

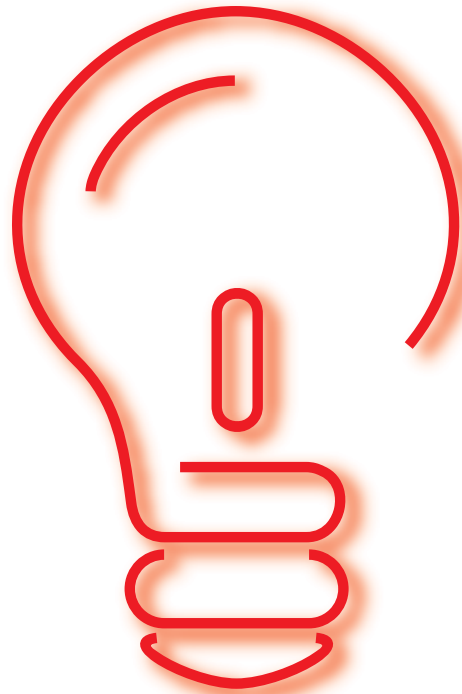


CPHA  ACSP

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE
ÉNONCÉ DE POSITION

Le travail du sexé au Canada



La perspective
de la santé
publique

DÉCEMBRE 2014

À PROPOS DE L'ACSP

Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est le porte-parole de la santé publique au Canada. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous les Canadiens. Son indépendance, ses liens avec la communauté internationale et le fait qu'elle est la seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique font qu'elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos de la réforme du réseau de santé publique et pour orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde.

Notre vision : Un monde de santé et de justice

Notre mission : L'ACSP a pour mission de rehausser la santé des gens au Canada et de contribuer à un monde plus sain et plus équitable.

Tous droits réservés © 2014 Association canadienne de santé publique. La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement.

Pour nous joindre :

Association canadienne de santé publique
1525, avenue Carling, bureau 404
Ottawa (Ontario) K1Z 8R9
Tél. : 613-725-3769 Téléc. : 613-725-9826
Courriel : policy@cpha.ca www.cpha.ca

PRÉFACE

L'ACSP a commencé à s'intéresser aux lois régissant le travail du sexe en 1993, dans le contexte de l'épidémie naissante de VIH, quand ses membres ont débattu une résolution demandant « au gouvernement canadien d'annuler les mesures législatives faisant de la sollicitation une infraction en vertu du Code criminel ». À l'époque, l'Association s'est dessaisie de cette résolution en faveur de son conseil d'administration en raison du manque de preuves à l'appui de son adoption. Aujourd'hui, plus de 20 ans après, les bonnes pratiques sont mieux appuyées par des preuves, et on comprend mieux l'influence des déterminants sociaux de la santé sur la définition du problème et sur la recherche d'une solution. La décision récente de la Cour suprême du Canada concernant les lois sur la prostitution au Canada (Canada c. Bedford) et la réponse du gouvernement fédéral (le projet de loi C-36, *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*) justifient d'analyser l'approche du Canada à l'égard du travail du sexe selon la perspective de la santé publique.

BUT

Examiner les preuves disponibles sur les aspects sanitaires du travail du sexe au Canada et présenter des recommandations pour qu'il y ait une politique publique efficace et utile sur cet enjeu.

INTRODUCTION

Le travail du sexe désigne l'échange consensuel de services sexuels entre adultes contre de l'argent ou des biens¹. Ce commerce implique des femmes, des hommes ou des personnes transgenre, et il peut se faire dans divers lieux, comme le travail d'escorte, les domiciles privés, les clubs de danse érotique, les maisons closes et la sollicitation de clients dans les endroits publics. La prostitution est le terme utilisé dans la loi canadienne pour décrire l'échange d'activités sexuelles contre rétribution monétaire.

Il faut faire une distinction entre le travail du sexe et les actes de traite des êtres humains et d'obtention de rapports sexuels par la contrainte ou l'exploitation, qui accompagnent souvent le travail du sexe. Le travail du sexe et la traite sexuelle ne sont pas des termes interchangeables, mais ils sont souvent assimilés l'un à l'autre². En 2005, l'Organisation internationale du travail rapportait qu'environ 1,4 million de personnes étaient soumises à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales dans le monde, en majorité des femmes et des filles³. Les victimes sont souvent des migrantes prises au piège de la traite des êtres humains par des organismes qui transportent des ressortissants étrangers vers les pays occidentaux. Les autres victimes de la traite sont des enfants et des jeunes attirés dans la prostitution par des proxénètes et des tiers⁴. Selon le Center for Health and Gender Equity, « amalgamer la traite des êtres humains et la prostitution réduit l'efficacité de la lutte contre la traite et viole les droits de la personne, car les contrôles policiers à l'intérieur des frontières sont axés sur la fermeture des maisons closes et l'arrestation des travailleuses et travailleurs du sexe plutôt que de cibler les trafiquants, plus insaisissables⁵ » (traduction libre). Il devient cependant plus difficile de distinguer le travail du sexe consensuel de celui assimilable à l'exploitation, car de nombreux travailleurs et travailleuses du sexe se trouvent contraints à ce commerce en raison des effets des déterminants sociaux ou de la violence structurelle* ou simplement pour survivre. Le présent document reconnaît la distinction entre le travail du sexe, d'une part, et la traite et la contrainte, de l'autre; il s'attache au premier tout en appuyant les efforts pour contrer les deux autres.

* La « violence structurelle » est une expression utilisée pour décrire les dommages physiques et moraux qui peuvent être causés par les systèmes sociaux, politiques et économiques de la société. À ce titre, on peut l'éviter, et donc la prévenir. Elle décrit les dispositions sociales qui exposent les personnes aux dangers, la notion de « structure » faisant référence aux infrastructures politiques, économiques et sociales des sociétés, et la « violence », aux effets néfastes que peuvent avoir les décisions prises par les organismes de ces infrastructures sur le mieux-être des populations, surtout les plus marginalisées. La théorie de la violence structurelle est décrite dans K. Ho, « Structural violence as a human rights violation », *Essex Human Rights Review*, vol. 4, n° 2 (2007), p. 1-17. Cette notion, d'un point de vue médical, est décrite plus avant dans P.E. Farmer, B. Nizeye, S. Stulac, et S. Keshavjee, « Structural violence and clinical medicine », *PLoS Med*, vol. 3, n° 10 (2006), p. e449. DOI : 10.1371/journal.pmed.0030449.

Cet enjeu et les données connexes sont confondus en raison des relations qui existent entre :

- les personnes qui s'engagent volontairement dans le travail du sexe et celles qui s'y engagent en raison des déterminants sociaux et de la violence structurelle;
- le sort des travailleuses et travailleurs du sexe qui exercent ce travail en établissement et de ceux et celles qui l'exercent à l'extérieur*;
- le travail du sexe et la consommation de drogues illicites.

Les facteurs de confusion supplémentaires sont :

- l'influence de l'Internet sur le modèle d'entreprise du travail du sexe, qui permet aux travailleuses et travailleurs en établissement de se « mettre en marché » et de se construire une marque, se comportant ainsi comme les pigistes sur d'autres marchés du travail⁶;
- les préoccupations des personnes contraintes à pratiquer le sexe de survie[†].

Une enquête en cours sur l'industrie du sexe au Canada aborde bon nombre des enjeux énoncés dans le présent document et jette un éclairage sur cette industrie⁷. Elle porte sur tous les aspects de l'industrie du sexe et se déroule dans cinq établissements de recherche : à St. John's (T.-N.-L.); Montréal (Québec); Kitchener (Ontario); Wood Buffalo (Fort McMurray) (Alberta); et Calgary (Alberta).

