débutent alors dans quatre pays africains et au Cambodge pour tester le tenofovir en prophylaxie pour prévenir toute infection par le VIH. C'est donc un usage différent du tenofovir comme traitement VIH. Cet essai doit démontrer la capacité du tenofovir à empêcher l'infection par le VIH chez les humains. Les participantes doivent par conséquent être séronégatives. L'étude prévoit l'utilisation d'un placebo pour comparer les taux de séroconversion dans deux groupes différents : un groupe va recevoir le tenofovir, le deuxième recevra le placebo. Les participantes ne savent pas si elles prennent le tenofovir ou le placebo. Il est probable que les participantes deviennent séropositives au cours de l'essai.

### A - Le contexte

Je vais donc vous raconter tout ce que je peux au sujet de l'essai qui aurait dû avoir lieu au Cambodge, de son arrêt à sa possible reprise. Mon intention est de saisir l'occasion pour parler de la recherche et de l'éthique, et surtout de la possibilité d'améliorer les critères éthiques dans la recherche. En tant que travailleuses du sexe et chercheuses, ces sujets me sont chers.

Le Cambodge est un pays pauvre avec une histoire récente d'une extrême dureté, les armes se trouvent partout, le viol est endémique, et le fossé entre les plus riches et les plus pauvres va au-delà de l'imagination des occidentaux. Les soins médicaux sont rudimentaires et les traitements ARV- distribués par une clinique de MSF- ne sont disponibles que pour deux pour cent des séropositifs, soit près de 3000 personnes.

De nombreux Cambodgiens, les travailleurs et les travailleuses du sexe inclus, vivent dans des conditions d'une extrême pauvreté. Selon le contexte, les rapports sexuels tarifés sont inclus dans une fourchette allant de 1 jusqu'à 20 dollars. La plupart des travailleuses du sexe n'ont pas accès aux soins médicaux, et pour beaucoup de Cambodgiens le prix des soins dépasse largement leur moyen financier. Pour les travailleuses du sexe, même l'aspirine est trop chère. Elles n'ont aucune raison de croire qu'elles vont profiter des résultats de l'essai une fois que celui-ci sera terminé. Vu le nombre de personnes qui reçoivent un traitement ARV au Cambodge, elles n'ont pas torts de rester

méfiantes face à ces promesses.

Les travailleuses du sexe Cambodgiennes travaillent dans différentes sphères. Beaucoup d'entre elles travaillent dans la rue, dans les parcs, dans les environs des gares. Quelques - une d'entre elles travaillent dans des bordels où elles peuvent avoir jusqu'à quinze clients par nuit. D'autres encore travaillent chez elles, et d'autres dans les bars karaoké. Les « beer girls » (les filles à bière) dans les bars et les restaurants vendent aussi du sexe. Celles qui gagnent le mieux leur vie, sont probablement les indépendantes qui travaillent dans les discothèques et les bars fréquentés par des riches clients selon les standards locaux, mais elles ne rencontrent pas de client à chaque fois qu'elles s'y rendent.

### B - Problèmes méthodologiques

La méthodologie utilisée est une question cruciale de l'essai tenofovir. Des essais cliniques comme celui-ci marchent mieux dans les endroits où le taux de VIH dans la population générale est autour de 6 ou 7%. Il n'est pas certain que ce soit le cas au Cambodge : un épidémiologiste a établi un taux d'incidence, c'est à dire les nouveaux cas de VIH aux environs de deux pour cent, selon des examens de sang. Malgré cette évidence assez forte, l'investigateur principal de l'essai a surestimé ce taux à environ 7%, sans apporter de nouvelles données pour le justifier. Les chercheurs doivent faire valoir cette différence notable et préciser l'utilité de faire un tel essai au Cambodge.

Les travailleuses du sexe ne sont pas contre la recherche. En tant que chercheuse et travailleuse du sexe moi-même, la question de la recherche dans ce contexte me tient à cœur. Les travailleuses du sexe ont intérêt à soutenir le développement des protections et des traitements efficaces contre le VIH. La recherche et les essais cliniques y sont indispensables.

## 2) LA MOBILISATION DES TRAVAILLEUSES DU SEXE

### A - Présentation de WNU

L'essai Tenofovir a fait l'objet d'une conférence de presse tenue par Women's Network for Unity (le « Réseau des Femmes pour la Solidarité »), une association de travailleuse du sexe Cambodgiennes qui compte cinq milles membres répartis dans tout le pays. Les extraits de cette présentation ont été fournis par le Womyn's Agenda for Change, une association basée à Phnom Penh qui offre un soutien matériel et technique à WNU.

