



Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : 2020 – 2021

**L'influence des dynamiques communautaires dans
l'amélioration de l'accès aux soins : réalisation et analyse
d'un diagnostic exploratoire communautaire des besoins
en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es**

Valentine Poncet-Bernard

Septembre 2021

Sous la direction de Marion Porcherie

Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire, Marion Porcherie, pour sa disponibilité, ses judicieuses remarques ainsi que son accompagnement de qualité tout au long de l'année. Je tiens également à saluer l'équipe pédagogique du master Promotion de la Santé et Prévention de l'EHESP pour leur formation et leur accueil de qualité, ainsi que mes camarades de classe qui m'ont accompagnée et entourée tout au long de l'année.

Par ailleurs, je suis grandement reconnaissante de Myriam Besse ainsi que du Réseau Louis Guilloux, qui m'ont chaleureusement accueillie au sein de l'équipe pendant ces quelques mois. Myriam a su m'aiguiller, m'orienter telle une réelle professionnelle (ce qui n'a pas de prix en stage). La reconnaissance et la confiance accordée m'ont touchée.

De la même manière, je remercie Agathe Quiblier et Les Pétolettes pour la considération dont iels m'ont fait part, tous les moments de vie passés ensemble et l'expérience que je n'aurai sûrement pas eu ailleurs. J'ai eu la chance d'avoir une écoute dotée d'une ouverture incroyable, un endroit où poser mes « questions bêtes » et j'espère continuer à travailler avec elleux pendant longtemps.

Encore merci à Hadija Chanvril et le COREVIH pour ses conseils avisés, ses remarques d'une justesse remarquable et l'importance accordée à la visibilité de ce travail. La franchise de nos échanges ainsi que son cadre « safe » furent précieux.

Enfin, j'adresse toute ma plus grande gratitude aux personnes concernées d'avoir accepté cette enquête, de s'y être autant investies via leur participation fabuleuse ainsi que de m'avoir accordée une telle confiance. Ce travail n'a pas de valeurs sans leur présence, et j'espère de tout cœur qu'elles réussiront à faire valoir leurs sollicitations.

En définitive, je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire : Lauriane Dupré, Pierre Poncet et Basile Lucas pour leurs relectures attentives et la pertinence de leurs remarques et donc sans qui la route aurait été sinueuse. Enfin, je souhaite tout mon courage à Louise Bouedo et Priscilla Noyé, les félicitant pour leur compagnie, assistance, partage d'expérience et retours constructifs.

Sigles et acronymes utilisés :

4Bis : anciennement Centre Régional Information Jeunesse

AIRDDS : Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et le Sida

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIME : Consultations avec Interprètes en Médecine de ville

CMP : Centre Médico-Psychologique

COREVIH : Coordination Régionale de Lutte contre l'infection due au VIH

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSCB : Centre de Santé Communautaire du Blosne

DATASAM : Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants en Bretagne

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRDFE : Direction Régionale des Droits des Femmes et de l'Égalité

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISKIS : Centre LGBTI+ de Rennes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PF 35 : Planning Familial 35

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PREP : PRophylaxie pré-ExPosition

RDR : Réduction Des Risques

RLG : Réseau Louis Guilloux

SSE : Service de Santé Etudiant

SMART : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini.

STRASS : Syndicat des TRAvailleur.se.S du Sexe

TDS : Travailleur.se du sexe

TPE : Traitement Post-Exposition

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS : DONNER LA PAROLE AUX TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE POUR MIEUX REPONDRE A LEURS BESOINS EN SANTE : UNE PREOCCUPATION CROISEE DES ASSOCIATIONS ET INSTITUTIONS.....	1
UN CADRE DE STAGE UNIQUE : TROIS STRUCTURES CO-PORTEUSES SINGULIERES POUR TROIS FOIS PLUS DE RESSOURCES	1
CE QUI REUNIT CES TROIS STRUCTURES BRETONNES : LA SANTE SEXUELLE ET LA COMMANDE D'UN DIAGNOSTIC EXPLORATOIRE COMMUNAUTAIRE DES BESOINS EN SANTE DES TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE RENNAIS.ES :	4
LA STRUCTURATION DE CE MEMOIRE : PRESENTATION DU PLAN	4
I. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LE TRAVAIL DU SEXE EN FRANCE ET L'ACTION COMMUNAUTAIRE COMME STRATEGIE EN PROMOTION DE LA SANTE	7
A. LE TRAVAIL DU SEXE EN FRANCE : DES REALITES SANITAIRES ET SOCIALES MULTIPLES AUX ENJEUX SPECIFIQUES	7
B. LA COMMUNAUITE : UN CONCEPT VASTE MAIS QUI PREND TOUT SON SENS EN PROMOTION DE LA SANTE	14
C. L'INFLUENCE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE SUR L'ETAT DE SANTE DES TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE : PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET PROBLEMATISATION	21
II. METHODE MISE EN ŒUVRE POUR REALISER CE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE EXPLORATOIRE ET JUSTIFICATIONS.....	23
A. POPULATION ET TERRITOIRE CIBLES : DE QUELLE COMMUNAUITE S'AGIT-IL ?	23
B. LA FACILITATION COMMUNAUTAIRE : UN PROCESSUS ACTIF QUI VISE L'EMPOWERMENT.....	23
III. RESULTATS ET ANALYSE DES BESOINS EN SANTE DES TDS RENNAIS.ES ET DE LA PLACE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE	28
A. REPRESENTATIONS SUR LA SANTE, DETERMINANTS PRINCIPAUX ET BESOINS EN SANTE PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE : UN ETAT DES LIEUX	28
B. ÉTAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS DES TDS RENNAIS.ES REPONDANT A L'ENQUETE	32
IV. DISCUSSION : QUE PENSER DE CES RESULTATS ?	37
A. UNE ENQUETE REALISEE A UN MOMENT T, DANS LA VILLE DE RENNES AVEC « PAS N'IMPORTE QUI » : RECONTEXTUALISATION DES RESULTATS ET MISES EN PERSPECTIVES	37
B. LIMITES DE L'ENQUETE	42
C. PERSPECTIVES FUTURES SUITE AUX CONSTATS POSES PAR LE DIAGNOSTIC POUR L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DES TDS RENNAIS.ES	43
V. LA POSTURE PROFESSIONNELLE : DES QUESTIONNEMENTS A TOUTE EPREUVE	47
A. MON POSITIONNEMENT DE FACILITATRICE QUI NE LAISSE PAS « INDEMNÉ »	47
B. UN RETOUR REFLEXIF SUR L'ENCADREMENT DU STAGE ET LA REALISATION DES MISSIONS.....	49
CONCLUSION : FAIRE AVEC POUR METAMORPHOSER NOTRE SOCIETE	53
BIBLIOGRAPHIE	54

ANNEXES.....	57
TABLE DES ILLUSTRATIONS	64
TABLE DES MATIERES	65

Avant-propos : Donner la parole aux travailleur.se.s du sexe pour mieux répondre à leurs besoins en santé : une préoccupation croisée des associations et institutions

La situation des travailleur.se.s¹ du sexe face à la pandémie de la covid-19 (2020) semblait préoccupante. De nombreuses associations communautaires et organismes sociaux ont tiré la sonnette d'alarme face à cette partie de la population délaissée des programmes d'aides sociales d'urgence (Ripoche, 2020). Une collègue de master travaillait dans une de ces associations communautaires et a eu l'occasion à plusieurs reprises d'aborder la situation des travailleur.se.s du sexe migrant.es à Nantes, décrivant ainsi les « *débrouillardises* » opérées par l'association pour pallier aux manques des institutions gouvernementales et répondre aux besoins vitaux de leur file active.

Ayant des proches « travailleur.se du sexe » (TDS), j'ai pu moi-même constater les conséquences de la crise sur leur mode de vie, et ainsi me poser des questions sur leurs accès aux droits et aux soins. Le travail du sexe est une pratique encore pour beaucoup jugée comme stigmatisante et/ou dégradante, où de nombreux concepts moraux entrent en jeu (Mathieu, 2015a). C'est pour cela que j'ai choisi de réaliser un stage auprès de cette population. Cette même collègue de master a alors pu me mettre en contact avec l'une des bénévoles fondatrices des Pétrolettes et nous avons longuement discuté de cette possibilité de stage.

La terminologie étant porteuse de représentations sociales et symbolisant l'identité d'une chose ou personne (Comte, 2010, p. 426), plusieurs mots peuvent être utilisés pour décrire cette pratique : prostitution, prostitué.e, personne en situation de prostitution, travailleur.se du sexe (*sex worker* en anglais), pute, etc. Le terme « Prostitution » a une connotation très négative du fait de ses antécédents historiques et du statut qu'il reflète dans la société (Schaffauser, 2014). Face à cette sémantique variée, j'ai choisi de reprendre le terme « travail du sexe » et « travailleur.se du sexe » dans ce mémoire en me basant sur la terminologie utilisée par les personnes concernées lors de mon enquête.

Un cadre de stage unique : trois structures co-porteuses singulières pour trois fois plus de ressources

J'ai eu la chance de réaliser mon stage de fin d'année auprès de trois structures singulières qui se rejoignent sur, entre autres, le souhait de voir un diagnostic concernant les besoins en santé des TDS

¹ Lors de la réalisation de ce mémoire, j'ai choisi d'utiliser de *l'écriture inclusive*. Ceci se justifie par le souhait de visibiliser les femmes* et autres minorités dans mes pratiques professionnelles. Plus d'informations disponibles concernant son application grammaticale sur : <https://lessalopettes.wordpress.com/2017/09/27/petit-guide-pratique-de-lecriture-inclusive/>.

émerger. Ainsi, j'ai été suivie par trois professionnelles travaillant dans trois structures différentes : Le Réseau Louis Guilloux, Les Pétolettes et le COREVIH Bretagne.

- **Le Réseau Louis Guilloux**

Association de loi 1901, le Réseau Louis Guilloux (RLG) s'est créé fin des années 90 avec pour objectif de faire le lien des malades séropositifs entre l'hôpital et la ville dans le cadre du réseau ville-hôpital. Anciennement VIH-Réseaux Ville Hôpital, les missions de l'association ont évolué et s'inscrivent aujourd'hui dans une approche populationnelle « des personnes en situation de migration ». L'association se compose de cinq pôles d'activités multidisciplinaires :

- Le pôle « **Migrants** » a plusieurs composantes : il est constitué d'un centre médico-social créé en 2005 avec accueil médicalisé, des consultations médicales ne se limitant pas aux soins primaires et des prescriptions médicamenteuses d'urgence. Il comprend aussi le DATASAM², créé en 2011 et qui a pour objectif de permettre un accès aux soins de manière coordonnée sur le territoire breton tout en proposant « une réponse souple et articulée avec les dispositifs existants ». Enfin, il est composé de la CIME³ : ce dispositif s'occupe des recrutements de médecins généralistes, fait le lien entre ces médecins et le pôle interprétariat et propose des formations pour les médecins généralistes.
- Le pôle « **Tuberculose** » est apparu en 2006 : la DDASS⁴ délègue à l'association la gestion du Centre de lutte Anti Tuberculeux et c'est dans en sein que sont réalisés les dépistages et vaccinations ; ce pôle assure également le traitement et suivi des patient.es atteint.es.
- Le pôle « **Interprétariat** » peut mettre à disposition les services d'interprètes proposant près de 17 langues afin de faciliter la communication entre les professionnel.le.s de santé et les personnes migrantes durant leurs parcours de soin.
- Le quatrième pôle est celui des « **appartements de coordination thérapeutiques** » : à destination des personnes souffrant de maladies chroniques et en situation de précarité, ces appartements (entre 15 et 20 places) ont pour vocation d'assurer aux patient.es une meilleure continuité des soins, leur permettant « d'acquérir une plus grande autonomie, tant sur le plan sanitaire que social ».
- Enfin, le pôle de « **Coordination En Santé Sexuelle** » s'est créé en 2014 à la suite de la dissolution de l'Association d'Information et de Ressources sur les Drogues, Dépendance et le Sida (AIRDDS) ; ce pôle a pour mission d'optimiser « la coordination des acteurs et des actions

² Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants en Bretagne

³ Consultations avec Interprètes en Médecine de Ville

⁴ Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales

de prévention et de promotion de la santé sur les questions de vie affective et sexuelle sur la région Bretagne ».