L'opprobre qui entoure le travail du sexe, la discrimination envers les travailleuses et travailleurs du sexe et la criminalisation de divers aspects du travail du sexe font en sorte que les personnes qui font ce travail sont une population difficile à atteindre. Selon une étude, les travailleuses et travailleurs du sexe obtiennent en moyenne une note de 4,8 sur 6 pour ce qui est du niveau d'opprobre, soit plus que d'autres groupes marginalisés étudiés⁸. C'est pourquoi les tentatives pour mesurer l'ampleur et les caractéristiques démographiques de cette industrie au Canada ne donnent que des estimations brutes. On estime par exemple qu'il y a 3 000 travailleuses et travailleurs du sexe à Calgary⁹ et entre 1 300 et 2 600 à Vancouver¹⁰. Environ 20 % des travailleuses et travailleurs du sexe sollicitent des clients dans la rue; les autres travaillent en établissement¹¹. Leur ethnicité varie aussi d'une région à l'autre : dans une étude menée à Toronto, 83 % des travailleuses et travailleurs du sexe interviewés travaillant à l'extérieur étaient nés au Canada¹², tandis que 25 % des travailleuses du sexe interviewées à Vancouver avaient émigré de l'étranger¹³. Les femmes des Premières Nations, Inuites et Métisses sont surreprésentées dans le commerce du sexe, et les jeunes le sont encore davantage, eux qui représentent de 14 % à 60 % des travailleuses et travailleurs du sexe dans diverses régions au Canada¹⁴ et constituent souvent une part importante de l'effectif du sexe de la rue¹⁵.

LA PERSPECTIVE DE LA SANTÉ PUBLIQUE SUR LE TRAVAIL DU SEXE

Une perspective de santé publique sur le travail du sexe considère non seulement l'effet de la criminalisation, mais tient compte des déterminants sociaux de la santé et de la violence structurelle qui influent sur les vulnérabilités des femmes, des hommes et des personnes transgenre et qui les poussent à travailler dans l'industrie du sexe. La pauvreté, l'itinérance et les traumatismes résultant de l'inégalité des forces politiques, sociales et économiques en présence contribuent à la participation au commerce du sexe. Ces facteurs ont aussi le plus d'effet sur les groupes marginalisés ou stigmatisés. Les femmes indigènes, par exemple, sont l'une des populations les plus marginalisées au Canada et sont surreprésentées parmi les travailleuses et travailleurs du sexe¹⁶. Cette population subit aussi les plus hauts taux de

* Les travailleuses et travailleurs du sexe travaillant en établissement sont généralement perçus comme exerçant plus de contrôle sur leur situation et ayant davantage de temps pour négocier les échanges de services que leurs collègues travaillant à l'extérieur, qui exercent moins de contrôle et sont plus susceptibles de subir de la violence ou du harcèlement. Il faut noter cependant qu'il existe une certaine fluidité entre les deux catégories.

† Le sexe de survie est défini comme étant le travail du sexe dans lequel s'engage une personne par besoin extrême. Il implique l'échange de rapports sexuels contre de la nourriture, un endroit où dormir ou la satisfaction d'autres besoins fondamentaux, ou contre de la drogue; il est souvent le résultat de la violence familiale, de la maladie mentale ou de la consommation de drogues illicites. Cette pratique est le plus en évidence chez les fumeurs adolescents, dont le corps est souvent la seule monnaie d'échange, comme on le décrit dans M. Mariani, « Exchanging sex for survival », *The Atlantic* (2014), <http://www.theatlantic.com/health/2014/06/exchanging-sex-for-survival/371822/>. Consulté le 15 août 2014.

violence et d'homicides au pays¹⁷. Certains éléments indiquent qu'une démarche de santé publique fondée sur la réduction des méfaits et tenant compte des déterminants sociaux de la santé pourrait fournir les outils nécessaires pour aborder les facteurs sous-jacents qui donnent lieu à la participation au commerce du sexe et à la vulnérabilité à la traite des êtres humains et à la violence.

Considérations sanitaires

Les travailleuses et travailleurs du sexe et leurs clients sont plus à risque de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) en raison de la non-utilisation du condom et du manque d'accès aux services de santé et de sécurité¹⁸. Selon une étude menée auprès de travailleuses du sexe travaillant en établissement à Vancouver, 12 % des répondantes n'avaient jamais subi de test de dépistage des ITS, et 16 % n'avaient pas subi de test de dépistage du VIH¹⁹. Les raisons avancées étaient les barrières linguistiques, l'ignorance de la nécessité du dépistage ou de l'existence de cliniques de santé sexuelle, le refus de se faire dépister par leur dispensateur de soins primaires et les conflits avec d'autres engagements de la vie privée²⁰. Selon une autre étude, menée auprès d'un échantillon plus diversifié à cinq endroits au Canada, 97 % des travailleuses et travailleurs du sexe avaient été dépistés pour des infections transmissibles sexuellement : 92 % pour l'hépatite C, 92 % pour la gonorrhée, 91 % pour la syphilis, 90 % pour la chlamydie, 90 % pour l'hépatite B et 83 % pour l'herpès²¹.

Des chercheurs de Toronto, Barrie et Oshawa ont constaté que de nombreux travailleurs et travailleuses du sexe choisissent de ne pas divulguer leur participation au commerce du sexe à des professionnels de la santé à cause de mauvaises expériences vécues après une telle divulgation, ou encore par honte, par crainte de la discrimination et du jugement et parce qu'ils croient que cela n'a pas de rapport avec leur visite^{22,23}. Pour compliquer encore davantage l'accès aux services, les travailleuses et travailleurs du sexe travaillant à l'extérieur qui consomment aussi des substances psychotropes peuvent être perçus par les dispensateurs de soins de santé comme étant en quête de médicaments et se voient souvent refuser des services²⁴.

Les taux de prévalence du VIH et d'autres ITS chez les travailleuses et travailleurs du sexe sont difficiles à déterminer, mais les chercheurs du Réseau ontarien de traitement du VIH estiment que la prévalence du VIH varie entre 1 % et 60 %, selon la situation, chez les travailleuses et travailleurs du sexe au Canada²⁵. Les facteurs qui augmentent le risque de contracter le VIH sont les activités sexuelles à risque élevé avec des partenaires à risque élevé, la non-utilisation du condom, le partage d'accessoires de consommation de drogue et la précarité des conditions de vie. La situation pourrait être semblable pour les ITS, mais les données à l'appui de cette allégation sont limitées. Sinon, dans certains pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, on a montré que le fait d'offrir des appuis structurels, comme des syndicats de travailleuses et de travailleurs du sexe, qui améliorent le capital social et l'accès aux ressources est un moyen efficace de favoriser un climat de prévention, ce qui mène ensuite à une baisse de la prévalence des ITS et du VIH^{26,27}.

La violence au travail

Le travail du sexe est souvent caractérisé par un rapport de domination entre la personne qui achète et celle qui vend un service sexuel. Dans une récente étude nationale menée auprès d'un échantillon diversifié de travailleuses et de travailleurs du sexe au Canada, 81 % des vendeurs étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait qu'ils avaient le pouvoir nécessaire pour déterminer les modalités des services en présence d'un acheteur²⁸, mais en réponse à des questions de suivi, 65 % des vendeurs disaient avoir généralement gain de cause en cas de différend avec un acheteur, et plus de 50 % des vendeurs disaient faire ce qu'ils voulaient en présence d'un acheteur. Seulement 12 % admettaient que les acheteurs avaient plus de pouvoir qu'eux dans leurs rapports. Ces résultats pourraient refléter davantage le sort des travailleuses et travailleurs du sexe travaillant en établissement que celui de leurs collègues travaillant à l'extérieur.