### B - WNU et le ténofovir

Les travailleuses du sexe se sont vues offrir trois dollars par mois pour participer à l'essai, ainsi que des soins médicaux gratuits pendant la période de l'essai. J'ai passé une semaine chez WNU en juin 2004. J'ai été surprise par les témoignages des travailleuses du sexe approchés dans le cadre de l'essai et de leur rapport avec les chercheurs. Les mêmes histoires me sont parvenues des onze lieux principaux où les travailleuses du sexe exercent leur métier à Phnom Penh. Celles qui ont eu affaire aux personnes associées à cet essai ont souvent parlé de la difficulté à avoir des réponses précises et fiables à leurs questions concernant l'essai. Les questions auxquelles elles n'ont pas reçu de réponses claires étaient « A quelle association appartenez-vous ? » et « Quel médicament testé vous ? ». Dès qu'il est devenu évident que les travailleuses du sexe contactées comprenaient qu'il s'agissait du ténofovir, les recruteurs ont cessé de mentionner le nom du médicament.

Aux questions posées à propos des effets secondaires du ténofovir, elles ont reçu des réponses différentes : qu'il n'y avait pas d'effets secondaires, que les effets étaient insignifiants, ou qu'elles ne devaient pas s'en préoccuper. On leur a aussi dit qu'elles seraient « guéries du VIH » si elles participaient à cet essai. Curieuse histoire à raconter à des sujets expérimentaux dans le cadre d'un essai préventif où elles devraient être logiquement toutes séronégatives : personne ne leur a dit s'il s'agissait d'un essai préventif ou d'un essai sur l'efficacité du ténofovir.

Un nombre surprenant de travailleuses du sexe présentes à une réunion par WNU m'ont affirmé que les recruteurs leurs avaient dit qu'ils étaient d'Oxfam, ONG qui est le parrain de Womyn's Agenda for Change. Si c'est ce qu'on leur a dit, c'est un mensonge flagrant. J'ai entendu la même histoire répétée par des gens venant de quartier différent, qui n'avaient pas la possibilité de savoir que d'autres m'avaient déjà raconté la même chose. Je suis donc disposée à les croire. Je ne peux pas dire si ces approximations sont en partie dû à des erreurs de traduction, mais la quantité de personnes qui m'ont signalé des incidents étranges ou douteux autour de cet essai au Cambodge m'a convaincu que si, je me trouvais dans la même situation, je n'y aurai pas participé non plus. On est obligé de se demander ce que les chercheurs ou les recruteurs avaient à perdre s'ils avaient été honnêtes par rapports aux objectifs de l'essai. Ce manque de transparence a provoqué le mécontentement extrême des travailleuses du

sexe et puis le boycott de l'essai. C'est ce qui a incité les travailleuses du sexe à tenir une conférence de presse et, ensuite avec le soutien d'Act Up-Paris, à organiser une manifestation pendant le symposium de Gilead à la conférence internationale sur le VIH à Bangkok. Cette action a été évoquée diversement par la presse : quelques articles se sont moqués des revendications des travailleuses comme avoir des soins gratuits à long terme, mais d'autres y ont été plus favorables. Finalement, le Premier ministre Cambodgien, qui n'est pas connu pour sa promotion des droits de l'Homme- a mis fin à l'étude au Cambodge, pour des motifs invoquant les droits humains.

Où sont les points importants ?

Ces événements répétés pendant le recrutement indiquent très nettement les dangers d'un conflit d'intérêt : si les recruteurs ont intérêt à recruter un maximum de candidates pour cet essai, le risque de problèmes éthiques pour des raisons matérielles ou financières devient très élevé.

### C- Le besoin d'une vraie inclusion

Une activiste qui a une longue expérience de la recherche avec des populations stigmatisées a estimé que la présentation de l'essai ténofovir ressemblaient à beaucoup d'autres études qu'elle avait vues : « Ça à l'air très bien sur le papier, mais l'implantation sur le terrain par les employés est affreuse. »

Il est possible de régler ce problème récurrent en stimulant le dialogue, afin que les participantes puissent communiquer leurs soucis directement aux chercheurs. La deuxième étape est la discussion, afin de trouver des solutions acceptables pour tous. Cela demande un engagement de la part des chercheurs envers les participantes à l'essai et la communauté. Cela nous amène directement à une question plus difficile : qu'est ce que la communauté et par qui est-elle définie ? Il est essentiel d'inclure les populations les plus marginalisées et de demander leur inclusion de façon significative. Il est inacceptable que l'inclusion ne consiste qu'en une représentation symbolique qui, par la suite, est encore plus marginalisée par les chercheurs et les autres personnes affiliées au projet.