C'est au sein de ce pôle que j'ai réalisé une partie de mon stage, sous la tutelle de sa coordinatrice Myriam Besse. Comme cela a pu être présenté via la description des missions, l'association promeut une approche globale du soin et un droit d'accès à la santé pour tou.te.s ; inhérentes au projet, les valeurs de solidarité, d'équité et de justice sociale (pour n'en citer que quelques-unes) constituent une base solide des actions proposées.

- **Les Pétrolettes**

Créée en mai 2020, cette association a pour objet la lutte contre les violences faites aux femmes et autres minorités avec et pour les travailleur.se.s du sexe. Il y a deux grandes branches opérationnelles actuelles : le volet « **TDS** » avec des actions d'aller-vers, de réduction des risques, de lutte contre l'isolement, de plaidoyer et d'amélioration d'accès aux soins et aux droits ; le volet « **femmes victimes de violences** » via la réalisation d'entretiens individuels : ceux-ci s'inscrivent dans une démarche de repérage systématique des violences, un « outil de prévention et de repérage des violences faites aux femmes ». Pour se faire, une permanence est tenue deux après-midis par semaine en accès libre.

L'association croit en « la convergence des luttes entre personnes concernées par la violence », en proposant un cadre d'action non stigmatisant et propice au développement de leurs pouvoirs d'agir. Elle est actuellement composée d'une salariée, Agathe Quiblier (ma deuxième tutrice) et d'une quinzaine de membres bénévoles (concerné.es ou allié.es). Un poste de travailleuse paire va s'ouvrir en septembre 2021 pour quatre mois afin de renforcer les dynamiques communautaires. Encore en développement, l'un des objectifs de cette association est l'implication des travailleur.se.s du sexe dans le processus décisionnel de la structure à long terme.

- **Le COREVIH Bretagne**

La Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine est une instance de santé qui a pour mission de « faciliter la prise en charge des personnes concernées par l'infection au VIH ». J'ai donc pu suivre Hadija Chanvril, ma troisième tutrice et coordinatrice de l'instance bretonne. L'antenne Bretagne a pour mission de faciliter la coordination des professionnel.le.s œuvrant sur son territoire, de travailler en continu sur le processus d'amélioration des services proposés ainsi que de réaliser des veilles épidémiologiques et analyses relatives aux patient.es infecté.es. Intervenante dans les quatre départements bretons, cette coordination relève de la démocratie sanitaire regroupant professionnel.le.s de santé et usager.ère.s ; elle est composée de quatre collègues « d'expertise » (représentants des établissements sociaux, médico-sociaux, sanitaires ; représentants des professionnel.le.s de santé et de l'action sociale ; représentants des

usager.ère.s du système de santé et des malades ; personnes qualifiées). Ainsi, cet organisme contribue à « l'équité et à l'accessibilité des soins » sur le territoire breton, mettant l'accent sur l'interdisciplinarité, le réseau et la coopération.

Ce qui réunit ces trois structures bretonnes : la santé sexuelle et la commande d'un diagnostic exploratoire communautaire des besoins en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es :

Ces trois structures se retrouvent dans leurs actions liées à la santé sexuelle et leurs envies communes de travailler pour et avec les TDS : Myriam Besse et Hadija Chanvril ont participé à l'élaboration du plan régional de santé sexuelle Bretagne 2018-2022 et ont fait un constat : il devient prioritaire de proposer plus d'accompagnement et d'actions en direction de cette population ; identifier leurs besoins est une piste d'action et la réalisation d'un diagnostic en est un outil. Dès lors, l'installation des Pétrolettes a permis aux trois structures de se retrouver dans la réalisation de ce diagnostic. Des enjeux propres à chacune vont émerger : le souhait d'impulser une dynamique communautaire tout en visibilisant les pouvoirs d'agir des personnes concernées est central pour les Pétrolettes ; dans le prolongement des missions de coordination, le réseau Louis Guilloux va avoir un enjeu d'appui aux professionnel.le.s de santé qui se retrouvent parfois démuni.es face au manque d'information, de formation vis-à-vis de ce public ; enfin, le COREVIH Bretagne souhaite visibiliser le savoir des personnes concernées et encourage ces démarches participatives.

La structuration de ce mémoire : présentation du plan

Je vous propose de vous plonger dans une première partie scientifique, présentant les différentes réalités sanitaires et sociales associées au travail du sexe : je présenterai un état des lieux des contextes nationaux et rennais pour ensuite proposer un aperçu plus sociologique sur la pratique et ce qu'elle représente. Je développerai par la suite ce que peut évoquer la notion de « communauté » en retraçant les définitions et évolutions de l'action communautaire en santé publique, son intérêt dans la prise en compte de la complexité socio-environnementale et de l'interdisciplinarité qu'un projet communautaire suppose. J'exposerai enfin les perspectives de recherche qui ont guidées mon enquête, entre autre la place de l'action communautaire dans l'amélioration de l'état de santé des travailleur.se.s du sexe. rennais.es.

Dans un second temps sera évoquée la méthodologie choisie, en resituant la population et le territoire ciblés pour l'étude. Ceci permettra de présenter plus globalement de quelle communauté il s'agit. J'ai utilisé une méthodologie participative qui répondait au mieux aux objectifs fixés par la commande : ainsi, je me suis inspirée des travaux réalisés sur la facilitation communautaire ;

j'expliciterai alors son processus, ses objectifs, et le positionnement dans lequel je me plaçais. Le diagnostic communautaire réalisé sera alors présenté sous forme de séquençage, avec les temporalités et outils qui lui auront été dédiés.

Les résultats seront à appréhender dans une perspective de santé globale et pragmatique : c'est là l'intérêt de cette troisième partie. La santé est perçue comme un processus par les TDS et de nombreux déterminants de santé ont été mis en avant par les TDS. Les besoins en santé ne sont en revanche pas tous liés au travail du sexe, ce qui rappelle finalement à quel point la pratique ne limite pas son usager.ère dans une étiquette. L'analyse des freins et leviers à la santé permettra de rediscuter cette subjectivité : elle sera étayée par la présentation des structures identifiées par les TDS ainsi que les conditions de leur usage. Un troisième axe sera dédié à la présentation des constats relatifs aux dynamiques communautaires en lien avec l'accès aux soins.

Il est capital de nuancer ces résultats qui ne reflètent pas des données universelles : le diagnostic a eu lieu dans un contexte et une temporalité spécifiques, il semble donc important de recontextualiser ces données pour pouvoir les caractériser. Ce sera l'objectif de cette quatrième partie. La pertinence de ces résultats réside dans leurs matérialités : arguments à l'appui du développement communautaire, ils permettent tout de même d'esquisser les besoins et envies des TDS ainsi que des pistes d'action. Par ailleurs, une analyse du développement communautaire – qu'il soit intra ou inter-communautaire – dans la relation aux soins des personnes concernées sera proposé. Pour autant et comme toute enquête, il existe des biais méthodologiques, qu'ils soient liés au nombre de personnes participantes, à la méthodologie engagée, à la difficulté d'en rencontrer d'autres ou encore à la crise sanitaire actuelle. Cette discussion sera étayée des perspectives que je propose de poursuivre, à partir d'éléments proposés par les participant.es du diagnostic puis enrichis par la littérature.

Enfin, ce mémoire se conclura par la présentation d'un retour réflexif nourri par le stage et ma posture professionnelle : la facilitation communautaire n'étant pas la stratégie d'intervention couramment véhiculée durant mon parcours universitaire, j'ai beaucoup appris de cette expérience notamment dans le rapport à l'autre, aussi professionnel soit-il. Je terminerai par questionner ce stage dans son entièreté, au regard des notes que j'ai pu écrire tout au long de cette expérience.

I. Revue de la littérature sur le travail du sexe en France et l'action communautaire comme stratégie en promotion de la santé

Piliers centraux de mes recherches, l'état des recherches actuelles sur le travail du sexe ainsi que l'action communautaire bénéficient de nombreuses contextualisations permettant leur intelligibilité.

A. Le travail du sexe en France : des réalités sanitaires et sociales multiples aux enjeux spécifiques

Cette première partie vient présenter l'état de l'art actuel sur le travail du sexe en France. Dans un premier temps seront présentés les contextes législatifs et opérationnels nationaux et Breton portant sur le travail du sexe, puis des réflexions plus ouvertes sur la politisation de cette pratique dans notre société ainsi que les enjeux de ces approches en termes de santé.

1. Etat des lieux de l'exercice du travail du sexe en France et à Rennes (35)

La législation nationale encadrant cette activité permet de poser un premier constat sur les problématiques qui en découlent. Par la suite transposée à l'échelle locale, une analyse du terrain rennais permet d'en observer ses spécificités.

- « Prostitution » : une même définition pour différentes réalités

Pour commencer, il peut être intéressant de réfléchir au sens-même du mot « prostitution » : il n'y a pas de définition officielle de la prostitution, et le cadre juridique actuel définit uniquement le proxénétisme (Aubin et al., 2012). Ainsi, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales propose de définir ce phénomène comme le « fait pour un individu de l'un ou l'autre sexe, de consentir à avoir des relations sexuelles avec des partenaires différents, dans un but lucratif et d'en faire son métier; exercice de ce métier; le fait de société qu'il représente » (CNTRL, 2012). Dans cette proposition de définition figurent plusieurs éléments : l'échange économique-sexuel « consenti » (une tarification qui ne prend pas uniquement une forme monétaire), la ressource qu'il rapporte dans la durée (la notion de travail) ainsi que le fait social qu'il représente. La notion de prostitution est difficile à délimiter en tant que pratique au vu de la diversité et de la subjectivité des échanges économique-sexuels, mais le sociologue Lilian Mathieu propose de « l'appréhender comme un processus social de désignation » (2015a, p. 21) via « un stigmat⁵ particulier qui a été appliqué avec succès à une personne au point qu'elle se reconnaît dans cette catégorie [...] et adapte sa conduite en conséquence ».

⁵ Celui-ci reprend la définition du stigmat⁵ d'Erwin Goffman, soit « ce qui désigne un attribut qui jette un discrédit profond » (1986).