Dans les villes canadiennes, les travailleuses et travailleurs du sexe travaillant à l'extérieur sont assujettis à la prédation et à la violence sexuelle ou physique^{29,30}, une situation semblable à celle qui prévaut à l'étranger. Selon une revue systématique des études sur le travail du sexe, la prévalence de la violence physique ou sexuelle sur toute la vie, en milieu de travail ou non, variait entre 45 % et 75 % pour les travailleuses et travailleurs du sexe³¹. La criminalisation et la surveillance policière du travail du sexe à l'extérieur s'avèrent aussi préjudiciables à la sécurité des travailleuses et travailleurs du sexe, car les rapports avec les clients peuvent devenir hâtifs et avoir lieu dans des endroits isolés; elles limitent aussi souvent le contrôle que la travailleuse ou le travailleur du sexe peut exercer sur la situation^{32,33,34,35}. De nombreux travailleurs et travailleuses du sexe, notamment ceux et celles qui pratiquent le sexe de survie, ne signalent pas la violence par crainte d'être arrêtés; quand ils le font, leurs plaintes sont souvent négligées en raison des pratiques policières et du cadre juridique actuels³⁶. Par ailleurs, le travail du sexe ne bénéficie pas des mêmes avantages de santé-sécurité au travail que les autres formes d'emploi au Canada.

La victimisation des travailleuses et travailleurs du sexe qui consomment de la drogue, en particulier, est constante partout au Canada, cette population étant influencée par ses toxicomanies et assujettie à une un rapport de force avec ses fournisseurs³⁷. Une étude auprès de travailleuses du sexe consommant de la drogue et travaillant à l'extérieur à Vancouver a révélé que ces femmes subissent la violence au quotidien, que ce soit de la part de petits amis transformés en proxénètes ou en raison du manque d'endroits sûrs où amener des clients, lesquels peuvent s'avérer être mal intentionnés (physiquement ou sexuellement violents)³⁸. Cette population est de plus en plus vulnérable au VIH et aux autres ITS parce qu'elle est plus portée à renoncer à exiger le port du condom dans l'espoir d'obtenir un paiement plus élevé ou d'éviter un épisode de violence.

Les déterminants sociaux de la santé

Certaines personnes choisissent le travail du sexe comme profession, mais pour d'autres, en particulier les travailleuses et travailleurs du sexe inuits, métis et des Premières Nations* travaillant à l'extérieur, cela reste un moyen de survie. Le manque d'instruction et d'occasions d'emploi, la pauvreté, l'itinérance, les traumatismes de l'enfance, la marginalisation, les toxicomanies et la maladie mentale sont des facteurs qui contribuent à la participation au travail du sexe^{39,40}. Il est démontré que la pauvreté et l'itinérance sont les plus grands facteurs de risque : selon une étude, 86 % des femmes et des enfants inuits, métis et des Premières Nations exerçant le travail du sexe interviewés à Vancouver étaient ou avaient déjà été sans abri⁴¹. De même, la violence domestique et sexuelle, la pauvreté et la marginalisation durant l'enfance sont corrélées avec la participation au travail du sexe. Dans une étude prospective de cohortes, 48 % des femmes inuites, métisses et des Premières Nations exerçant le travail du sexe dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver disaient avoir subi de la violence sexuelle durant l'enfance⁴².

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis et le travail du sexe

L'effet des facteurs sociaux et économiques sous-jacents est particulièrement ressenti par les femmes inuites, métisses et des Premières Nations. La colonisation et ses effets continus ont créé une dislocation entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis et leurs terres, leur culture, leur spiritualité, leurs langues, leur économie traditionnelle et leurs systèmes de gouvernement. Les gouvernements canadiens, ainsi que les institutions éducatives et religieuses, ont appliqué des politiques globalement racistes, dont l'interdiction des pratiques culturelles et spirituelles des autochtones, l'instauration du système des réserves et le retrait des enfants de leurs foyers et de leurs communautés qui a entraîné, entre autres, la violence généralisée envers les enfants dans les pensionnats indiens⁴³.

* Note terminologique : *Autochtones* est le terme reconnu dans la Constitution du Canada pour désigner les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les termes préférés par ces groupes sont *peuples indigènes* ou *Premières Nations, Inuits et Métis*.

Le traumatisme intergénérationnel résultant des pensionnats chez les Premières Nations et les Inuits a mené à la destruction des soutiens sociaux et des structures familiales^{44,45,46}. Dans ces établissements, de nombreux enfants ont subi la violence physique et sexuelle, la répression de leur langue et de leur culture et l'absence d'encadrement parental et de soutien affectif⁴⁷. Les survivants des pensionnats ont souvent rapporté des comportements destructeurs dans leurs familles et leurs communautés, perpétuant ainsi la violence pour les générations suivantes. Selon ces survivants, leurs expériences dans les écoles ne les ont pas préparés à devenir eux-mêmes parents, et ils ont du mal à manifester de l'affection pour leurs propres enfants. Les relations familiales dysfonctionnelles, la toxicomanie parentale, la violence physique et sexuelle et les expériences négatives de placement en famille d'accueil qui en sont les résultats contribuent à la participation future au travail du sexe⁴⁸.

Ce traumatisme intergénérationnel et la pauvreté qui en résulte sont identifiés comme étant une cause fondamentale du travail du sexe et du nombre démesurément élevé de travailleuses et travailleurs du sexe inuits, métis et des Premières Nations⁴⁹. Ils sont aggravés par la piètre qualité et le nombre insuffisant des logements et par la pauvreté qui touche de nombreuses communautés des Premières Nations, inuites et métisses au Canada. Dans les réserves, la précarité du logement, combinée à l'isolement social et géographique, pousse de nombreuses femmes à quitter leurs communautés pour les agglomérations urbaines et à s'engager dans le commerce du sexe, volontairement ou sous la contrainte^{50,51}. Cette situation est exacerbée par leurs conditions de vie en milieu urbain où, selon une étude menée en 2010, 15,2 % des membres des Premières Nations hors des réserves vivaient dans la pauvreté, dans des logements inadéquats et inabordables⁵². En outre, la traite intérieure des femmes et des filles inuites, métisses et des Premières Nations des collectivités nordiques et éloignées est souvent interprétée à tort comme une participation consensuelle au commerce du sexe. La pauvreté, l'absence d'aide sociale et l'isolement conduisent souvent à l'exploitation sexuelle par des membres de la famille, par des trafiquants se faisant passer pour des « amis de cœur » et par des trafiquants qui attirent les filles vers les agglomérations urbaines⁵³. En général, les femmes des Premières Nations, inuites et métisses au Canada subissent des taux de violence 3,5 fois supérieurs à ceux que vivent les femmes non autochtones – et ce risque est accru pour les travailleuses du sexe des Premières Nations, inuites et métisses⁵⁴.

En raison de ces facteurs intergénérationnels, sociaux, économiques et structurels, les femmes inuites, métisses et des Premières Nations représentent une proportion démesurément élevée des travailleuses et travailleurs du sexe au Canada⁵⁵. Une étude menée dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver a révélé que 52 % des répondants et répondantes exerçant le travail du sexe étaient des femmes des Premières Nations, inuites et métisse⁵⁶; d'autres études estiment que leur proportion peut atteindre 60 %⁵⁷.

Y A-T-IL UNE SOLUTION LÉGISLATIVE?

La difficulté, lorsqu'on élabore des démarches juridiques pour aborder le travail du sexe, est qu'il existe une demande constante pour l'achat de services sexuels et un effectif de personnes qui répondent à cette demande malgré les contrôles législatifs. Les travailleuses et travailleurs du sexe entrent sur le marché volontairement ou y sont conduits en raison des déterminants sociaux et de la violence structurelle, ou sous la contrainte. Les démarches législatives portant sur le travail du sexe, toutefois, sont dans une large mesure fondées sur la criminalisation de la vente de rapports sexuels ou de l'achat de rapports sexuels par les clients. Ces démarches n'abordent pas les causes fondamentales ni les voies qui conduisent de nombreuses personnes dans l'industrie du sexe; elles n'abordent pas non plus les préoccupations liées à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs du sexe. On trouve ailleurs une description des cadres juridiques régissant actuellement le travail du sexe⁵⁸.