Maintenant, le ténofovir va être testé sur des usagers de drogue en Thaïlande. Le Thai Drug User Network (TDN) a été offensé quand les chercheurs ont apporté leur protocole aux usagers de drogue, après avoir été publié dans une revue scientifique. Ce n'est pas une bonne manière d'aborder la communauté. Les membres de la communauté- dans ce cas, les

usagers de drogue- auraient dus être inclus, avant même que le protocole de recherche soit paru, pour faciliter les changements éventuels de protocole. Une deuxième fois, les chercheurs ont très profondément offensés la population sur laquelle ils veulent essayer le tenofovir, ce qui montre un engagement superficiel et formel quant à une véritable inclusion

Une réunion a eu lieu le 14 janvier chez UNAIDS à Phnom Penh, avec des chercheurs et des « représentants de la communauté ».

Néanmoins, les groupes de travailleuses du sexe qui avaient participé à un appel précédent avec les mêmes chercheurs- Womyn's Agenda for Change, Women's Network for Unity, the Network of Sex Work et Scarlet Alliance n'ont pas été informés de cette réunion. Elles n'ont pas été invitées malgré les assurances répétées des chercheurs qui disaient tenir à la participation de la communauté. J'en suis franchement dégoûtée.

WNU était bien présente à la réunion qui s'est tenue le mercredi 19 janvier, en rapport avec la fin de l'essai tenofovir au Cambodge. John Kaldor, le principal investigateur de l'essai a affirmé reconnaître la légitimité des demandes des travailleuses du sexe et il a certifié qu'il n'aurait pas continué à participer à un essai sans que soit offert aux participantes des traitements ARV, et que la logistique de cette difficile requête devait se mettre en place et se généraliser dans les essais du même type.

## CONCLUSIONS

Je me trouve encore une fois obligé de terminer mon discours par un soutien plus grand encore à tous ceux et toutes celles qui se trouvent dans des situations difficiles en France ou aux Etats-Unis.

Ce qui importe dans la recherche est moins le principe de consentement éclairé qu'un réel échange entre les participantes à un essai et les chercheurs. Ces derniers doivent des réponses claires aux participantEs. Cette première étape, très importante, devrait amener à une meilleure protection des participantes. Disposition précisée dans les protocoles de recherche.

Il y a dix ans, Liz Cameron d'Empower, une organisation de travailleuses du sexe en Thaïlande écrit :

« Les conditions de vies des participantes déterminent si un essai clinique est éthique, en rapport avec la manière qu'il a d'être conçu. Par rapport au consentement éclairé, l'utilisation des femmes qui travaillent dans des bordels et qui sont incluses dans des essais cliniques est inéthique parce que les femmes elles-mêmes n'ont pas de consentement libre. (Dans ces cas-

là, le consentement revient aux tenanciers de bordels.) Si une organisation cherche à conduire une étude sur une « population vulnérable », ils doivent tout d'abord prendre le temps de connaître réellement les conditions de vie de ces femmes. Faire cela signifie des années de recherche, mais le résultat en sera plus éthique concernant les études et rendront les résultats scientifiques valides.

Ce qui importe dans la recherche est moins une sorte de consentement éclairé qu'un réel échange entre les participantes à un essai et les chercheurs dans laquelle ils doivent acter du fait qu'ils doivent des réponses claires aux participantes. Cette première étape très importante devrait amener à un meilleur traitement des participantes qu'aucun autre protocole visant à protéger la recherche.

Une éminente bio éthicienne et chercheuse Bebe Loff qui travaille au développement de critère éthique et à un manuel pour les chercheurs pour faire une recherche éthique et effective avec des participants venant de groupes marginalisés, comme les travailleuses du sexe ou les usagers de drogue. Il y a des questions à se poser sur l'éthique à conduire dans toute recherche incluant des personnes ne faisant pas parti de la classe moyenne.

## DEBAT DANS LA SALLE

**Chloé Forette (membre de la commission Nord/Sud d'Act Up-Paris) :** Quand est ce que WNU a été crée ? Existe t'il au Cameroun le même genre d'association ?

**Melissa Ditmire :** WNU a été créée en 2001. C'était la première fois dans toute l'histoire des travailleuses du sexe que nous participions à ce genre d'action qui a eu un succès incroyable.

**Fabrice Pilorgé :** La différence entre le Cambodge et le Cameroun, c'est que dans ce pays d'Afrique les filles ne sont pas appelées prostituées mais de « filles légères ».

Pour l'essai tenofovir, des études très précises ont été mises en place afin d'évaluer le nombre de rapport sexuel /jour qu'avaient ces « filles légères » et notamment de rapport non protégé. Cette étude sociologique avait pour but de savoir si l'échantillon pressenti pour l'essai était le bon. Par contre nous n'avons eu aucune connaissance de démarches de la part des promoteurs de l'essai afin de faire participer la communauté à une réflexion sur cet essai avant qu'il ne débute. De fait aucune collaboration n'a été constatée entre les travailleuses du sexe et les promoteurs de l'essai. Ils ont pris beaucoup de temps et investis de l'argent pour savoir si

l'échantillon choisi était le bon. C'est à dire si les filles prenaient suffisamment de risque pour que les scientifiques puissent constater une différence flagrante entre les deux groupes de l'essai dans le cas où le tenofovir s'avérerait efficace. Il n'y a pas d'association de personne prostituées à Douala où se déroule l'essai. Il existe une petite structure à Yaoundé qui est aidé par la Croix-Rouge camerounaise. Il semble que le promoteur de l'essai n'est pas mis en place des causeries communautaires. Lors de la mission à laquelle j'ai participé, ils en étaient au début du programme et je ne peux en dire plus sur le déroulement de ces actions.