D'autres associations ou collectifs comme le STRASS, Syndicat des TRAVAILLEUR.se.S du Sexe, proposent de définir le travail du sexe de manière à y inclure toutes les personnes exerçant dans l'industrie de l'érotisme : les travailleur.se.s du sexe « traditionnel.le.s », de rue, les escortes, mais aussi les masseur.se.s érotiques, les travailleur.se.s virtuel.le.s jusqu'aux acteur.trice.s pornographiques⁶. C'est une définition assez large mais qui a des difficultés à faire consensus. Le travail du sexe dans les textes juridiques est pensé comme une seule et même pratique alors qu'en réalité chaque travail du sexe est singulier : une personne travaillant dans une industrie pornographique reconnue mondialement ne va pas avoir les mêmes enjeux et besoins de santé qu'une personne travaillant dans la rue, sans papiers et avec un accès différent au système de soin. Les enjeux ne seront pas les mêmes d'une situation à l'autre et c'est pour cela qu'il est important de rappeler que derrière l'étiquette « travailleur.se du sexe » existent une multitude de réalités uniques, chacune imbriquée dans sa propre complexité. Comme le rappelle le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « il n'y a pas une mais des prostitutions, recouvrant des enjeux sanitaires différents » (2012). Il semble donc compliqué de proposer un encadrement légal générique à cette pratique.

- [L'encadrement légal français : entre la lutte contre la prostitution et l'assistance aux « victimes »](#)

Depuis les années 2000, un schéma législatif répressif envers le travail du sexe s'installe en France. La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, 2003) vient concrétiser cette mouvance en réinstituant le délit de racolage passif, soit le fait de se trouver dans la rue avec une attitude qui « inciterait » aux relations sexuelles contre rémunération ((Mathieu, 2015a)). Au vu des réflexions autour des effets négatifs de cette loi sur les personnes concernées et leurs conditions de vie (Franceinfo & AFP, 2013), un changement de paradigme s'impose en 2016 avec un nouveau projet de loi pénalisant cette fois les client.es : le délit de racolage passif est abrogé pour laisser place à la pénalisation du client où « le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, en échange d'une rémunération [...] est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe » (L. n°2016-444 LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (1), 2016). On observe alors un changement de statut où le.a travailleur.se du sexe est désormais identifié.e comme « victime de la prostitution ». La charge pénale s'inverse et celui-ci ne peut plus être incarcéré.e pour le simple motif de se prostituer. Vis-à-vis des TDS, cette loi a eu pour principal effet d'accroître leur isolement social et géographique, déjà grandissant depuis la loi n°2003-239, dans le but d'assurer une sécurité à leurs clients. Cela a donc accentué la clandestinité de l'activité et

⁶ <https://strass-syndicat.org/>.

l'éloignement aux soins et aux droits, puisqu'il devenait de plus en plus compliqué aux associations de santé de créer un lien avec cette population. Par ailleurs, le.a TDS alors considéré.e comme une victime, l'Etat a instauré un « parcours de sortie de la prostitution » (L. n°2016-444 LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (1), 2016) afin de proposer une alternative au travail du sexe et inciter à la dénonciation de réseaux de traite. Au vu du manque de place et de moyens alloués, ce parcours ne semble pour le moment pas une solution viable pour répondre aux problématiques de réinsertion sociale : par exemple, il est nécessaire de stopper « toute activité prostitutionnelle » afin de bénéficier de ce parcours de sortie et de l'indemnisation proposée qui représente 330€ par mois (STRASS, 2021). Dans un communiqué réalisé en 2015, le Défenseur des Droits Jacques Toubon explique : « Cette notion semble particulièrement inadaptée car elle oblige l'inscription des personnes prostituées dans une procédure prédéfinie sans permettre, une fois encore, la prise en compte de la diversité de leur situation. L'obligation pour les « victimes de prostitution » de cesser la prostitution si elles veulent pouvoir bénéficier de cette assistance ou protection est problématique » (2015). Enfin, un rapport présentant une synthèse comparative des effets de l'application de la loi 2016 vient aussi apporter une vision mitigée de l'évaluation de cette loi vis à vis de la conséquence de la pénalisation des client.es sur les TDS, du parcours de sortie et de « l'incertitude quant à l'impact de la pénalisation de la demande sur la traite des êtres humains » (Gaudy & Bail, 2020, p. 33).

Enfin, le dernier point législatif majeur est l'institution du Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique (2017) : celui-ci prévoit la protection des associations, professionnel.le.s et TDS des incriminations d'usage ou des incitations de recours à la prostitution, ce que la définition du proxénétisme via la loi 2016 n'avait pas spécifié. Peu connu, ce décret assure la légalité de plusieurs modalités d'intervention via le principe de réduction des risques (RDR) comme l'organisation de l'entraide et du soutien par les pair.es, la reconnaissance de l'expertise profane ou encore la médiation avec les forces de l'ordre afin de ne pas compromettre ces actions de RDR.

Ce décret nous éclaire alors sur l'ambiguïté qui plane dans la législation, entre les volontés d'abolir le travail du sexe mais celles de laisser le libre choix aux personnes concernées et de simplement les aider à limiter les risques liés à leurs pratiques. Malgré tout, ces lois ont principalement pour effet d'invisibiliser les TDS, de renforcer leur isolement et d'affaiblir le lien avec les structures de soutien.

- **Un regain d'intérêt sur la thématique en Bretagne depuis quelques années**

Depuis les années 2000 et la législation répressive envers les TDS, le travail du sexe de rue a fortement diminué, notamment pour se transposer sur internet via l'émergence du numérique. L'exemple de la ville de Rennes est flagrant, où le travail du sexe dans le quartier Saint Hélier a

complètement disparu. Pour les structures, aller à la rencontre des populations sur leur lieu de travail dans une démarche d'aller-vers n'était plus possible. Leur nombre a diminué jusqu'à ce que les lieux ressources sur le travail du sexe en Ille-et-Vilaine comme en Bretagne disparaissent.

Alors missionnée par la Direction Régionale des Droits des Femmes et de l'Égalité (DRDFE) dans le cadre de la loi 2016, l'association l'Amicale du Nid a mené en 2018-2019 un diagnostic régional pour la lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle en Bretagne. C'est l'un des premiers travaux réalisés sur le sujet jusque-là, permettant de visibiliser aux professionnel.le.s de santé et du social l'existence du travail du sexe dans la région et l'intérêt de travailler sur cette thématique. Dans la poursuite de ce processus, les « personnes en situation de prostitution » deviennent un public cible dans le plan régional breton de santé sexuelle 2018-2022 (2019, p. 11). Ceci permet alors de les intégrer dans les priorités régionales et donc de légitimer les projets portant sur la compréhension du phénomène prostitutionnel, des nouvelles évolutions technologiques existantes dans le domaine et enfin de mieux dynamiser le maillage associatif breton spécialisé sur le sujet. Chronologiquement s'ensuivra l'implantation d'une antenne de l'association L'Amicale du Nid dans le Finistère puis progressivement en Ille-et-Vilaine. Dans le même temps, une association de développement communautaire (Les Pétolettes) voit le jour à Rennes (35) mai 2020, ce qui sollicite dans la métropole un engouement et des moyens pour travailler sur le sujet.

2. Quand une pratique circonscrit l'identité d'une population

L'étiquette « travailleur.se du sexe » semble aujourd'hui vectrice d'une et unique représentation sociale : une femme, migrante, travaillant dans la rue, victimes de traumatismes sexuels et contrainte par un réseau de traite humaine (Horizontale, 2021). Elle a pourtant varié dans le temps bien que la notion de « morale » l'encadre toujours.

- [Politisation d'une pratique sociologiquement considérée comme « déviante » \(Mathieu, 2015b\)](#)

La plupart des études menées sur la prostitution a été rattachée au champ de la sociologie de la déviance car transgressant les normes de la sexualité : monnayer une sexualité – depuis longtemps associée à la vertu – est assimilé à la débauche et à l'immoralité (Comte, 2010; Mathieu, 2015b). Un double enjeu se pose au fur et à mesure de la prise en compte de la prostitution dans l'élaboration des politiques publiques : un enjeu sanitaire, du fait des propagations épidémiques et des risques de transmission, et un enjeu social d'encadrement de la population « débauchée », proposant alors le terme « d'encadrement social de la prostitution » (Fassin & Memmi, 2015; Mathieu, 2015b, Chapitre 2). Ainsi, depuis longtemps les débats autour du travail du sexe portent sur son caractère « moral », ainsi que sur les nombreux risques qui lui sont associés (maltraitance, violence, traite humaine)

(Mathieu, 2015b). Lorsque la pratique est évoquée, deux visions principales viennent s'opposer : la dimension « abolitionniste », portée par de nombreuses associations et institutions, stipulant que le travail du sexe est la facette la plus brutale du patriarcat où chaque travailleur.se du sexe se voit immédiatement considéré.e comme une victime, peu importe sa situation (Odobet, 2016, Chapitre 1) ; à l'inverse, une autre vision plus libérale « réglementariste » prône un usage libre des corps (encadré légalement par l'Etat), où l'individu en fait ce qu'il veut à partir du moment où il n'y est pas imposé. Une troisième voie d'analyse émerge dans les années 80 lors de l'apparition du sida et de ses nombreuses conséquences sur l'approche de la santé de l'époque : la réduction des risques prend alors de l'ampleur en complément des politiques sanitaires en vigueur (basées sur une approche plutôt universelle) et ce modèle s'impose comme un accompagnement non stigmatisant, non jugeant et centré sur la personne. Ceci tournant fut marqué par la réforme annoncée en 1995 par le plan Juppé (Ruellan, 2015) puis par la promulgation de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (2004). Cette approche se veut pragmatique, plus horizontale en termes de rapports de pouvoir et le savoir expérientiel (celui acquis par la personne concernée au cours de ses expériences personnelles) est mis en avant. Cette approche permet d'accompagner les personnes en fonction des besoins qu'elles évoquent, tout en leur apportant des outils ou informations pour continuer leurs activités en limitant le plus possible leurs risques (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, 2016).

Aujourd'hui, les politiques publiques en matière de prostitution sont étroitement liées aux politiques migratoires : pour les personnes immigrantes arrivant sur le sol français, le métier peut s'exercer sans la nécessité de papiers, permet d'avoir de l'argent rapidement et semble accessible. Or, les « politiques publiques européennes sont centrées sur l'empêchement des migrations non-européennes » les politiques ciblant la traite des êtres humains viennent alors appuyer ces choix politiques (Odobet, 2016, p. 54). Ainsi, les femmes migrantes travailleuses du sexe sont présentées comme victimes de cette migration, perdant leur positionnement en tant que sujet pour ne devenir qu'un objet de cette migration. Ces rapprochements entre politiques permettent de mieux saisir les logiques répressives vis-à-vis du TDS et l'importance de la traite humaine dans la perception du travail du sexe.

Enfin, cette étiquette de « déviance » posée sur les travailleur.se.s du sexe semble les démunir de tout pouvoir et capacité d'agir : aucune des personnes concernées n'élabore les politiques publiques faites à leur égard, perpétuant ainsi l'ambiguïté présente autour de cette problématique. De la même manière, les pouvoirs publics décrivent les TDS comme des personnes passives dans les schémas prostitutionnels, sans laisser de place à leur propre capacité à choisir, de raisonner et de décider pour iels-mêmes (Odobet, 2016, Chapitre 2). Cette « négation », expliquée via l'emprise des réseaux et

proxénètes sur les TDS ainsi que sur l'idée que personne ne peut se prostituer « par choix » complexifie la reconnaissance institutionnelle du travail du sexe ainsi que la possibilité d'une prise en charge globale de la personne.