Le but de cette section est d'examiner la situation juridique concernant le travail du sexe au Canada et de présenter des exemples internationaux d'options de rechange à la méthode actuelle.

La situation canadienne

Avant le 20 décembre 2013, l'achat et la vente de rapports sexuels au Canada n'étaient pas des activités illégales, mais des lois strictes étaient en place pour les restreindre. Le 20 décembre 2013 cependant, la Cour suprême du Canada a annulé trois lois sur la prostitution qui interdisaient auparavant aux travailleuses et travailleurs du sexe : de tenir une maison de débauche; de communiquer à des fins de prostitution; et de vivre des produits de la prostitution⁵⁹. Dans une décision unanime, les juges de la Cour suprême ont qualifié ces lois d'inconstitutionnelles du fait qu'elles portent atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la *Charte des droits et libertés*. Ces dispositions empêchaient les travailleuses et travailleurs du sexe de travailler en sécurité en établissement, de trier les clients pouvant poser une menace et d'embaucher des chauffeurs et des gardes du corps par mesure de protection. La Cour a accordé 12 mois au gouvernement fédéral pour réécrire les lois pertinentes.

Le 6 novembre 2014, la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* a reçu la sanction royale au Canada⁶⁰. La nouvelle loi ressemble beaucoup au « modèle nordique » (décrit ci-dessous) mis en œuvre dans plusieurs pays européens. Elle ne criminalise pas le racolage, mais cible plutôt les proxénètes et les clients. Elle comporte aussi une restriction à la communication dans les endroits publics (ou dans tout endroit où une personne de moins de 18 ans pourrait se trouver). Les travailleuses et travailleurs du sexe et les groupes qui militent en leur faveur font valoir que cette disposition continuera à forcer les travailleuses et travailleurs du sexe travaillant à l'extérieur à avoir des rapports hâtifs avec les clients, augmentera la probabilité de coercition et les repoussera vers des endroits isolés et dangereux⁶¹. Ces travailleuses et travailleurs du sexe se fient à quelques pratiques clés pour garder le contrôle d'un échange : trier les acheteurs potentiels; discuter longuement des modalités de l'échange; et se faire payer à l'avance. Avec les dispositions de la loi, les travailleuses et travailleurs du sexe travaillant à l'extérieur, en particulier, n'auraient pas assez de temps pour négocier les modalités d'une transaction, notamment le port du condom, ce qui les exposerait à un risque accru de subir de la violence et de contracter des ITS⁶².

Perspective internationale de la gestion du travail du sexe

Le modèle nordique

Le modèle nordique a d'abord été instauré en Suède en 1999; il a ensuite été adopté en Finlande, en Islande, en Norvège et en France⁶³. C'est le premier modèle à criminaliser l'achat de rapports sexuels par les clients. Des études ont montré que ce modèle ne résout pas la question de la demande; il menace plutôt la sécurité des travailleuses et travailleurs du sexe⁶⁴. Une évaluation officielle de l'interdiction d'achat de rapports sexuels en Suède a montré que les travailleuses et travailleurs du sexe subissent davantage de surveillance policière, de stigmatisation et de discrimination⁶⁵. On a constaté que les travailleuses et travailleurs du sexe ont moins de pouvoir de négociation et risquent davantage d'être violentés, que leurs clients hésitent à aider à signaler la violence commise à leur endroit, et qu'il est difficile pour les travailleuses et travailleurs du sexe de se procurer un logement stable⁶⁶. En outre, on a fait remarquer que les lois pénales régissant le travail du sexe en Suède exercent une plus grande influence que les lois liées à la santé et à la sécurité⁶⁷. Ce modèle est critiqué tant par les travailleuses et travailleurs du sexe que par les chercheurs. Dans une lettre ouverte au gouvernement canadien⁶⁸, 300 universitaires et chercheurs du monde entier ont présenté des données probantes sur les préjudices sociaux, sanitaires et liés aux droits humains qui découlent de la criminalisation de l'achat des rapports sexuels⁶⁹.

Les Pays-Bas

Certaines formes de prostitution adulte ont toujours été légales aux Pays-Bas, l'un des premiers pays à reconnaître la prostitution adulte volontaire comme une forme de travail. Les maisons closes, cependant, y étaient illégales jusqu'en 2000, où l'on a levé l'interdiction pour mettre fin à l'exploitation des personnes à des fins de prostitution⁷⁰. Les « quartiers chauds » sont des zones, désignées par les administrations locales, où les travailleuses et travailleurs du sexe de la rue sont autorisés à faire du racolage à certaines heures. Les Pays-Bas considèrent que lorsque les travailleuses et travailleurs du sexe peuvent fonctionner publiquement et en situation de légalité, il est plus facile de détecter les abus. Les sex-clubs, les maisons closes et les services d'escorte doivent obtenir des licences et donc être exploités comme des entreprises légales. Les employeurs de l'industrie du sexe doivent se conformer à la législation ouvrière, respecter les obligations fiscales et souscrire aux assurances sociales. Les administrations locales peuvent publier des règlements régissant la sécurité, l'hygiène et les conditions de travail, y compris rendre le port du condom obligatoire et recommander les bilans de santé. Le gouvernement néerlandais soutient que la reconnaissance de la prostitution comme une profession légitime confère aux travailleuses et travailleurs du sexe les mêmes droits et les mêmes protections qu'aux autres professionnels, et que la législation ouvrière les protège contre l'exploitation, la violence et la contrainte.

On a critiqué un récent projet de loi qui propose de hausser à 21 ans l'âge légal pour travailler dans la prostitution et de rendre obligatoire l'enregistrement des travailleuses et travailleurs du sexe. Certains croient que ce projet de loi, s'il est adopté, empiètera sur les libertés sociales et civiles et n'abordera pas convenablement le problème de la stigmatisation sociale⁷¹.

Les États-Unis

Le Nevada est le seul État des États-Unis où la prostitution est légale. Les maisons closes sont légales dans 10 des 17 comtés du Nevada, mais interdites dans les comtés de plus de 400 000 habitants, y compris ceux de Reno et de Las Vegas⁷². Les maisons closes en région rurale rapportent des revenus totaux de 35 à 50 millions de dollars par année au trésor public, les travailleuses et travailleurs du sexe reçoivent des bilans de santé, et le port du condom est exigé. Les travailleuses et travailleurs du sexe légaux déclarent subir moins de violence et se sentir plus en sécurité en travaillant dans des maisons closes, en raison de la légalité de la profession et de la sécurité du travail en établissement.

Bien que la prostitution soit illégale à Las Vegas, on y trouve quand même une industrie du sexe dont les travailleurs sont des femmes, des hommes et des personnes transgenre. Les travailleuses et travailleurs du sexe illégaux n'ont souvent pas droit à la sécurité et à la protection conférées par le travail en établissement et vivent dans la crainte des contrôles policiers. Tant que le travail du sexe restera illégal à Las Vegas, il y aura des possibilités d'exploitation sexuelle à des fins commerciales, que ce soit dans les populations immigrantes ou chez les jeunes. La réputation de Las Vegas d'être un « terrain de jeu sexuel » est perçue comme exacerbant le problème⁷³.

Soulignons aussi qu'en raison d'une erreur judiciaire, le Rhode Island a involontairement décriminalisé la prostitution en établissement entre 2003 et 2009. Cette situation a produit les premières estimations causales de l'impact de la décriminalisation sur la composition du marché du sexe, les délits de viol et l'incidence de la gonorrhée dans la population générale. L'étude en question a démontré qu'il y a eu une baisse de 31 % dans les délits de viol signalés et une diminution de 39 % de la gonorrhée féminine entre 2004 et 2009⁷⁴.