**Inconnue :** « Comment se déroule l'essai ? Quel est le caractère inéthique ? »

**Fabrice Pilorgé :** Pour être probant, l'essai doit utiliser des personnes qui prennent des risques, en l'occurrence des prostituées. L'essai se divise en deux bras. Un groupe prend le tenofovir et l'autre prend une pilule ayant le même aspect mais sans principe actif, ce qu'on appelle un placebo. La répartition dans chacun de ces groupes se fait par tirage au sort. Ni les médecins, ni les personnes incluses dans l'essai ne savent à quel groupe elles appartiennent. Chaque mois, les filles se rendent au service médical pour effectuer des prises de sang pour détecter le VIH et d'autres MST pour lesquelles elles sont traitées. Si elles deviennent séropositives durant l'essai, elles en sont exclues. On les dirige alors vers le système de soin camerounais qui a certes fait de gros progrès mais qui reste tout de même insuffisant. Les trithérapies restent chères. Par ailleurs, il nous est déjà arrivé à Act Up d'accueillir des personnes camerounaises venues se faire soigner en France. Lors de l'essai, les prostituées reçoivent 3 euros par mois ce qui correspond à un aller-retour en taxi et à l'équivalent de deux passes en dédommagement du temps passé lors des examens médicaux une fois par mois.

**Inconnu :** Comment des personnes venues avec des visas touristiques peuvent-ils être pris en charge en France ?

**Fabrice Pilorgé :** C'est assez compliqué. Quand nous les recevons, nous les accompagnons ensuite à des services d'aide social où nous savons qu'ils recevront des médicaments gratuits. Puis nous les soutenons dans leur demande d'AME (Aide Médicale d'Etat) qu'ils peuvent recevoir après 3 mois de résidence en France. Il existe aussi une AME

humanitaire qui permet de faire une demande avant les 3 mois requis.

Ensuite, nous trouvons d'énormes difficultés pour leur trouver un logement et ces personnes n'ont pas le droit de travailler.

**Christophe Ledrean (membre de la commission prostitution d'AUP) :** C'est Act Up-Paris qui a obtenu l'inexpulsabilité des personnes étrangères vivant avec le VIH.

**Diane Gobeil :** Le champ d'application du 12 bis 11 qui prévoit l'inexécutabilité de personnes malades se réduit de plus en plus. Les pathologies graves concernées sont le VIH et le VHC et toutes les autres pathologies lourdes sont exclues de ce dispositif.

**François Berdougo (Sidaction) :** Fabrice, tu évoquais le fait que nous recevions que 3 ou 4 personnes par an mais il faut rappeler qu'Act Up-Paris n'est pas une association qui fait de l'accueil de personne. La situation est bien plus grave que ce que tu pourrais laisser entendre.

**Inconnue :** Tychen et Némée sont des villes situées à l'Ouest du Cameroun qui ne vivent que la nuit. Les clients y sont presque exclusivement des camionneurs. L'information concernant l'essai circule ainsi que le contenu du reportage de France 2 qui a suscité un mouvement de solidarité.

**Inconnue :** Est ce qu'il y a une distribution illimitée de préservatif ?

**Fabrice Pilorgé :** Oui, les travailleuses du sexe peuvent en avoir autant qu'elles veulent. Il est tout de même précisé dans la notice d'information patient qu'elles ne peuvent utiliser que les préservatifs distribués au sein du programme. Si une fille n'a plus de préservatif, il paraîtrait surprenant qu'elle dépense de l'argent pour prendre un taxi et se rendre au centre médical pour y prendre des préservatifs. Il y a de grande chance qu'elle n'en prenne seulement une fois par mois lors de ses examens sanguins. Par ailleurs, il n'y a aucune distribution de préservatif féminin. Nous avons demandé pourquoi à Health Care Program. Ils nous ont répondu que les prostituées ne savaient pas l'utiliser et que cela reviendrait à leur faire prendre des risques.

**Inconnu :** Le système employé pour cet essai est pervers. L'une des garanties minimale est de prévenir que le médicament testé n'est peut-être pas efficace, que nous ne le savons pas

encore et c'est ce pourquoi on les teste. L'important est de rappeler que seul le préservatif masculin et féminin protègent du VIH.