- **L'approche santé chez les travailleur.se.s du sexe ne doit-elle pas se conjuguer au pluriel ?**

Comme nous venons de le voir, il est compliqué de catégoriser les besoins en santé des travailleur.se.s du sexe, au vu de l'hétérogénéité de leurs parcours et réalités. Pour autant, quelques études ont été réalisées sur un petit échantillon de personnes concernées par la Haute Autorité de Santé, (2016), par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Aubin et al., 2012) ou encore par l'Institut de Veille Sanitaire et la Fédération des acteurs de la solidarité (2013).

Il est possible, sans les figer dans le temps et l'espace, d'énumérer les déterminants de santé principaux qui peuvent impacter cette population.

Pour rappel, la santé est définie comme « un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Ainsi, cette définition permet une approche globale et plus uniquement sanitaire de la santé, avec une multitude de déterminants (comportementaux, environnementaux, liés aux politiques de santé, socio-anthropologique, etc).

- **Déterminants individuels et comportementaux**

La connaissance du système de santé français et des droits existants impacte forcément l'accès aux soins et droits possible : une partie des travailleur.se.s n'ayant pas forcément cette connaissance, il en résulte un non-recours. De la même manière, la barrière de la langue peut aussi freiner ces accès, auquel cas le recours à un.e interprète ou un.e médiateur.trice culturel.le peut dépasser cette limite.

Par ailleurs, il ressort de ces études une cumulation des facteurs de précarité, notamment psychique, ainsi qu'une plus grande prévalence aux addictions (InVS & FNARS, 2013). Les conclusions indiquent que la prévalence du VIH et d'autres IST (Infection Sexuellement Transmissible) semble influencée par les pratiques des TDS ainsi que de l'accessibilité de l'information, de matériel de réduction des risques tels que des préservatifs, du lubrifiants, des contraceptions d'urgence, etc (Aubin et al., 2012) ; les pratiques dans la communauté impactent aussi les pratiques individuelles (si la norme communautaire est constituée par l'absence de préservatifs, ceci va avoir des répercussions dans le rapport TDS-client.e, qui peut alors négocier le port du préservatif).

- **Déterminants économiques**

Le système juridique actuel permet aux TDS de se déclarer si iels en ont la possibilité, ce qui signifie être enregistré à l'URSAFF et déclarer ses revenus annuellement. En revanche, ceux-ci ne bénéficient

pas du droit commun en termes d'assurance maladie, chômage, vieillesse, etc, puisque rattaché.es au régime de travailleur indépendant ou auto-entrepreneur.

- Déterminants anthropo-sociologiques

Le « stigmat de la pute » semble avoir une répercussion majeure sur la qualité de vie de la TDS : celui-ci a été défini par Gail Pheterson (1996) comme le discrédit jeté sur une personne du fait de la prostitution (ou du soupçon de prostitution). Il semble interférer avec la prise en charge globale de la santé. L'étude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales rappelait que « les personnes se prostituant se heurtent par ailleurs à des difficultés supplémentaires, la stigmatisation et la discrimination. La difficulté pour les personnes de pouvoir aborder les questions de santé au regard de leur activité tant les représentations négatives autour de la prostitution, y compris de la part des personnels de santé, sont omniprésentes » (2013, p. 133). Ainsi, cette étiquette semble impacter l'état de santé global des personnes concernées, au-delà de la simple notion de bien-être mental et de l'influence du statut social.

- Déterminants liés aux politiques publiques et systèmes de santé

Comme nous l'avons vu plus haut, le travail du sexe est légal en France, mais l'achat de services sexuelles est un délit. Pour pouvoir exercer, les TDS doivent donc se cacher afin de protéger leurs clients des forces de l'ordre. Un isolement forcé qui rompt leur environnement social et physique, ce qui les met en double positionnement de vulnérabilité face à des potentiels proxénètes ou à des client.es agresseur.se.s. Ceci accroît alors le risque de subir des violences (physiques, sexistes, sexuelles, etc). De la même manière, la répression policière exercée à l'encontre de cette population est un facteur de précarité sociale et mentale : se sentir constamment chassé.e et craindre une possible arrestation si en situation irrégulière renferme les TDS dans leur isolement et complique leurs accès aux soins et aux droits (Odobet, 2016, Chapitre 2).

Au-delà des constats réalisés sur le travail du sexe compte tenu de l'encadrement français actuel, une analyse du communautaire peut apporter des pistes de réflexions sur la compréhension des logiques individuelles et collectives des TDS mais aussi sur les stratégies et outils existants en promotion de la santé.

B. La communauté : un concept vaste mais qui prend tout son sens en promotion de la santé

Il existe différentes dimensions liées à la stratégie communautaire. Sa place dans le paysage institutionnel varie et de multiples ressources mobilisables nécessaires à la gestion de projet sont répertoriées. Avant de les présenter, une explicitation du terme « communauté » s'impose.

1. Les perspectives socio-historiques des communautés

Le concept de communauté semble difficile à définir, notamment par la subjectivité de ce qui rapproche les individus entre eux. Il n'existe ainsi pas de consensus sur une et seule définition, mais de nombreuses pistes « ouvertes », propices à la réflexion, demeurent.

- **Les tentatives de définition du « commun » : ce qui rassemble autour d'un consensus et qui permet d'agir dessus**

Si définir la « communauté » est hasardeux, il est en revanche possible de définir ce qui fédère en communauté, comme par exemple l'existence d'un problème commun chez plusieurs individus et la volonté d'agir dessus. « La communauté ne ressent pas forcément une identité commune, mais au moins un problème commun. [Elle peut être] définie par le lien social, lieu de vie, de travail » (Marco, 2008). C'est donc une approche communautaire qui est ici mise en valeur, et non une essentialisation du communautaire.

Pour étayer cette tentative de compréhension, Hyppolite et Parent (2017, p. 182) proposent d'expliquer les contours d'une communauté via trois indicateurs qui semblent récurrents dans la littérature, permettant de distinguer trois types de communautés :

- Les communautés géographiques (partageant un même territoire géographique) et synonyme d'appartenance sociale
- Les communautés d'intérêt, partageant des mêmes difficultés sociales
- Les communautés d'identité et d'affinité

Pour autant, une communauté n'est pas figée dans le temps et évolue en fonction de ce qui rassemble ; celle-ci peut partager plus qu'un seul des critères ci-dessus (être à la fois sur un même territoire spatial avec une identité commune).

Il est intéressant de décortiquer la notion de « communauté des travailleur.se.s du sexe » afin de comprendre pourquoi le terme communauté est utilisé et quel en est le « liant » : tout d'abord, parler « des TDS », sous-entendant « la » communauté des travailleur.se.s du sexe permet de l'uniformiser, d'en faire un et unique élément du paysage sociétal. Cette terminologie est utilisée par les institutions

mais aussi par les associations de terrain. Ceci peut s'expliquer via le prisme du stigmatisme et de la marge, où cette communauté regroupe des personnes aux vécus et histoires différentes mais qui se retrouvent via cette marginalité, le « eux » en opposition au « nous » proposé par Norbert Elias dans son étude « *The Established and the Outsiders* » (1994). Il y a alors une opposition sociale de pratiques, des mœurs qui permet de différencier ce public du reste de la société. Au-delà de cette catégorisation sociale et de cette identité imposée, il est possible d'analyser au sein de cette population un intérêt commun : la lutte contre les violences. Les lois répressives vis-à-vis du TDS ont eu pour conséquence des mobilisations de personnes concernées contre la législation afin de promouvoir les droits humains et lutter contre toutes formes de violences (directement ou indirectement liées à la législation française). Par ailleurs, cette uniformisation a pour conséquences d'effacer toutes les singularités spécifiques de cette population : les différences de pratiques (la domination est très éloignée du massage érotique par exemple), de statut social (le statut d'escorte ne convoie pas les mêmes représentations que celui de travailleur.se de rue), de conditions de vie, etc. Ainsi, aborder le travail du sexe sous l'angle d'une communauté a pour conséquence de gommer tous les éléments complexes qui la composent tout en fédérant un collectif autour d'un souhait de changement commun. De cette sorte, une communauté permet à la fois de rendre collectif et public des problèmes et ressentis privés.

- **Faire « avec » et plus seulement « pour » : le mot d'ordre de l'action communautaire**

Après avoir tenté de mettre des mots sur les contours de communauté et du commun, il devient pertinent d'explicitier le concept d'action communautaire : c'est une des stratégies existantes en promotion de la santé présentée dans la Charte d'Ottawa, texte fondateur de la promotion de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). Pour rappel, la promotion de la santé « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986), impliquant la « participation réelle et effective des populations » et visant à termes les processus *d'empowerment* individuels, organisationnels et collectifs ; c'est donc un processus positif où la santé est présentée comme « une ressource quotidienne ». Par ailleurs, les déterminants sociaux de la santé, définis par l'OMS comme les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS, 2011) viennent impacter l'état de santé d'une population tout au court de leurs vies en engendrant des inégalités sociales de santé. Ainsi, chaque individu ne naît pas égal face à la santé puisqu'une multitude de déterminants (tels que la catégorie sociale des parents, l'accès physique aux systèmes de santé, etc.) coexistent et sont en interaction permanente les uns avec les autres. Différents cadres conceptuels proposent de schématiser ces interactions afin de mieux percevoir cette complexité.

Au-delà d'être en interaction, ces déterminants « peuvent être relatifs au statut et aux conditions sociales d'existence » (Breton et al., 2017, p. 83) ; le droit à la santé étant universel et intemporel, il devient possible d'agir dessus en le conscientisant et en accompagnant les populations les plus impactées, dans une visée d'équité sociale. En effet, il incombe aux sociétés démocratiques la nécessité d'œuvrer vers plus de justice sociale afin de compenser le poids de ces déterminants sociaux dans la vie de ses citoyen.ne.s. Ce modèle ne doit plus se baser sur le principe de mérite et pose la question de l'universalité de la santé et de son accès aux soins : la notion de « discrimination positive » est une des stratégies permettant, à termes, de proposer un accès aux soins universel. Pour offrir une « réelle » équité entre chaque individu, il convient d'accompagner les populations les plus vulnérables sur l'utilisation des ressources existantes via le développement des capacités à s'en saisir. Ainsi, la lutte contre les inégalités sociales de santé et les injustices liées à l'inégale répartition des ressources entre les différents groupes populationnels s'inscrit dans la visée d'une transformation sociale de la société, afin d'offrir réellement à tou.te.s les mêmes chances et ressources en santé (Aïach & Fassin, 2004; Lang, 2010).