La Nouvelle-Zélande

En 2003, la Nouvelle-Zélande a mis en œuvre la *Prostitution Reform Act*, qui puise dans les lois en vigueur pour réglementer l'industrie du sexe. La nouvelle loi décriminalise la prostitution et offre un cadre qui : garantit les

droits humains des travailleuses et travailleurs du sexe et les protège contre l'exploitation; favorise leur bien-être, leur santé et leur sécurité au travail; est propice à la santé publique; interdit l'emploi de personnes de moins de 18 ans à des fins de prostitution; et met en œuvre d'autres réformes connexes. Ainsi, la loi impose des restrictions à la gestion du travail du sexe, et non à l'achat et à la vente de rapports sexuels. Les travailleuses et travailleurs du sexe ont accès à des lieux de travail à moindre risque et n'entretiennent pas une relation conflictuelle avec la police. Ils exercent davantage de contrôle sur leur propre sécurité, touchent des prestations en cas de maladie professionnelle et sont plus à même d'exiger des rapports protégés^{75,76}. Des études ont montré que la décriminalisation est associée à une utilisation accrue du condom, à une prévalence réduite des ITS et à un accès élargi aux services de traitement du VIH et de santé sexuelle. Il est prouvé que lorsque le travail du sexe est décriminalisé, les travailleuses et travailleurs du sexe sont protégés par les lois régissant la santé, la sécurité et la lutte contre la discrimination au travail⁷⁷.

UNE AUTRE FAÇON D'ABORDER LA GESTION DU TRAVAIL DU SEXE AU CANADA

La discussion qui précède tentait de démontrer que les méthodes actuelles de gestion du travail du sexe par la criminalisation de l'achat ou de la vente des rapports sexuels n'abordent pas les causes fondamentales de l'initiation au travail du sexe, ni les résultats de ce travail. Elles ne tiennent pas compte non plus de l'utilisation de l'Internet par les travailleuses et travailleurs du sexe à des fins de promotion commerciale. Des solutions de rechange sont donc nécessaires.

Il n'est pas criminel, au Canada, de vendre des rapports sexuels pour de l'argent. Notre analyse donne à penser que le travail du sexe au Canada devrait rester légal*, et qu'il faudrait l'assortir d'un cadre réglementaire fondé sur une démarche de santé publique. Une telle démarche respecterait la décision de la Cour suprême du Canada. Les lois actuelles sur la prostitution devraient être remplacées par un cadre de droit sanitaire et de droit des affaires qui appuie les préoccupations sociales et de santé-sécurité au travail liées au travail du sexe. Une telle réponse chercherait avant tout à fournir des options de gestion des risques et de réduction des méfaits à l'intention des travailleuses et travailleurs du sexe, et à aborder les déterminants sociaux de la santé qui conduisent souvent à l'initiation au travail du sexe. Les modèles de la Nouvelle-Zélande et des Pays-Bas pourraient servir d'exemples viables. Un tel cadre réglementaire serait un effort organisé, complet et multisectoriel pour réduire les impacts des déterminants sociaux et de la violence structurelle, qui poussent souvent des personnes à s'engager dans le travail du sexe, et pour préserver et améliorer la santé des travailleuses et travailleurs du sexe (et de leurs clients), tout en réduisant les coûts sociaux, policiers et judiciaires actuels du travail du sexe. Les deux éléments clés de cette démarche de santé publique seraient la réduction des méfaits et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé des travailleuses et travailleurs du sexe.

Réduction des méfaits

Un cadre de droit sanitaire et de droit des affaires créerait des conditions permettant aux travailleuses et travailleurs du sexe d'avoir accès aux services de santé et aux initiatives d'éducation à la santé sexuelle dont ils ont besoin, ce qui favoriserait les pratiques sexuelles à risques réduits. De plus, ce cadre permettrait aux travailleuses et travailleurs du sexe d'exercer plus de contrôle sur les échanges sexuels, de réduire l'exploitation sexuelle et la violence, et de réduire le risque de transmission des maladies. Une telle démarche devrait être pilotée par les travailleuses et travailleurs du sexe afin que les services élaborés soient culturellement et contextuellement appropriés et accessibles.

* Le terme « légal » est employé dans ce contexte pour indiquer qu'aucun aspect de l'industrie du sexe ne devrait être assimilé à un acte criminel ni à une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité.

Au niveau sociétal, l'exclusion sociale, la stigmatisation et la discrimination font qu'il est difficile pour les travailleuses et travailleurs du sexe d'avoir accès aux services, de divulguer leur profession et de recevoir des services et des traitements de prévention équitables. Prendre des mesures pour changer la perception du public sur le travail du sexe pourrait permettre aux travailleuses et travailleurs du sexe de mieux recevoir les services sanitaires, sociaux et juridiques dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit.

De plus, à l'égard des travailleuses et travailleurs du sexe qui consomment des substances psychotropes illicites, les initiatives de santé publique devraient viser à réduire les méfaits et la transmission des maladies et à fournir des services de traitement appropriés aux personnes qui cherchent à réduire ou à éliminer leur consommation de drogue. Une telle démarche de santé publique est décrite dans le document intitulé Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada.

Prise en compte des déterminants sociaux de la santé

Des programmes intégrés et culturellement appropriés qui abordent la pauvreté, le logement, et les soins de santé, et d'autres services sociaux peuvent contribuer à réduire la probabilité qu'une personne s'engage dans le travail du sexe et à améliorer la santé et le bien-être des personnes qui participent déjà au travail du sexe. Des services sociaux et de santé accessibles seraient bénéfiques pour les travailleuses et travailleurs du sexe qui ont choisi ce milieu et qui souhaitent y rester, mais beaucoup de travailleuses et travailleurs du sexe ont été forcés à faire ce travail en y étant contraints ou en l'absence d'autres options. Des interventions de santé publique en amont sont susceptibles de réduire l'entrée involontaire dans l'industrie du sexe. Il faut aborder les déterminants sociaux qui mettent les femmes, les hommes, les personnes transgenre, les jeunes et particulièrement les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans des situations où le travail du sexe est leur seule option. Les causes fondamentales, comme la pauvreté, l'itinérance, l'absence de réseaux de soutien social et les traumatismes et la violence subis durant l'enfance devraient être ciblées. Les programmes qui s'attaquent à ces enjeux devraient être orientés vers les populations qui vivent dans des conditions de vulnérabilité, comme les jeunes à risque et les Premières Nations, les Inuits et les Métis, afin d'aborder leurs besoins particuliers. En plus de changer les politiques portant sur le travail du sexe, il doit y avoir simultanément des efforts pour combattre la traite des êtres humains et l'enrôlement forcé dans le travail du sexe, et pour aider les personnes qui désirent se sortir de ce milieu. Les efforts déployés par les organismes de maintien de l'ordre au Canada et à l'étranger pour lutter contre la traite des êtres humains doivent être maintenus ou accrus. Les ressources pour accroître ces efforts pourraient provenir d'une redistribution des fonds actuellement consacrés au contrôle policier de la criminalisation du travail du sexe pour cibler spécifiquement la traite des êtres humains.

RECOMMANDATIONS

Une démarche de santé publique à l'égard du travail du sexe au Canada est fondée sur les principes de justice sociale, d'attention aux droits humains et d'équité, sur des politiques et des pratiques éclairées par des données probantes et sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche mettra la promotion de la santé, la protection de la santé, la surveillance de la santé des populations et la prévention des décès, des maladies, des traumatismes et des invalidités au cœur de toutes les initiatives connexes. Cela signifiera aussi de fonder les interventions sur les preuves de ce qui fonctionne ou sur des solutions prometteuses. Cela permettra de diriger un effort organisé, global et multisectoriel vers la préservation et l'amélioration de la santé des populations touchées.