**Fabrice Pilorgé :** Lorsque l'essai a été arrêté au Cambodge, les activistes US ont fustigé Act Up et nous avons reçu de nombreux mails d'insulte ou remettant en cause notre travail. Les activistes américains nous ont accusé d'avoir raté une chance historique de voir naître un traitement en prévention du VIH. Leur argument principal est que ce traitement est d'utilité publique s'il s'avère efficace, même à 80%.

**Diane Gobeil :** Cet essai utilise des personnes prostituées, marginalisées dont on se fout complètement. Elles n'ont aucun suivi si elles deviennent séropositives et c'est scandaleux. Act Up a eu raison de dénoncer cet essai inéthique qui n'aurait jamais pu se faire sur des travailleuses du sexe américaines.

**Fabrice Pilorgé :** Cet essai est tout de même implanté aux Etats Unis à San Francisco et Atlanta auprès d'une population différente : les barbackers.

**Inconnue :** Est ce que la réalité des conditions économiques et sociales de ces femmes est prise en compte ? Je trouve que payer ces filles 3 Euros par mois est une véritable insulte.

**Melissa Ditmore :** La somme est la même au Cambodge. C'est tout de même une somme considérable dans ce pays.

**Fabrice Pilorgé :** Le montant est unique. Il est le même dans tous les pays où se déroule l'essai tenofovir que ce soit au Cameroun, au Nigeria, au Ghana et au Cambodge. Cela démontre bien le fait que l'essai n'est pas négocié localement auprès des communautés.

La méthodologie est commune dans tous les essais. En effet, pour que les résultats soient valides, l'essai doit se faire sur un échantillon important. Les sommes allouées pourraient différer, les conditions de mise en place, des conseils de prévention pourraient être différents et adoptés tout comme l'inclusion de la communauté pour penser l'essai.

L'accès à des traitements ARV pourrait aussi être négocié selon la qualité du système de santé et la capacité du pays où se déroule l'essai à offrir des traitements.

On s'assure que les personnes incluses dans l'essai prennent suffisamment de risque pour que l'échantillon choisi permette des résultats statistiquement significatifs.

Je me suis demandé comment faire pour rendre cet essai éthique ? Comment faire en sorte que l'échange entre scientifiques et travailleuses du sexe puisse être intéressant pour chacun des deux partis ?

Il faudrait d'une part que le programme de prévention qui accompagne l'entrée dans l'essai soit un programme indépendant du promoteur qui conduit l'essai et que celui-ci soit renforcé. Au Cameroun, on compte seulement 4 travailleurs sociaux pour 400 prostituées.

Si indépendamment du bras dans lequel elles sont incorporées et de l'efficacité supposée du tenofovir, les filles incluses se contaminent entre 15 et 20% de moins que le reste de la communauté, cela serait équitable.

Le dépistage et le traitement des IST semblent être quelque chose de généreux. C'est effectivement une chance pour les prostituées camerounaises qui n'ont pas les moyens financiers de se payer de tel bilan de santé. Elles ne peuvent probablement que dire oui. Les promoteurs achètent en quelque sorte le consentement de la personne qui n'est dès lors plus libre.

Contrairement au Cambodge, les promoteurs n'ont pas essayé de cacher le nom de la molécule testée. Il faut savoir que le petit livret de consentement éclairé est à ma connaissance uniquement rédigé en anglais et il est rempli d'erreurs scientifiques à force de vulgarisation.

**Diane Gobeil :** Que font les associations de malade au Cameroun ?

**Fabrice Pilorgé :** Ils commencent à réagir. Notamment le REDS (Réseau Ethique Droit et Santé). Ils leur a fallu beaucoup de courage. En effet, Health Care International a reçu 800 000\$ de FHI pour mener l'essai au Cameroun, ce qui représente beaucoup d'argent. Suite au reportage diffusé par France 2, le ministre camerounais de la santé a fait un communiqué de presse en affirmant que l'émission était malhonnête. La rédaction de France 2 a fait une réponse réitérant le contenu du reportage.

En France, quand l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites) élabore un protocole, le chercheur le soumet au TRT-5 avant qu'il ne soit présenté au comité d'éthique (CCPRB) qui donne un avis favorable ou défavorable à l'essai. Le TRT-5 regroupe les 8 plus grandes associations de lutte contre le sida qui travaillent autour des questions thérapeutiques et de recherche. L'ANRS présente à ce groupe notamment la notice information patient afin de vérifier qu'elle est compréhensible. L'information doit être simple,

précise, compréhensible. On peut regretter qu'un tel système n'existe pas au Cameroun.

**Diane Gobeil :** Le N-9 tout comme le tenofovir me font penser que l'on se moque du sort de ces prostituées qui acceptent d'intégrer ce genre d'essai pour obtenir des soins gratuits qu'elles ne peuvent se payer. Il y a un manque flagrant de considération des personnes prostituées y compris en Europe. Elles sont stigmatisées, situées tout en bas de l'échelle sociale.