L'action communautaire s'inscrit parfaitement dans cette lignée puisque celle-ci favorise au maximum la participation⁷ des populations, participation aujourd'hui reconnue comme un droit (OMS, 1978) : l'un des enjeux principaux de cette stratégie est de ne plus « faire pour » une population en s'appuyant sur les données statistiques existantes pour connaître les besoins, problèmes et ressources majeures ni de se baser sur des champs de représentation préconçus face à une problématique mais de « faire avec » les personnes directement concernées, en leur donnant la possibilité d'étayer ces propos avec leurs propres vécus, besoins, s'assurant ainsi de la pertinence de l'action. Ce constat fut mis en avant par Paolo Freire dans ses travaux sur la pédagogie critique (Freire & Macedo, 1987). L'idée est alors de mettre à disposition le plus de ressources et d'outils possibles pour parvenir à ces transformations sociales en repositionnant les rapports de pouvoirs existants et en les questionnant.

Via leur participation, cette stratégie permet aux personnes concernées de développer leurs capacités de « choisir, de décider et d'agir en fonction de [leurs] propres décisions » (Breton et al., 2017, Chapitre 7). Ces capacités peuvent être présentées à travers la notion d'*empowerment*, ou du développement du pouvoir d'agir. Dans l'ambition d'atteindre ce but, il est alors nécessaire d'œuvrer pour un partage des pouvoirs et des savoirs entre les populations concernées et les « facilitateur.trice.s communautaires »⁸ lors de la mise en place de projets en brisant la traditionnelle distance « professionnel/expert – individu/profane ». Enfin, ce re-balancement du pouvoir permet

⁷ Il existe plusieurs niveaux de participation possibles bien que les niveaux les plus élevés (partenariat, délégation de pouvoir, contrôle citoyen) soient privilégiés dans le cadre d'une action communautaire. (Breton et al., 2017)

⁸ Le.la professionnel.le qui accompagne une action communautaire.

aussi de remettre en question les rapports de pouvoir existants aux seins de nos systèmes de santé traditionnels (Organisation Mondiale de la Santé, 1986), parfois liés au statut social des soignant.es, aux représentations vis-à-vis des populations toujours dans l'idée de réappropriation individuelle et collective de la santé.

- **L'évolution de l'action communautaire en santé publique : l'oscillation entre partenaires privilégiés et désintéressement**

Dans la littérature, plusieurs mots sont utilisés pour parler des diverses formes existantes d'action communautaire : en termes de stratégie, pour définir le concept ; en termes d'action pour concrétiser la notion de communautaire en un projet ; santé communautaire, pour spécifier que ce projet s'inscrit dans une démarche en santé publique. Ainsi, bien que les terminologies aient varié au fil du temps, la prise en compte et la reconnaissance du communautaire a évolué.

L'action communautaire émerge via la nouvelle approche de la santé publique et de la promotion de la santé lors de la déclaration d'Alma Atta sur les soins primaires (1978). C'est dans ce contexte que la participation est reconnue comme un droit : « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». De cette sorte, le rôle de l'action communautaire a été de nouveau accentué durant les conférences internationales qui suivirent du fait des objectifs *d'empowerment* qui lui sont conférés (Breton et al., 2017, Chapitre 7). Comme présenté précédemment, l'action communautaire a permis de trouver de nouvelles stratégies en réponse à la propagation dévastatrice et marginalisante du VIH dans les années 80 : en effet, la honte et le stigmatisme associés isolent les malades et freinent d'autant plus les dépistages (Mellouk, 2010). C'est dans ce contexte que les formes d'auto-organisation et d'auto-supports s'organisent en proposant un suivi au plus près des malades (AIDES, 2021). Ces organismes, majoritairement associatifs, deviennent alors des partenaires privilégiés en santé publique, s'imposant de fait dans le paysage pour pallier les manques de l'Etat en la matière

Bien que l'action communautaire soit une stratégie fondée sur des données probantes en termes d'efficacité avec ses nombreuses valeurs qui lui sont associées (justice sociale, équité, lutte contre les inégalités de santé, etc), nous constatons toujours des moyens et finances variables qui lui sont alloués (Breton et al., 2017, p. 179) : par exemple, cela peut être dû par la temporalité et durée différentes pour ce type de projet ou encore par les modes d'action éloignés des approches universelles. Enfin, il existe une attention centrale portée quant de la finalité de cette stratégie : il arrive que celle-ci ne soit plus centrée sur la santé des populations et leurs *empowerments*, mais au profit de la santé publique pour plusieurs raisons (comme la légitimation de l'institution) (Breton et al., 2017). Ainsi, dans une perspective *d'empowerment*, il convient de rester vigilant à ce que cette stratégie reste une finalité, comme la redistribution du pouvoir et des ressources au sein d'une

société » et non une participation « utilitariste , un moyen pour assurer l'efficacité d'une intervention sociale (Breton et al., 2017, p. 338). Aujourd'hui, il existe une multitude de pratiques « communautaires » qui peuvent chacune avoir des visées et objectifs spécifiques. Elles n'en restent pas moins des stratégies intégrées à un projet de développement social visant l'émancipation des populations sans l'obligation d'institutionnalisation, afin de laisser la porte ouverte et une place égale à tou.te.s les acteur.trice.s oeuvrant dans le domaine (Jourdan et al., 2012).

2. Mettre en place un projet communautaire : vers la prise en compte de la complexité écologique et une interdisciplinarité

Au regard de cette revue, j'ai donc mis en parallèle les objectifs de la commande de stage avec les outils existants et la population concernée. S'agissant de personnes largement stigmatisées, aux parcours hétéroclites et face à une ambiguïté légale, il apparaissait intéressant de travailler « en communauté » en se concentrant sur le pouvoir d'agir.

- *La communauté comme déterminant de santé et levier à l'empowerment*

En effet, la « la santé communautaire met en œuvre une action collective locale » en partant du postulat que cette implication collective produit des changements individuels (Boudinet, s. d.). Ce travail collectif permet au groupe entier de transformer ses normes, ouvrant ainsi la porte à une dynamique de changement : c'est pour cela que la communauté est un déterminant de santé, en tant qu'influence du milieu de vie. Le prisme de la communauté et du collectif est ainsi conseillé dans le programme de l'OMS sur les interventions auprès des TDS (2015), où l'autonomisation des communautés est la principale stratégie à privilégier au vu des données probantes existantes, car à la fois une « intervention en elle-même et un levier essentiel à la planification, à la mise en œuvre et à un suivi efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH et des IST ». La communauté des travailleur.se.s du sexe rennais.es étant principalement invisible (en protection face aux lois, violences) et silencieux.es (suite à l'imposition du statut victimaire et « vulnérable » ((Odobet, 2016, p. 72)), l'élaboration d'un diagnostic communautaire était l'opportunité de leur donner la parole et de les laisser s'exprimer quant aux sujets qui les concernent. Cette commande avait plusieurs objectifs : permettre de constater l'état de santé de cette population ainsi que les besoins présentés ; rassembler les professionnel.le.s de santé autour d'une culture commune et de projets communs ; enfin, développer une dynamique communautaire au sein de la communauté TDS ainsi qu'avec les professionnel.le.s de santé et institutionnels.

La communauté est également une réponse intéressante face au poids du stigmaté : la notion d'entraide entre « pair.es » prend son sens puisqu'il s'agit de personnes ayant en commun le travail du sexe ainsi que toutes ses spécificités (stigmaté, marginalisation, tabou, finance...). Il existe donc au sein de la communauté un espace « hors-norme », où il est possible d'en parler librement sans

s'encombrer des peurs habituelles dans la vie sociale de tous les jours⁹. Cet espace peut intégrer des personnes non concernées par le TDS mais formées et conscientes du sujet – sans prendre leur place pour autant. Cela permet aux personnes concernées de savoir qu'elles peuvent parler en toute liberté, sans crainte de jugement ni de moralisation. C'est donc par la prise en compte des expériences individuelles que des transferts de compétences et des transmissions de savoirs peuvent s'opérer. La communauté permet alors de créer un espace « safe »¹⁰ (sécurisé en anglais), qui peut par la suite servir de pont entre les membres de la communauté et les professionnels de santé, les institutions, les collectivités, etc.

- **Comment « faire communauté » ? La nécessité d'une méthodologie spécifique à chaque projet**

Ainsi, l'approche communautaire semble pertinente vis-à-vis du contexte local d'intervention. En outre, l'intérêt de ce diagnostic est de faire émerger les problèmes collectifs que vivent les TDS en tant que groupe populationnel. Pour autant, il peut sembler laborieux de créer une cohésion au vu des diversités des formes de prostitution, des catégories des publics concernés, etc. Se pose alors la question du potentiel dénominateur commun qui pourrait permettre à toute personne se reconnaissant dans l'étiquette « TDS » d'avoir un point de convergence. La notion de « violence » pourrait être une bonne base : difficilement objectivable (ce qui est violent pour moi ne l'est pas forcément pour l'autre), cela pourrait mettre en avant les singularités existantes, en permettant de laisser ce sujet ouvert aux réflexions et débats¹¹.

Il existe tout de même des éléments à prendre en considération afin de proposer un cadre propice à la participation. Tout d'abord, les notions de confiance et de transparence sont extrêmement importantes (Ayerbe et al., 2011): le stigmata ou la crainte du stigmata de la part des personnes concernées peut être relativement présent lors des interactions, voire les orienter.

Afin de favoriser la participation, une information claire sur les tenants et les aboutissants du diagnostic réalisé permet de mettre en confiance les TDS (Carrel, 2013, Chapitre 4). Il convient donc de préciser clairement les objectifs visés, les motivations de l'enquête et la place que peuvent prendre les personnes concernées. Par ailleurs, en acceptant de participer à l'enquête, la personne concernée est détentrice d'un savoir que recherche l'enquêteur. Cette confiance est donc un préalable *sine qua non* au bon déroulement de ce diagnostic et vis-à-vis des relations entre les personnes concernées

⁹ « La planète entière nous rejette, alors on s'autorise cet espace pour nous », extrait d'entretien 1.

¹⁰ Le mot « safe » a été défini par une TDS lors d'un entretien comme un lieu « avec de l'écoute », où il n'y aura pas « une réaction disproportionnée [...] ou un truc qui sera pas forcément agréable [...] avec de] la bienveillance et pas de jugement. ».

¹¹ Cette réflexion est issue de questionnements actuellement présents au sein de l'association Les Pétroleuses.

et le.a facilitateur.trice. L'explicitation permanente de ce qui est réalisé construit cette confiance, notamment face à un public méfiant.

Enfin, il est important de prendre en compte la temporalité du projet (Bantuelle et al., 2001): la démarche communautaire s'inscrit dans un processus, plus précisément un processus de développement social. Par exemple, il peut être nécessaire d'attendre plusieurs mois voire plusieurs années avant qu'une population n'accorde sa confiance à un.e facilitateur.trice ou bien se reconnaisse dans le projet. Si celui-ci travaille de manière permanente sur ce projet et en a une visibilité, ce n'en est pas forcément le cas des populations rencontrées. Il est donc nécessaire de s'adapter à leur rythme sans brusquer les choses en souhaitant « faire à leur place ».

- [A la croisée des savoirs : entre éducation populaire, lien social, partage d'expérience et montées en compétences](#)

Il existe quelques guides autour du diagnostic communautaire, offrant ainsi plusieurs perspectives d'action (Bantuelle et al., 2001; Marco, 2008). Je me suis par ailleurs inspirée de la méthode du diagnostic de santé communautaire de la population des « gens du voyage » du Rhône (Faya, 2002). Enfin, je me suis intéressée aux outils d'éducation populaire existants, notamment via les ressources de la Trame¹², pour mieux cerner les enjeux présents à chaque temps fort du projet.