D'après les preuves disponibles, l'ACSP présente les recommandations suivantes dans l'espoir de faire avancer le débat sur le travail du sexe au Canada, sur les déterminants sociaux de la santé et la violence structurelle qui sous-tendent les vulnérabilités de femmes, d'hommes et de personnes transgenre et qui les poussent à travailler dans le commerce du sexe. Les démarches proposées aborderaient ces enjeux liés.

L'ACSP recommande aux gouvernements au Canada :

- **D'établir un cadre de réglementation du travail du sexe** : L'établissement d'un cadre réglementaire fondé sur une démarche de santé publique offrirait la possibilité de réglementer le travail du sexe comme une entreprise. Ainsi, ce travail serait assujéti aux rôles, aux responsabilités et aux prescriptions juridiques des entreprises, et les travailleuses et travailleurs du sexe bénéficieraient des mesures de protection conférées par les règles actuelles de santé et de sécurité au travail.
- **D'offrir des stratégies et des programmes de sortie pour aider les travailleuses et travailleurs du sexe qui souhaitent abandonner le travail du sexe ou qui y ont été conduits sous la contrainte** : Les travailleuses et travailleurs du sexe ne souhaitent pas tous rester dans le métier, mais leurs possibilités de s'en sortir sont limitées par plusieurs facteurs, dont la peur de la violence ou de la contrainte, le manque de ressources financières ou de soutiens sociaux ou le manque d'instruction. Il faut élaborer des programmes utiles, dotés de ressources adéquates, pour répondre à ces besoins, avec la participation de travailleuses et de travailleurs du sexe anciens ou actuels, afin de permettre aux personnes qui veulent en sortir de bien s'adapter à la vie courante. De tels programmes ne devraient pas être limités dans le temps, car les besoins seront continus.
- **D'élaborer et de mettre en œuvre des programmes pour aborder les causes fondamentales de l'engagement non voulu dans le travail du sexe** : L'insécurité économique, la précarité du logement, la violence familiale et d'autres déterminants sociaux de la santé poussent directement ou indirectement des gens à s'engager dans le commerce du sexe à contrecœur ou contre leur volonté. Les gouvernements doivent affecter des fonds et soutenir l'élaboration de programmes, avec la participation concrète des personnes touchées, pour aborder ces problèmes et renforcer les capacités de ces personnes de devenir des membres à part entière de la société.
- **D'élaborer et d'évaluer, avec les communautés des Premières Nations, inuites et métisses, les mesures et les programmes nécessaires pour réagir à leurs situations particulières** : L'enjeu de la violence faite aux femmes autochtones a été abondamment étudié et attesté dans des documents fédéraux, provinciaux et territoriaux, le plus récent étant le *Rapport du Comité spécial sur la violence faite aux femmes autochtones* publié en 2014. Ces rapports présentent de nombreuses recommandations pour aborder cet enjeu, et pourtant il n'y a aucune trace de leur application, ni de leur effet sur la situation. Le temps est venu de mener une évaluation formative de ces rapports, et de planifier et de prendre des mesures à l'égard des recommandations qu'ils contiennent avec la pleine participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- **De renforcer les efforts pour prévenir et faire cesser la traite des êtres humains au Canada et à l'étranger** : La violence et la contrainte sont les modes de fonctionnement habituels des trafiquants d'êtres humains; ce trafic touche plus d'un million de personnes par année à l'échelle mondiale et alimente un bassin de travailleuses et de travailleurs du sexe. Ces activités sont illégales et doivent cesser. Les efforts pour y mettre fin doivent être conçus de manière à ce que leur mise en œuvre ne nuise pas de façon non intentionnelle aux personnes qui ont librement choisi le travail du sexe comme profession.