**InconnuE :** N'oublions pas que l'histoire du colonialisme repose sur l'oppression et l'exploitation. La pilule contraceptive a été testée par les Américains sur des Portoricaines. En France, cela s'est fait dans les hôpitaux psychiatriques. Cette remarque se base aussi sur un système plus général qui est l'exploitation des plus pauvres par les plus riches.

**Inconnue :** Ce n'est pas la première fois qu'il y a des essais inéthiques dans les pays du Sud. Ce phénomène a eu lieu des années 90. Une discussion a lieu au niveau international en 2000 pour définir quels étaient les critères éthiques quand des recherches se font dans les pays du Sud. Le constat était l'exploitation des populations des pays du Sud et plus particulièrement des communautés locales. L'essai tenofovir intègre une population dénigrée dans la population générale.

Le manque de règle éthique dans les pays du Sud amène une baisse de ces règles au Nord. Par exemple, les essais multicentriques comme le CCR-5 qui ont lieu dans différents endroits du monde dont de nombreuses cohortes dans les pays du Sud. Cela a pour conséquence d'abaisser les normes éthiques dans les pays du Nord.

**Fabrice Pilorgé :** C'est exact. En ce moment 3 laboratoires mettent en place des essais afin d'évaluer une nouvelle gamme de molécule qui cible un des co-récepteurs du VIH, les CCR-5. GSK, Pfizer et Schering Plough se font une guerre sans merci pour être le premier laboratoire à commercialiser cette molécule. Le premier à mettre une molécule de ce type sur le marché rapportera la mise.

Quand un essai se fait sur plusieurs sites dans des pays différents, c'est ce qu'on appelle un essai multicentrique. Il arrive alors que les promoteurs aient tendance à prendre la législation la plus faible en matière de règles éthiques. Une personne gravement malade qui est au-dessous du stade fatidique de 200 T4

devrait, selon toute logique, prendre une trithérapie déjà validée à fin que sa charge virale diminue rapidement. Dans l'essai proposé par Pfizer, il n'y avait pas de limite de T4 bas ce qui aurait eu pour conséquence d'intégrer des personnes en très mauvais état.

**Melissa Ditmores :** L'un des points les plus problématiques dans l'essai au Cambodge et ailleurs est que les scientifiques ont oublié que la recherche se faisait sur des travailleuses du sexe et qu'ils avaient besoin de nous pour rendre valide leur essai. L'essai au Cambodge faisait des travailleuses du sexe de simples exécutantes alors que les participantes doivent pleinement collaborer à l'élaboration du protocole d'un essai. Elles ne demandent que le respect.

**Diane Gobeil :** Les personnes prostituées doivent être consultées dès le début du protocole. Ce n'est pas le cas car les personnes utilisées sont des prostituées. Elles sont pauvres, elles n'ont pas toujours de connaissances médicales. Elles sont tellement stigmatisées qu'elles se taisent. Avoir des bilans médicaux pendant un an est une bonne chose. N'empêche qu'en cas de séroconversion, ces femmes n'auront pas de traitement.

**Inconnue :** Je ne comprends pas une chose. Melissa a expliqué qu'au Cambodge, les prostituées n'avaient pas le choix de mettre le préservatif. Je ne comprends car on a toujours le choix et d'imposer de mettre un préservatif.

**Melissa Ditmores :** Les prostituées n'ont pas le choix car elles appliquent le règlement du bordel qui les assigne de ne pas utiliser de préservatif avec les clients.

**Diane Gobeil :** On teste des médicaments sur des prostituées et on se moque qu'elles deviennent séropositives. Elles ont plusieurs rapports sexuels par jour alors que les traitements que le tenofovir serait au plus efficaces pour une moyenne de un ou deux rapports par semaine.

**Melissa Ditmores :** Il est nécessaire de faire des études sur les prostituées avant de les inclure dans un essai. Sinon l'essai est inéthique. On ne peut pas faire le même essai au Cambodge et au Cameroun. La situation des travailleuses du sexe est différente.

**Fabrice Pilorgé :** Quand une personne entre dans un essai, il faut qu'elle puisse évaluer le

risque et les éventuels avantages qu'elle prend. C'est ce qu'on appelle le « consentement éclairé ». C'est la conscience qu'a la personne du risque qu'elle prend en intégrant cet essai.

**Inconnue** : En ce qui me concerne, j'aurais du mal à prendre en compte la notion de « bénéfique/risque ». J'aurai tendance à prendre en compte le fait que je vivrais plus longtemps.

**Melissa Ditmore** : Les conditions d'inclusion dans les essais en France sont de qualités bien supérieures comparées à celles des travailleuses du sexe dans les bordels, grâce notamment aux comités d'éthique.