Sur le conseil d'une de mes tutrices, j'ai découvert le principe de l'enquête conscientisante : c'est un processus d'action collective qui se veut horizontal entre chaque acteur.trice et valorise l'expertise de chacun.e tout en proposant du recul et une prise de conscience sur les réalités socio-culturelles que vit une population (Bantuelle et al., 2001; Breton et al., 2017, p. 90). Pour ce faire, il est très important de mettre à disposition plusieurs moments et modalités propices à ce processus, par exemple en proposant des rencontres individuelles puis collectives avec la.e facilitateur.trice. Ces deux temps peuvent être nécessaires pour plusieurs raisons : tout d'abord, pour permettre à la personne concernée de revenir sur ce qu'elle a dit lors d'un échange précédent ; dans un second temps, ces deux moments induisent des dynamiques différentes dans le processus, et peuvent interagir ensemble. Par exemple, un regard collectif sur une donnée peut permettre d'approfondir le sujet si un désaccord apparaît au sein du groupe.

Ce diagnostic ne pouvait se faire sans la participation réelle et effective des personnes concernées : il était nécessaire qu'elles puissent se réapproprier les résultats afin de pérenniser le développement communautaire tout en étant acteur.trice de sa santé.

¹² La Trame est une activité indépendante au sein de la coopérative d'Activités et d'Emploi Oxalis. Elle « croise les fils du développement communautaire, de l'éducation populaire et de la dynamique de groupe, dans une visée d'émancipation des personnes et des collectifs ».

C. L'influence de l'action communautaire sur l'état de santé des travailleur.se.s du sexe : perspectives de recherche et problématisation

Au regard des questionnements existants dans la littérature sur les méthodologies d'approche du travail du sexe en termes de santé publique ainsi que des modalités et outils communautaires existants, des pistes de recherche et des perspectives d'action sont constatées. Je me suis donc posé la question du communautaire vis-à-vis de l'accès aux soins : plus précisément, des interactions existantes entre ces deux concepts et de leurs « poids » respectifs. La communauté des TDS de Rennes est une communauté « silencieuse », qu'il est difficile de rencontrer et parfois même d'appréhender face aux manques de ressources existantes sur le sujet.

Durant mon année scolaire, j'ai eu l'opportunité de travailler sur l'accès aux soins des TDS rennais.es du point de vue des professionnel.le.s avec ma collègue Maëla Cariou : nous avons souhaité comparer les accompagnements et prises en charge entre les structures communautaires et les structures de droit commun. Ceci nous permettait d'esquisser les freins et leviers existants à l'accès aux soins de cette population en fonction du type de structure. Nous nous sommes d'abord heurtées à une méconnaissance de ce public parmi les structures, même si les associations de santé communautaires en semblaient plus proches (Cariou & Poncet-Bernard, 2021). Nous nous sommes donc posé la question de la place réelle ou supposée du travail du sexe en consultation ainsi que de sa pertinence. Par ailleurs, l'arrivée des Pétroleuses et de son travail d'aller-vers virtuel a fait émerger d'autres problématiques liées à la notion du « commun » et des possibles (futurs) relations entre des TDS aux vécus éloignés les un.es des autres. Enfin, je me suis interrogée sur la force du stigmate de prostitué.e dans la relation à l'autre (Comte, 2010), et plus particulièrement aux personnel.le.s de santé en me demandant comment ce stigmate pouvait s'affaiblir et améliorer la prise en charge, ou à l'inverse bloquer le processus d'accès aux soins.

Ces premiers éléments m'ont amené à me demander comment le développement communautaire, ici initié par Les Pétroleuses, pouvait favoriser (ou non) l'accès aux soins et aux droits des travailleur.se.s du sexe rennais.es. Le diagnostic a consisté en la collecte de données liées à l'accès aux soins des TDS, et en l'analyse des freins et leviers existants pour cerner les besoins de cette population en réponse à ces constats. Une emphase sur la compréhension des dynamiques communautaires fut posée afin d'en délimiter sa portée et ses singularités. La méthodologie utilisée s'inscrivait dans une démarche de réappropriation de leur santé par les personnes concernées. Une valorisation de leurs expériences et stratégies individuelles ainsi que leur positionnement en tant qu'acteur.trice ont donc encadré ce travail, au regard des principes guidant la promotion de la santé.

II. Méthode mise en œuvre pour réaliser ce diagnostic communautaire exploratoire et justifications

Cette méthodologie a été construite au regard d'un territoire et d'une population spécifique. De cette sorte, il fut indispensable d'y proposer des outils sur-mesure. La facilitation communautaire semblait adaptée, permettant aux participant.es de trouver la place qu'ils souhaitaient.

A. Population et territoire ciblés : de quelle communauté s'agit-il ?

L'appellation « travail du sexe » recouvrant un champ de métier très divers, j'ai fait le choix de rencontrer uniquement des personnes proposant des services sexuels « réels » avec des clients. Les TDS rencontrés travaillaient tou.te.s avec une annonce visible sur des sites d'escorting (internet) et les pratiques étaient variées : certain.es proposaient le « girl-friend experience », soit avoir une relation affectueuse avec le client ; d'autres proposaient de la domination, soit une relation dominant.e-dominé.e avec le.la client.e avec un rapport de pouvoir préétabli et des codes spécifiques au BDSM (Bondage-Domination-Sado-Masochisme).

J'ai pu rencontrer ces personnes grâce à l'aller-vers virtuel¹³ réalisé en amont par les Pétrolettes et aux gouters organisés deux fois par mois. Je me suis entretenue avec 10 personnes lors d'entretiens individuels, et 7 personnes étaient présentes à l'atelier collectif¹⁴. Quatre d'entre eux sont bénévoles au sein de l'association et participent à la vie de la structure. Leur âge variait entre 19 et 35 ans, et ils étaient tou.te.s issu.es de milieux différents. Seule une personne n'était pas installée dans Rennes Métropole (en situation irrégulière et mobile sur tout le territoire français) : ce périmètre a été défini en fonction du périmètre d'action des Pétrolettes. Enfin, la durée d'entrée dans le travail du sexe variait de quelques mois jusque 6 ans.

B. La facilitation communautaire : un processus actif qui vise *l'empowerment*

- Objectifs de cette démarche

C'est un processus qui vise le développement de *l'empowerment* individuel et collectif, et qui part du postulat que les personnes concernées sont placées en acteur.trice et expert.e de leur santé. Les objectifs de cette démarche rejoignent les objectifs de la commande et donc les enjeux soulevés par

¹³ L'aller-vers virtuel consiste à contacter les TDS via les annonces en ligne et à leur présenter les services de l'association. Voilà le contenu d'un message type :

« Hello !

Je m'appelle ***** , je suis bénévole à l'association Les Petrolettes. Si t'as besoin de matériel (capotes, lub) ou de discuter avec quelqu'un, hésite pas à envoyer un message au 0631609925. Il y a aussi des permanences tous les vendredis à Iskis.

Bonne journée 😊 »

¹⁴ Parmi ces 7 personnes, seules 2 n'avaient pas réalisé d'entretien.

les structures porteuses du stage. Pour rappel, il y avait la volonté de créer une dynamique communautaire entre les TDS rennais.es, les professionnel.le.s de santé globale et les institutions. Il y avait par ailleurs le souhait de recueillir des données sur les besoins en santé existants, de repérer les lieux qui étaient déjà identifiés en termes d'accès aux soins et aux droits ainsi que de constater les freins/leviers repérés (mis en évidence par les personnes concernées ou relevés lors des entretiens individuels). Enfin, le dernier objectif est de fédérer les partenaires existants autour d'un échange, permettant à tou.te.s d'établir une culture commune et une confiance afin de travailler collectivement.

Pour permettre le positionnement des TDS comme acteur.trice, il était important de leur permettre de s'approprier les résultats récoltés lors des entretiens individuels via un temps en collectif. Ce processus est donc fondé sur trois dynamiques : la dynamique individuelle, la dynamique intra-communautaire et la dynamique inter-communautaire. L'idée est de permettre aux TDS de partir de soi (et de ses expériences personnelles) pour progressivement aller vers le collectif.

Pour susciter la dynamique individuelle, nous avons proposé des entretiens individuels semi-directifs avec les TDS. La grille d'entretien (annexe 1) était divisée en trois grandes thématiques : les représentations sur la santé, le ou les liens qui pourraient exister entre le travail du sexe et la santé et les perspectives locales (les premières choses qui seraient à changer selon elles en termes d'accès aux soins et aux droits¹⁵).

La *dynamique collective* devait me permettre de restituer une pré-analyse de ces résultats aux personnes concernées, afin de leur permettre de confirmer ou infirmer ces résultats, de les nuancer si besoin et de leur donner plus de matière. Étaient invité.es à ce temps les TDS uniquement, ayant répondu ou non à l'entretien individuel. Il était capital de proposer une restitution des plus accessibles possibles et favorisant les échanges. J'ai proposé trois ateliers qui reprenaient les trois parties de la grille d'entretien. Le premier présentait un nuage de mots collectés lors des entretiens individuels décrivant la « santé ». Ceux-ci étaient mis en perspective avec les définitions de l'OMS, et les participant.es rajoutaient des mots si besoin. Le deuxième atelier s'intitule « le Village santé » : en amont sur une feuille A2, Agathe et moi avons dessiné les différents piliers de la santé existants (physique, mentale, sociale et santé globale) sous forme de carte – pour que ce soit le plus visuel possible. Cet atelier permettait de confirmer les structures identifiées par les TDS en entretiens ; de les catégoriser en fonction du ou des piliers de la santé selon les types de services proposés ; puis d'y apposer les freins et les leviers à l'aide de post-it vierges (annexe 2 et 3). Dans un troisième temps et en écho aux freins et leviers identifiés, l'atelier « Escalier du Bien-être » permettait aux participant.es

¹⁵ Même si la commande était orientée vers l'accès aux soins, l'accès aux droits en est trop étroitement lié pour ne pas être évoqué. Ainsi, toutes les questions proposeront d'inclure les deux types d'accès dans les réflexions.

de répondre à la question : « Dans l'idéal, qu'est ce qu'il faudrait changer à court, moyen et long terme concernant l'accès aux soins et aux droits existants ? ». J'avais prévu de reprendre des idées énumérées lors des entretiens mais au vu de la fatigue du groupe j'ai choisi de distribuer des post-its vierges et laissé les participant.es venir les apposer elleux-même (annexe 4).

La troisième *dynamique inter-communautaire* se concrétisait par une restitution aux professionnel.le.s de santé afin d'apporter à la fois de la matière concrète pour appuyer leurs professionnalité et proposer de développer une culture commune. Cette restitution s'est déroulé en visio-conférence avec la participation d'une dizaine d'acteur.trice.s locaux (professionnel.le.s de santé, représentants d'institution).