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. *The legal status of sex work: Key human rights and public health considerations*, 2014. Sur Internet : http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/sexwork_brief-21feb2014.pdf. Consulté le 4 juin 2014.
2. UNAIDS. *The legal status of sex work: Key human rights and public health considerations*, 2014. Sur Internet : http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/sexwork_brief-21feb2014.pdf. Consulté le 4 juin 2014.
3. Organisation internationale du travail. 2005. *Une alliance mondiale contre le travail forcé : Rapport du directeur général*, Genève, OIT, 93^e session, Rapport I (B), p. 12-15. Sur Internet: <http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc93/pdf/rep-i-b.pdf>.
4. Heineman, J., R.T. MacFarlane et B.G. Brents. « Sex industry and sex workers in Nevada », *The Social Health of Nevada: Leading Indicators and Quality of Life in the Silver State*, 2012, p. 1-26. Sur Internet : http://digitalscholarship.unlv.edu/social_health_nevada_reports/48.
5. Center for Health and Gender Equity. *Human Trafficking, HIV/AIDS and the Sex Sector*, Center for Health and Gender Equity (CHANGE) et Center for Human Rights and Humanitarian Law at American University Washington College of Law, 2010. Sur Internet : http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/Human_Trafficking_HIVAIDS_and_the_Sex_Sector.pdf. Consulté le 20 juin 2014.
6. « Prostitution a personal choice », *The Economist*, 2014, 4 p. Sur Internet : <http://www.economist.com/node/21611063/>. Consulté le 9 août 2014.
7. Benoit, C., C. Atchison, L. Casey, M. Jansson, B. McCarthy, R. Phillips, B. Reimer, D. Reist et F.M. Shaver. « Le genre, la violence et la santé : Les contextes entourant les vulnérabilités, la résilience et les soins chez les personnes concernées par l'industrie du sexe », 2014. Document de travail préparé comme document d'information pour le colloque *Building on the Evidence: An International Symposium on the Sex Industry in Canada*, 3 octobre 2014 (révisé).
8. Benoit, C., B. McCarthy et M. Jansson. « Stigma, sex work and substance use: A comparative analysis », *Sociology of Health and Illness*, 2015. À paraître.
9. « Street prostitution complaints focus on Beltline, Forest Lawn », *CBC News*, 2014. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/calgary/street-prostitution-complaints-focus-on-beltline-forest-lawn-1.2663713>. Consulté le 10 juin 2014.
10. Griffiths, J., J.H. Maguire, K. Heggenhougen et S.R. Quah. *Public Health and Infectious Diseases* (livre électronique Google), Elsevier, 2010.
11. Bungay, V., K. Kolar, S. Thindal, V.P. Remple, C.L. Johnston et G. Ogilvie. « Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets », *Health Promotion Practice*, vol. 14, n° 2 (2013), p. 247-255. DOI : 10.1177/1524839912447189
12. Neal, N., T. Schrader, J. Hyndman, B. Boyce, D. Phillips, R. Smith, F. Genovese, J. Ricciardi, M.K. MacVicar et S. Mukkath. *Street Based Sex Workers Needs Assessment – Toronto, Barrie, and Oshawa*, Street Health et Regent Park Community Health Center, 2014. Sur Internet : <http://www.streethhealth.ca/downloads/sex-workers-needs-assessment.pdf>. Consulté le 12 juin 2014.
13. Shira, M., S.M. Goldenberg, V. Liu, P. Nguyen, J. Chettiar et K. Shannon. « International migration from non-endemic settings as a protective factor for HIV/STI risk among female sex workers in Vancouver, Canada », *Journal of Immigrant Minority Health*, 2014. DOI : 10.1007/s10903-014-0011-1
14. Assistant Deputy Ministers Committee on Prostitution and Sexual Exploitation of Youth. *Sexual Exploitation of Youth in British Columbia*, Victoria, Ministry of the Attorney General, Ministry for Children and Families et Ministry Responsible for Seniors, 2001.
15. Atchinson, C., C. Benoit, L. Casey, M. Jansson, B. McCarthy, R. Phillips, B. Reimer, D. Reist et F.M. Shaver. *Projet de loi C-36 et le point de vue des personnes œuvrant dans l'industrie du sexe au Canada*, résumé d'étude, 2014. Sur Internet : <http://www.understandingsexwork.com/sites/default/files/uploads/billc36Brief-%20French.pdf>. Consulté le 24 juin 2014.
16. Amnesty International. *Canada : On a volé la vie de nos sœurs : Discrimination et violence contre les femmes autochtones* [Index AI : AMR 20/001/2004], 2004. Sur Internet : <http://www.amnistie.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/amr2000104.pdf>. Consulté le 22 juin 2014.
17. *Evidence-based Call for Decriminalization of Sex Work in Canada and Opposition to Criminalizing the Purchase of Sex*, lettre ouverte au gouvernement du Canada, 27 mars 2014. Sur Internet : www.gshi.cfenet.ubc.ca. Consulté le 5 juin 2014.
18. Rapid Response Service. *Rapid response: Sex Worker HIV Risk*, Ontario HIV Treatment Network, juillet 2012.
19. Bungay, V., K. Kolar, S. Thindal, V.P. Remple, C.L. Johnston et G. Ogilvie. « Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets », *Health Promotion Practice*, vol. 14, n° 2 (2013), p. 247-255. DOI : 10.1177/1524839912447189
20. Bungay, V., K. Kolar, S. Thindal, V.P. Remple, C.L. Johnston et G. Ogilvie. « Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets », *Health Promotion Practice*, vol. 14, n° 2 (2013), p. 247-255. DOI : 10.1177/1524839912447189
21. Benoit, C., C. Atchison, L. Casey, M. Jansson, B. McCarthy, R. Phillips, B. Reimer, D. Reist et F.M. Shaver. « Le genre, la violence et la santé : Les contextes entourant les vulnérabilités, la résilience et les soins chez les personnes concernées par l'industrie du sexe », 2014. Document de travail préparé comme document d'information pour le colloque *Building on the Evidence: An International Symposium on the Sex Industry in Canada*, 3 octobre 2014 (révisé).
22. Neal, N., T. Schrader, J. Hyndman, B. Boyce, D. Phillips, R. Smith, F. Genovese, J. Ricciardi, M.K. MacVicar et S. Mukkath. *Street Based Sex Workers Needs Assessment – Toronto, Barrie, and Oshawa*, Street Health et Regent Park Community Health Center, 2014. Sur Internet : <http://www.streethhealth.ca/downloads/sex-workers-needs-assessment.pdf>. Consulté le 12 juin 2014.
23. Bungay, V., K. Kolar, S. Thindal, V.P. Remple, C.L. Johnston et G. Ogilvie. « Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets », *Health Promotion Practice*, vol. 14, n° 2 (2013), p. 247-255. DOI : 10.1177/1524839912447189
24. Bungay, V. « Health care among street-involved women: the perpetuation of health inequality », *Qualitative Health Research*, vol. 1, n° 11 (2013), p. 1-11.
25. Rapid Response Service. *Rapid response: Sex Worker HIV Risk*, Ontario HIV Treatment Network, juillet 2012.
26. Jana, S., I. Baus, M.J. Rotheram-Borus et P.A. Newman. « The Songachi Project: a sustainable community intervention program », *AIDS Education & Prevention*, vol. 16, n° 5 (2004), p. 405-414.
27. Parker, R., D. Easton et C.H. Klein. « Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research », *AIDS*, vol. 14 (2000), p. S22-S32.
28. Atchinson, C., C. Benoit, L. Casey, M. Jansson, B. McCarthy, R. Phillips, B. Reimer, D. Reist et F.M. Shaver. *Projet de loi C-36 et le point de vue des personnes œuvrant dans l'industrie du sexe au Canada*, résumé d'étude, 2014. Sur Internet : <http://www.understandingsexwork.com/sites/default/files/uploads/billc36Brief-%20French.pdf>. Consulté le 24 juin 2014.
29. Deering, K.N., A. Amin, J. Shoveller, A. Nesbitt, C. Garcia-Moreno, P. Duff, E. Argento et K. Shannon. « A systematic review of the correlates of violence against sex workers », *Am J Public Health*, vol. 104 (2014), p. e42-e54. DOI : 10.2105/AJPH.2014.301909
30. Amnesty International. *Canada : On a volé la vie de nos sœurs : Discrimination et violence contre les femmes autochtones* [Index AI : AMR 20/001/2004], 2004. Sur Internet : <http://www.amnistie.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/amr2000104.pdf>. Consulté le 22 juin 2014.
31. Deering, K.N., A. Amin, J. Shoveller, A. Nesbitt, C. Garcia-Moreno, P. Duff, E. Argento et K. Shannon. « A systematic review of the correlates of violence against sex workers », *Am J Public Health*, vol. 104 (2014), p. e42-e54. DOI : 10.2105/AJPH.2014.301909
32. Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoveller et M.W. Tyndall. « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*, vol. 66 (2008), p. 911-921.