Les essais ne devraient pas uniquement utiliser des travailleuses du sexe, des usagers de drogue, les populations des plus pauvres. Ils doivent aussi inclure des personnes vivant au Nord, appartenant à la classe moyenne.

Un essai est éthique quand il ne permet pas un accès au traitement tout au cours de la vie de la participante.

### **III - La prévention dans le cadre de la vie privée et professionnelle après l'instauration de la Loi sur la Sécurité Intérieure**

#### **Communication écrite d'Isabelle Schweiger de Grisélidis**

Avant les années 80, l'apparition et la circulation d'information sur le sida et le VIH, l'ensemble des populations ne se sentaient pas concernées par les infections sexuellement transmissibles dans leur ensemble.

Prenons l'exemple de la syphilis : le cliché voulait que ce soit la maladie des « femmes de mauvaise vie » (dont les prostituées n'étaient pas les seules visées, d'ailleurs) lesquelles « collaient » cette maladie honteuse à de pauvres maris égarés. D'ailleurs, pendant les époques de réglementation ce sont bien les femmes prostituées qui ont été soumises au contrôle et « labellisées » bien portantes, et non leurs clients.

Ainsi cela sous-entend la déresponsabilisation des hommes dans leur ensemble et toute la société reportera sur les femmes la gestion de la santé publique.

Avec la nouvelle menace du Sida, les personnes prostituées ont aussitôt pris l'initiative de relations sexuelles protégées. Elles ont, en fait,

saisi la possibilité de pouvoir gérer les IST dans leur ensemble, avec une conscience commune que si le Sida était la pire, les autres restaient des atteintes graves à la santé.

Ainsi, on peut affirmer que les travailleurs du sexe sont avant tout des agents de prévention, et que l'impact des messages qu'elles sont en capacité de transmettre ne sont pas à déconsidérer (dans les débuts cela ne s'est pas fait sans mal : réticences les plus subjectives jusqu'à des actes de violence physique)

Que les personnes prostituées aient cette pleine conscience, établissent leurs attitudes professionnelles en fonction du facteur santé, c'est bien, mais ça ne suffit pas ! Toujours et encore marginalisées, il leur a toujours été difficile d'accéder aux soins sous l'angle professionnel. La plupart du temps, la personne prostituée va se présenter au professionnel de la santé sous l'aspect « vie privée » uniquement, en occultant la dimension professionnelle de sa vie.

Prenons un exemple : si à la suite d'un diagnostic d'une simple mycose, le médecin prescrit des ovules, avec dans le même temps des heures de prise qui ne vont pas correspondre d'une part au mode de vie de la patiente ainsi que le message sur les conséquences de la prise d'ovule et la porosité des préservatifs, ne passera absolument pas.

Tant que les travailleurs et travailleuses du sexe éluderont leur dimension professionnelle, pour se protéger des interprétations et des « dérives philosophiques » en tout genre, l'échange entre les professionnels de la santé et ceux du sexe seront faussés. Voire pire : cela ne permet pas l'échange de savoir et de savoir-faire et n'autorise pas à développer une réflexion pertinente sur la question.

Les lois sur la sécurité intérieure représentent un véritable un « assommoir » sur la situation déjà peu confortable des travailleuses du sexe.

Il faut considérer, en plus, que cette loi vient atteindre de plein fouet l'espace prostitutionnel dans sa nouvelle dimension multiculturelle. Il s'agit des derniers mouvements de femmes venant de différents pays, de différentes cultures.

Au-delà de la problématique des réseaux, certaines sociétés ont beaucoup de mal à asseoir le concept d'égalité hommes/femmes. Les hommes/ clients auront tôt fait de déceler ces « failles » et renforcés par la loi sur les femmes, punitives exerceront des pressions sur les personnes prostituées.

Si la protection est une rigueur professionnelle, partagées par toutes les travailleuses du sexe, traditionnelle aussi bien que d'origine étrangère, il leur sera très souvent difficile de négocier des

## 18

rapports sexuels sans risques avec leurs partenaires sentimentaux.

Si les personnes prostituées ont pu définir des rapports sexuellement protégés avec leurs clients, c'est déjà le résultat de plusieurs facteurs :

- une prise de conscience de l'ensemble de la société,
- une implication soutenue de leur part,
- une volonté de plus en plus affirmée de légitimer la prostitution.

Cette loi, fait bien pire que renforcer la séculaire marginalisation des personnes prostituées. Comme à des époques légèrement anciennes, la LSI rend les personnes prostituées qui utilisent la rue comme outil de communication avec leurs clients, délinquantes. Avec pour première conséquence majeure de les décrédibilisées au regard de l'ensemble de la population, de les fragilisées dans l'attitude professionnelle qu'elles ont sans cesse la nécessité de réaffirmer.

Dorénavant, elles sont devenues, dans les préoccupations de la sphère politique, uniquement des objectifs soumis à obligation de résultat qui incombent à nouveau aux différents services de police.