Etant donné le caractère exploratoire du diagnostic, ces trois dynamiques ont vocation à se perpétuer, possiblement de manière simultanée et en proposant à termes aux professionnel.le.s de participer au deuxième temps (si les TDS en sont d'accord). Par ailleurs, il était nécessaire de réaliser les rencontres avec les personnes concernées dans un lieu considéré neutre ou catégorisé comme sécurisé (sans la crainte d'être perturbé, jugé) et la flexibilité est bien sûr de mise : mes temporalités de travail et d'action n'étaient pas les mêmes que celles des TDS ni des professionnel.le.s de santé, il était donc nécessaire d'être patient et adaptable.

- Séquençage du diagnostic

Voilà un schéma qui synthétise et met en perspective les différentes étapes phares du diagnostic exploratoire.

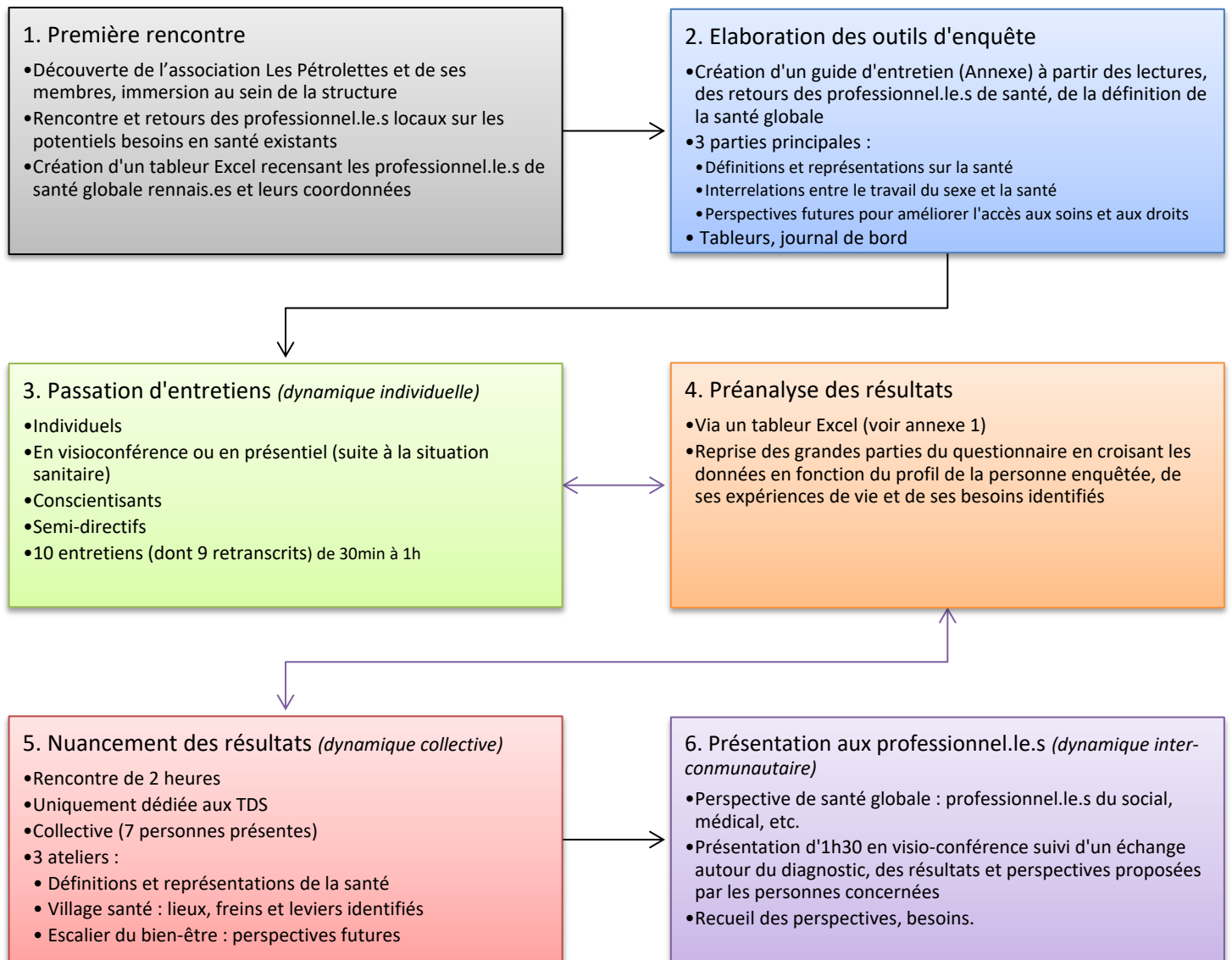


Figure 1 Séquençage du diagnostic dynamique

- **Positionnement professionnel**

Durant cette enquête, je me suis positionnée en tant que facilitatrice communautaire : j'avais un rôle de médiation pendant les échanges, que ce soit de la médiation intra-communautaire (au sein du groupe) ou inter-communautaire (faire le lien entre les personnes concernées, les professionnel.le.s de santé et les institutions.). Pour me préparer au mieux au recueil de témoignage, je me suis servie du Guide d'accompagnement au témoignage réalisé par Aides (2008) et qui propose quelques repères dans le recueil et dans les réactions, postures à adopter lors du recueil. J'avais une écoute active ainsi qu'une posture non jugeante lors des échanges, afin de réagir le mieux possible à ce qui m'était partagé.

En outre, j'étais la plus honnête et transparente possible concernant mes enjeux dans ce processus. Je présentais mon « point de vue situé » dans la démarche : cette explicitation permet de questionner l'objectivité de l'intervenant.e communautaire (parfois vécue comme froide et violente) tout en disposant d'un recul à l'égard du processus (Fuks, s. d.). Ainsi avant chaque intervention, je me repositionnais sur qui j'étais, pourquoi je travaillais sur ce diagnostic, ce que cela signifiait et ce que « j'attendais » de ces moments. C'était donc bien une posture de médiation, et non d'expert que j'ai souhaité adopter pour ne pas influencer la relation participant.e-facilitateur.trice avec des rapports de pouvoir. La clé de ce diagnostic repose dans la relation de confiance entre l'intervenant.e et la population ; la présence de rapport de pouvoirs aurait compromis la posture d'acteur.trice des personnes concernées.

- **Outils utilisés**

Pour me préparer, suivre au mieux l'évolution du diagnostic et garder une certaine forme de recul, j'ai utilisé beaucoup d'outils. Au-delà de la revue de littérature qui a aiguillé ma méthodologie, j'avais toujours un carnet de notes à ma disposition pour retranscrire des situations que j'observais ou des discussions non enregistrées. J'ai enregistré tous les entretiens réalisés et les ai retranscrits intégralement par la suite¹⁶. J'ai préanalysé les entretiens à l'aide d'un tableur EXCEL : à partir de la grille d'entretien, j'ai noté les éléments qui ressortaient dans chaque entretien pour ensuite les mettre en perspective les uns des autres et dans leurs globalités. Outre les outils mobilisés pendant les ateliers collectifs, j'ai créé un tableau regroupant les professionnel.le.s de santé rencontrés dans la phase 1, recensant les envies et besoins de leurs parts sur le sujet et invitant à participer à la restitution finale.

¹⁶ J'ai malheureusement perdu un enregistrement d'entretien suite à un problème informatique.

III. Résultats et analyse des besoins en santé des TDS rennais.es et de la place de l'action communautaire

Avant de percevoir les enjeux possibles de l'action communautaire dans l'amélioration de l'accès aux soins des TDS rennais.es (et donc des perspectives possibles), il convient de repérer et d'analyser les données récoltées durant l'enquête. Ainsi, dans un premier temps seront analysées les représentations qu'ont les personnes enquêtées sur la santé, ainsi que les besoins principaux qui ressortent en termes de santé globale et les déterminants de santé constatés. Par la suite, nous verrons les structures identifiées en termes d'accès aux soins et aux droits ainsi que les freins et/ou leviers repérés. Une dernière partie sera dédiée à l'action communautaire, ses limites et avantages vis-à-vis de cette population et les perspectives futures plus globales en matière d'accès aux soins.

A. Représentations sur la santé, déterminants principaux et besoins en santé physique, mentale et sociale : un état des lieux

1. Perceptions de la notion de « santé »

Dans la globalité des entretiens, la santé n'était pas envisagée uniquement sous le prisme de la santé physique : un point d'attention était effectivement posé sur l'importance du psychique et de la place de la santé mentale dans l'état de santé global. Pour autant, la notion de santé sociale, qui peut s'entendre comme « les mêmes chances et accès aux biens et services nécessaires pour un fonctionnement optimal en tant que citoyen »¹⁷ n'est pas apparue explicitement au cours des entretiens ; celle-ci transparissait indirectement dans les notions « *d'accessibilité* », de la « *santé pour tous* » présentée sous l'angle de la justice sociale. Par ailleurs, il ne ressortait pas une perception strictement binaire d'une « bonne » ou « mauvaise » santé, mais plutôt une approche fluctuante. Enfin, cette santé n'est pas non plus envisagée « négativement » via l'absence de maladie, mais perçue comme un continuum entre un état acceptable et à remédier. En outre, il apparaissait au cours de l'enquête une bonne compréhension des terminologies et concepts utilisés en santé publique, comme par exemple les notions d'accès aux soins, de parcours de soin. En revanche, une mécompréhension du système de soin était flagrante : par exemple, un.e enquêté.e qui se sentait très à l'aise avec ces terminologies semblait dépassé.e par le fonctionnement administratif du médecin traitant face à son souhait d'en changer.

¹⁷ Russell RD. Social Health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education* 1973; 16:74-86.

2. Déterminants de la santé repérés

De nombreux déterminants de santé ont été explicités, sans nécessairement de lien direct avec le travail du sexe. Ceux-ci seront présentés en fonction du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (annexe 5) : étaient mises en avant :

- Les caractéristiques individuelles : la notion de « *privilège* » d'être en bonne santé avec la prise en compte de l'hétérogénéité des santés et de leurs subjectivités (une personne parlait de « *vivre au mieux avec ce qu'on a malgré les désagréments* ») ; par ailleurs, l'accès à la connaissance et l'information semblent déterminantes dans l'accès aux soins et dans la connaissance des droits
- Les caractéristiques liées aux milieux de vie : le « *rôle de l'environnement* » était souvent conscientisé, avec l'importante présence du stigmaté de prostitué.e dans le rapport aux autres (famille, ami.es, professionnel.le.s de santé, etc). La communauté semble avoir une place importante dans le rapport à soi, à la profession et au stigmaté.
- Les caractéristiques liées aux systèmes : un sentiment de rapport de pouvoir avec l'institution médicale s'avère très présent et de nombreux.ses enquêté.es se sentaient parfois en désaccord avec le corps médical vis-à-vis de leurs propres connaissances, ressentis et expériences. Par ailleurs, la notion d'accessibilité de la santé est ressortie de nombreuses fois, montrant alors le droit universel à la santé était bien compris.
- Les caractéristiques liées au contexte globale : certaines personnes enquêtées n'étaient pas originaires de France soulevant alors des réflexions posées vis-à-vis de l'impact des politiques migratoires sur le parcours de migration ; un.e enquêté.e n'avait connaissance d'aucun de ses droits en tant que personne en situation irrégulière et n'avait eu accès à aucune structure de médiation ou d'information.