33. Alliance canadienne pour la réforme des lois sur le travail du sexe. *La décriminalisation et l'atteinte des objectifs de santé publique*, 2014. Sur Internet : http://chezstella.org/docs/Infosheets/Fr/fr_public_health_140331.pdf. Consulté le 5 juin 2014
34. *Evidence-based Call for Decriminalization of Sex Work in Canada and Opposition to Criminalizing the Purchase of Sex*, lettre ouverte au gouvernement du Canada, 27 mars 2014. Sur Internet : www.gshi.cfenet.ubc.ca. Consulté le 5 juin 2014.
35. Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoveller et M.W. Tyndall. « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*, vol. 66 (2008), p. 911-921.
36. Deering, K.N., A. Amin, J. Shoveller, A. Nesbitt, C. Garcia-Moreno, P. Duff, E. Argento et K. Shannon. « A systematic review of the correlates of violence against sex workers », *Am J Public Health*, vol. 104 (2014), p. e42-e54. DOI : 10.2105/AJPH.2014.301909
37. Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoceller et M.W. Tyndall. « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*, vol. 66 (2008), p. 911-921.
38. Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoceller et M.W. Tyndall. « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*, vol. 66 (2008), p. 911-921.
39. Lynne, J., et M. Farley. « Prostitution of indigenous women: sex inequality and the colonization of Canada's First Nations women », *Violence Against Women. Prostitution and Trafficking*, 2008. Sur Internet : <http://www.rapereliefshelter.bc.ca/learn/resources/prostitution-indigenous-women-sex-inequality-and-colonization-canadas-first-nations->. Consulté le 3 juin 2014.
40. Comité permanent de la condition féminine. *Mettre fin à la violence contre les filles et les femmes autochtones – un nouveau départ grâce à l'autonomisation*, Archives du Parlement du Canada, 2011. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=5322860&File=18&Language=F>. Consulté le 11 juin 2014.
41. Lynne, J., et M. Farley. « Prostitution of indigenous women: sex inequality and the colonization of Canada's First Nations women », *Violence Against Women. Prostitution and Trafficking*, 2008. Sur Internet : <http://www.rapereliefshelter.bc.ca/learn/resources/prostitution-indigenous-women-sex-inequality-and-colonization-canadas-first-nations->. Consulté le 3 juin 2014.
42. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. DOI : 10.1080/13691058.2014.888480. Source : PubMed.
43. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.888480>.
44. Sethi, A. « Domestic sex trafficking of Aboriginal girls in Canada: issues and implications », *First Peoples Child & Family Review*, vol. 3, n° 3 (2007), p. 57-71.
45. Réseau juridique canadien VIH/sida. *Les femmes, le travail sexuel et le VIH*, 2012. Sur Internet : http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Women_sexwork-FRA.pdf. Consulté le 6 juin 2014.
46. Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoceller et M.W. Tyndall. « Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work », *Social Science & Medicine*, vol. 66 (2008), p. 911-921.
47. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.888480>.
48. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.888480>.
49. Comité permanent de la condition féminine. *Mettre fin à la violence contre les filles et les femmes autochtones – un nouveau départ grâce à l'autonomisation*, Archives du Parlement du Canada, 2011. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=5322860&File=18&Language=F>. Consulté le 11 juin 2014.
50. Sethi, A. « Domestic sex trafficking of Aboriginal girls in Canada: issues and implications », *First Peoples Child & Family Review*, vol. 3, n° 3 (2007), p. 57-71.
51. Lynne, J., et M. Farley. « Prostitution of indigenous women: sex inequality and the colonization of Canada's First Nations women », *Violence Against Women. Prostitution and Trafficking*, 2008. Sur Internet : <http://www.rapereliefshelter.bc.ca/learn/resources/prostitution-indigenous-women-sex-inequality-and-colonization-canadas-first-nations->. Consulté le 3 juin 2014.
52. Citoyens pour une politique juste. *Poverty a Systemic Problem in Aboriginal Communities across the Country*, 2012. Sur Internet : <http://www.cpj.ca/files/docs/poverty-trends-scorecard.pdf>. Consulté le 5 juin 2014.
53. Sethi, A. « Domestic sex trafficking of Aboriginal girls in Canada: issues and implications », *First Peoples Child & Family Review*, vol. 3, n° 3 (2007), p. 57-71.
54. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.888480>.
55. Bingham, B., D. Leo, R. Zhang, J. Montaner et K. Shannon. « Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, n° 4 (2014), p. 440-452. Sur Internet : <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.888480>.
56. Lynne, J., et M. Farley. « Prostitution of indigenous women: sex inequality and the colonization of Canada's First Nations women », *Violence Against Women. Prostitution and Trafficking*, 2008. Sur Internet : <http://www.rapereliefshelter.bc.ca/learn/resources/prostitution-indigenous-women-sex-inequality-and-colonization-canadas-first-nations->. Consulté le 3 juin 2014.
57. Sethi, A. « Domestic sex trafficking of Aboriginal girls in Canada: issues and implications », *First Peoples Child & Family Review*, vol. 3, n° 3 (2007), p. 57-71.
58. McCarthy, B., C. Benoit, M. Jansson et K. Kolar. « Regulating sex work: heterogeneity in legal strategies », *Annu. Rev. Law. Soc. Sci.*, vol. 2012, n° 8 (2012), p. 255-271.
59. Cour suprême du Canada, 2013 CSC 72, [2013] 3 R.C.S. 1101, *Canada c. Bedford*, 20 décembre 2013.
60. Parlement du Canada. Projet de loi émanant du gouvernement C-36. *Loi modifiant le Code criminel pour donner suite à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Procureur général du Canada c. Bedford et apportant des modifications à d'autres lois en conséquence*. <http://www.parl.gc.ca/LEGISInfo/BillDetails.aspx?billId=6635303&Language=F>. Consulté le 11 décembre 2014.
61. Cohan, D., A. Lutnick, P. Davidson, C. Cloniger, A. Herlyn, J. Breyer, C. Cobaugh, D. Wilson et J. Klausner. « Sex worker health: San Francisco style », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82 (2006), p. 418-422.
62. Atchinson, C., C. Benoit, L. Casey, M. Jansson, B. McCarthy, R. Phillips, B. Reimer, D. Reist et F.M. Shaver. *Projet de loi C-36 et le point de vue des personnes œuvrant dans l'industrie du sexe au Canada*, résumé d'étude, 2014. Sur Internet : <http://www.understandingsexwork.com/sites/default/files/uploads/bill36Brief-%20French.pdf>. Consulté le 24 juin 2014.
63. « Prostitution laws should follow Nordic model, former sex trade worker says », *CBC News*, 2014. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/calgary/prostitution-laws-should-follow-nordic-model-former-sex-trade-worker-says-1.2554978>. Consulté le 5 juin 2014.

64. Shannon, K., et J. Csete. « Violence, condom negotiation and HIV/STI risk among sex workers », *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, n° 5 (2010), p. 573-574.
65. Skarhed, A. *Selected extracts of the Swedish Government Report SOU 2010:49, The ban against the purchase of sexual services: An evaluation 1999-2008*, Swedish Institute, 2010. Sur Internet : <http://www.government.se/content/1/c6/15/14/88/0e51eb7f.pdf>. Consulté le 14 juin 2014.
66. Cohan, D., A. Lutnick, P. Davidson, C. Cloniger, A. Herlyn, J. Breyer, C. Cobaugh, D. Wilson et J. Klausner. « Sex worker health: San Francisco style », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82 (2006), p. 418-422.
67. Florin, O. « A particular kind of violence: Swedish social policy puzzles of a multipurpose criminal law », *Sexuality Research and Social Policy*, vol. 9, n° 3 (2012), p. 269-278.
68. *Evidence-based Call for Decriminalization of Sex Work in Canada and Opposition to Criminalizing the Purchase of Sex*, lettre ouverte au gouvernement du Canada, 27 mars 2014. Sur Internet : www.gshi.cfenet.ubc.ca. Consulté le 5 juin 2014.
69. Shannon, K., et J. Csete. « Violence, condom negotiation and HIV/STI risk among sex workers », *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, n° 5 (2010), p. 573-574.
70. Pays-Bas. Ministère des Affaires étrangères. *Questions et réponses sur la politique néerlandaise en matière de prostitution*, 2012. Sur Internet: http://www.minbuza.nl/binaries/content/assets/minbuza/fr/import/fr/les_pays_bas/a_propos_des_pays_bas/questions_d_ethique/faq-prostitutie-pdf-frans.pdf-2012.pdf. Consulté le 20 juin 2014.
71. Outshoorn, J. « Policy change in prostitution in the Netherlands: from legalization to strict control », *Sex Res Soc Policy*, vol. 9 (2012), p. 233-243. DOI : 10.1007/s13178-012-0088-z
72. Heineman, J., R.T. MacFarlane et B.G. Brents. « Sex industry and sex workers in Nevada », *The Social Health of Nevada: Leading Indicators and Quality of Life in the Silver State*, 2012, p. 1-26. Sur Internet : http://digitalscholarship.unlv.edu/social_health_nevada_reports/48.
73. Heineman, J., R.T. MacFarlane et B.G. Brents. « Sex industry and sex workers in Nevada », *The Social Health of Nevada: Leading Indicators and Quality of Life in the Silver State*, 2012, p. 1-26. Sur Internet : http://digitalscholarship.unlv.edu/social_health_nevada_reports/48.
74. Cunningham, S., et M. Shah. *Decriminalizing Indoor Prostitution: Implications for Sexual Violence and Public Health*, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 20281, juillet 2014.
75. Cohan, D., A. Lutnick, P. Davidson, C. Cloniger, A. Herlyn, J. Breyer, C. Cobaugh, D. Wilson et J. Klausner. « Sex worker health: San Francisco style », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82 (2006), p. 418-422.
76. *Evidence-based Call for Decriminalization of Sex Work in Canada and Opposition to Criminalizing the Purchase of Sex*, lettre ouverte au gouvernement du Canada, 27 mars 2014. Sur Internet : www.gshi.cfenet.ubc.ca. Consulté le 5 juin 2014.
77. Cohan, D., A. Lutnick, P. Davidson, C. Cloniger, A. Herlyn, J. Breyer, C. Cobaugh, D. Wilson et J. Klausner. « Sex worker health: San Francisco style », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82 (2006), p. 418-422.