---

**Pour vous informer et lutter efficacement contre le sida, Act Up-Paris a progressivement mis en place une série de médias accessibles à tous. Pour permettre à chacun de puiser aux meilleures sources l'information dont il a besoin. Et parce que plus que jamais, information = pouvoir.**

---

## ► action, la lettre mensuelle

Action fait le point sur nos réflexions politiques, nos actions, leurs résultats (disponible par abonnement, 7 numéros par an, 15,24 € soit 100 F).

---

## ► protocoles, bulletin d'information sur les essais cliniques en cours

**Protocoles** présente une information mise à jour régulièrement sur les essais thérapeutiques, les études physiopathologiques et les études de cohorte menées en France sur l'infection à VIH. Vous y trouverez le **résumé des essais en cours, les conditions d'entrée, ainsi que le commentaire critique** des membres de la commission Traitements & Recherches d'Act Up-Paris. Disponible par **abonnement** (équivalent à la couverture des frais d'envoi) : **7,62 € soit 50 Francs pour 6 numéros.**

---

## ► internet

**[www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)**

Retrouvez protocoles en ligne, mais aussi les communiqués de presse, les infos médicales et sociales, les rendez-vous d'Act Up-Paris. **Sur notre site : <http://www.actupp.org/>**

---

## ► pif, page des idées folles

**La pif** est le journal interne d'Act Up-Paris, il a pour but d'améliorer la communication interne. La pif est ouverte à tous et à toutes.

---

## ► les "répi" (réunions publiques d'information)

A Paris, elles ont lieu tous les deux mois depuis deux ans et abordent autant les maladies opportunistes que les traitements antirétroviraux, la nutrition, les essais cliniques, les comptes rendus des principales conférences scientifiques, les droits sociaux etc. Chaque RéPI donne lieu à la publication d'un dossier complet, ainsi qu'à un compte rendu adressés à toute personne qui en fait la demande (contre frais de port, 2,29 € soit 15 F). Des RéPI sont organisées en province.

---

## ► information = pouvoir

Pour le moment trois brochures ont été éditées dans cette collection d'Act Up-Paris : **La première concerne les essais cliniques** pour les personnes atteintes par le VIH. Pour mieux comprendre le principe des essais, comment ils sont menés, ce que vous pouvez en attendre, les questions que vous devez vous poser avant d'y participer.

**La deuxième est un glossaire** ayant pour but de mieux comprendre les termes médicaux, d'interpréter son bilan sanguin, de participer plus activement au dialogue avec son médecin. Une liste des institutions et associations de lutte contre le sida complète ce deuxième numéro ainsi que de nombreuses pages supplémentaires sur les hépatites dans le cadre des co-infections VIH / Hépatites. L'aide à la lecture des bilans a également été complétée pour mieux comprendre les enjeux des examens liés aux hépatites.

**La troisième est un guide des droits sociaux** qui permet une information claire et précise de tous les droits auxquels peuvent prétendre les personnes séropositives. Une liste plus complète des institutions, associations et administrations termine ce recueil.

**Pour en obtenir, écrivez à Act Up-Paris, BP 287 75525 Paris cedex 11. (contre frais de port, 3,05 € soit 20F)**

---

## ► avec le soutien de ensemble contre le sida

# Sommaire

Présentation de la RéPI par Fabrice Pilorgé.	2
<b>I – Accès aux soins lors du travail de nuit</b> Diane Gobeil, Cabiria	3
Introduction : L'éducation par les pairs.	3
-	
1) Accompagnement médical des travailleuses du sexe.	3
A. Rendez-vous à l'hôpital.	3
B. Peur de la stigmatisation	4
C. Conditions sanitaires	4
D. Planning quotidien de la prise des traitements	4
E. Orientation professionnelle ?	4
2) Travailleuse du sexe et séropositive.	5
A. Le préservatif : une négociation permanente	5
B. L'importance d'un bon suivi thérapeutique	5
C. La négociation avec le médecin	6
D. L'importance d'une bonne observance	6
E. Surinfection	7
F. Avoir un suivi régulier	8
G. Les traitements prophylactiques	9
Questions du public	9
<b>II – Histoire des travailleuses du sexe dans la recherche médicale</b> Milissa Ditmore	9
Introduction	10
1) L'essai ténofovir au Cambodge	11
A. Contexte	11
B. Problèmes méthodologiques	11
2) La mobilisation des travailleuses du sexe.	11
A. Présentation de WNU	11
B. WNU et le ténofovir	12
C. Besoin d'une vraie inclusion	12
Conclusions	13
Débat dans la salle	13
<b>III – La prévention dans le cadre de la vie privée et professionnelle après l'instauration de la Loi sur la Sécurité Intérieure</b> Isabelle Schweiger, Grisélidis (communication écrite)	17