Enfin, la « temporalité » de la santé et la localisation dans l'espace sont bien prises en compte : la santé était perçue comme un « *travail permanent* », ce qui impliquait alors que « [la santé] *varie en fonction du temps* » sans regard déterministe et figé dans le temps. Par ailleurs, un des TDS répondant voyageait beaucoup en France, ce qui faisait ressortir le côté parfois « mobile » de la pratique et donc sa contextualisation dans l'espace.

3. Besoins en santé majeurs :

J'ai choisi de présenter les besoins en santé en fonction des trois états de bien-être déclarés par l'OMS dans la définition de la santé, soit le bien-être physique, mental et social. Ce choix permet de proposer un cadre de compréhension aux lecteur.trice.s, bien que ces besoins restent interactifs et interdépendants. Pour rappel, la condition de « travailleur.se du sexe » ne détermine pas forcément les besoins en santé de la population d'enquête (au regard de l'hétérogénéité des profils au sein de

cette population). Les besoins présentés ci-dessous représentent les besoins que la communauté rennaise enquêtée a souhaité visibiliser vis-à-vis du TDS.

- **Santé physique**

Les besoins en santé physique concernent principalement la santé sexuelle des personnes concernées comme la **mise à disposition de matériel de réduction des risques** sans condition d'accessibilité (gratuit, anonyme) et répondant à un large panel de besoins (préservatifs internes, externes, sans réservoir, avec ou sans latex, plusieurs tailles, lubrifiants, gants, digues dentaires...). La population enquêtée avait une bonne connaissance des risques principaux liés aux pratiques sexuelles et donc de la nécessité de matériel accessible. En lien avec la réduction des risques, un **suivi en santé sexuelle** est aussi nécessaire : dépistages fréquents (en fonction des pratiques sexuelles réalisées et donc des risques pris) en parallèle d'un suivi gynécologique adapté, et d'informations et accompagnements vis-à-vis de la PrEP¹⁸, du TPE¹⁹. En outre, il s'est avéré que de nombreuses personnes dissociaient parfois leur vie sexuelle privée de leur vie sexuelle professionnelle, se posant alors des questions lors d'entretiens médicaux concernant laquelle aborder. Enfin, le troisième besoin central est la présence de **douleurs musculaires** liées ou accentuées par le TDS : lors d'un entretien (9), un.e TDS « domina »²⁰ m'expliquait son utilisation « sportive » du corps lors d'un rendez-vous : *« C'est sportif le TDS et donc du coup je me suis retrouvé.e déjà à être à genoux par terre, parce que du coup j'ai un de mes genoux qui a lâché (rires), du coup voilà c'est ouf, ou des cuisses qui prennent chères sur certains trucs. Ou le dos »*. De fait, beaucoup d'enquêtés.es exprimaient ce type de douleurs, parfois engendrées par la pratique ou par d'anciennes blessures réactivées et la difficulté de les soigner (l'impossibilité d'en parler avec son.sa kinésithérapeute par exemple).

- **Santé mentale**

En matière de santé mentale, la **nécessité de soins psychologiques** était presque unanime, sans pour autant être en lien direct avec le TDS ou sous un prisme victimaire : par exemple, un.e TDS exprimait son souhait de parler d'expériences violentes liées au TDS qu'elle qualifiait de *« traumatisantes »* mais sans que cela conditionne l'accompagnement : *« si je savais que la personne en face de moi j'ai pas à lui expliquer mon taf [...], qu'elle sache les dangers que je vis et qu'elle me juge pas en disant que j'ai qu'à arrêter si jamais c'est trop en danger, fin parce [ce que ce] qui est horrible c'est qu'on a peur aussi de dire parce que j'ai pas envie de me prendre une réflexion qu'on me dise « fais un autre travail », fin si je voulais, je pouvais, je ferais un autre travail, à un moment »*. Ce témoignage reste minoritaire et les autres besoins de soins étaient principalement liés à des expériences passées.

¹⁸ Prophylaxie post-exposition, un traitement préventif pour les personnes très exposées au VIH.

¹⁹ Traitement post-exposition, un traitement d'urgence post-exposition dans le cas d'un risque avéré de contamination au VIH (accident d'exposition sexuelle ou d'exposition sanguine)

²⁰ Une « Dominatrice » est un.e TDS jouant un rôle de dominant dans le cadre du BDSM.

Pour autant, cela illustre le souhait de pouvoir bénéficier d'un accompagnement psychologique sans qu'il soit noyé par le prisme du travail du sexe et par des *a priori* existants autour. La **lutte contre l'isolement** est un autre enjeu majeur en santé mentale, où l'isolement est à la fois vecteur de violence (face aux client.es qui peuvent avoir l'ascendant vis-à-vis des tarifs par exemple), de précarité et de renfermement sur soi (vis-à-vis du stigmatisme par exemple). Le fait de se retrouver entre pair.es permet de briser cet isolement et un.e enquêté.e témoignait sur le soulagement émotionnel intense qu'il a vécu la première fois qu'il a rencontré des collègues de travail. Lors d'un entretien (5), une autre enquêtée – escorte depuis 5 ans, parlait pour la toute première fois à voix haute de son activité qu'elle avait jusque-là gardé secrète, par crainte du tabou et stigmatisme. L'isolement engendre beaucoup de conséquences, la plupart néfastes, sur la vie des TDS et la lutte contre celui-ci est alors une priorité. Enfin, **la lutte contre les violences** est le dernier besoin évoqué et directement lié à la perception du travail du sexe dans la société : étant actuellement considéré comme une violence en tant que telle, cela a pour conséquence de délégitimer le recours institutionnel possible des personnes concernées par exemple en cas de viol. J'ai pu observer une solitude face aux violences en réponse à ce manque de légitimité, débouchant sur un renoncement aux soins et aux droits : « *Je pense que j'aurais bien aimé pouvoir en parler avec mon médecin, où j'ai été violée par un client et j'ai pas été porter plainte, j'ai pas passé le cap, peut-être parce que j'ai pas forcément osé aller dans toutes ces structures [...] en tout cas je me suis pas sentie légitime* » (extrait d'entretien 3). Voici un schéma présentant les différents types de violence vécues par les personnes enquêtées.



Figure 2 : Le continuum des violences vécu par les travailleur.se.s du sexe rennais.es

- **Santé sociale**

Dans le champ de la santé sociale, deux indicateurs ressortent : d'une part, **le poids du stigmat** et d'autre part, le concept de **non reconnaissance sociale**. Au vu de leur influence sur les santés physique et mentale, ceux-ci semblent inhérents à la santé globale des personnes enquêtées. Tout d'abord, l'une des conséquences du stigmat de prostituée peut être de cacher l'activité pour éviter d'en subir les conséquences sociales. Ceci a été théorisé comme le modèle de « stress minoritaire », soit l'intériorisation profonde du stigmat lié à l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou aux pratiques sexuelles face aux normes actuelles (Bloomquist, s. d.). Dans ce témoignage (extrait d'un entretien⁶), nous observons un exemple des conséquences du stigmat sur la qualité de la prise en charge d'une TDS : *« C'est plus ce genre de trucs qu'on garde pour nous et fin c'est ouais j'ai eu plusieurs moments comme ça, je me suis dit « putain j'aurais pu dire tout, bah peut être j'aurais pu mieux me faire soigner, je sais pas quoi, donner un tableau plus clair à la personne qui me soigne de c'est quoi, comment je sollicite mon corps tout ça »*. Au-delà d'être intériorisé, ce stress était conscientisé pour beaucoup de TDS.

Le concept de non reconnaissance sociale est directement lié au stigmat imposé par le travail du sexe et semble très prégnant dans tous les entretiens réalisés. Honneth propose de définir la reconnaissance comme « une fonction sociale d'approbation », et son absence par « l'indication d'une pathologie sociale qui peut entraîner « l'invisibilité » de la personne concernée » (2004). Il existe plusieurs formes de reconnaissance associées à des valeurs différentes (« digne d'amour, de respect, de solidarité » par exemple) et détermine le degré d'intelligibilité accordé à une personne. Cette théorie présuppose aussi l'absence de justice sociale si « les individus ne sont ni reconnus, ni valorisés socialement » (Breton et al., 2017, p. 91). Au regard des entretiens, ce concept de reconnaissance semble central dans le rapport à l'autre, que ce soit entre individus ou vis-à-vis des institutions²¹.

B. État des lieux de l'accès aux soins et aux droits des TDS rennais.es répondant à l'enquête

1. Structures rennaises identifiées comme lieux ressources

La figure suivante est un schéma réalisé à partir de l'activité « Village santé » : celui-ci répertorie de manière simplifiée les lieux identifiés d'accès aux soins et aux droits par les répondant.es. Il permet aussi d'observer la catégorisation de ces lieux opérée par les personnes concernées en fonction des trois prismes de la santé globale.

²¹ Ceci peut être illustré par un extrait d'entretien (4) : *« En tant que TDS tu te dis "on s'en fout de nous quoi", c'est comme si on est là et ben les gens sont bien contents quand on est là, quand ils ont besoin mais nous on a peut-être besoin d'une reconnaissance, rien que de parler, là pour la crise du covid on en a même pas parlé »*.

Les trois grands cercles de couleurs correspondent aux trois indicateurs de la santé globale : santé physique, santé mentale et santé sociale. Au centre de ces trois cercles se trouvent les structures catégorisées comme prenant en compte la santé globale (donc ses trois indicateurs). Aux intersections entre les cercles se trouvent les structures proposant une approche bi-disciplinaire (santé sociale-santé mentale, santé physique-santé sociale, santé mentale-santé physique).



Figure 3 : Lieux d'accès aux soins et aux droits identifiés par les TDS dans la ville de Rennes (35)²²

Il est intéressant de noter la quasi-absence de structures associatives dans les champs « santé physique » et « santé mentale », encore très médicalisé à l'inverse du champ social ou de ses interstices. Par ailleurs, un enquêté (entretien 5) qui se trouvait en situation irrégulière et en méconnaissance totale de ses droits en France avait pour unique interlocuteur en santé les pharmacies. Ainsi, dès lors qu'un besoin lui apparaissait (maux de tête, douleurs), les pharmacies de ville étaient son lien avec le système de soin. Ceci montre le rôle très important des structures de proximité, accessibles librement sans rendez-vous et anonymes dans le rapport au soin et à la santé.

2. Freins et/ou leviers à l'accès aux soins et aux droits

Ces accès aux soins et aux droits peuvent être influencés positivement et/ou négativement : je me suis rendue compte qu'un déterminant considéré comme un « frein » pour l'un pouvait se transformer

²² Voir la liste des sigles en amont du dossier.

en « levier » pour l'autre. J'ai donc fait le choix d'intégrer cette alternance dans la présentation afin de témoigner comment la subjectivité m'était toujours « rappelée ». Quatre grandes caractéristiques de « levier/frein » ressortent :

Les **conditions de vie**, qu'elles soient : matérielles (le taux de finance perçu, le coût des soins par rapport à la prise en charge de l'assurance maladie) ; informatives (comme la connaissance d'un sujet, du système de santé, de ses propres droits) ; liées au niveau de maîtrise de la langue française.

Les **contextes** dans lesquels les personnes se trouvent, comme l'environnement et de l'adaptation des pratiques et pensées (vis-à-vis de l'entourage relationnel, de la confiance dans le corps médical) ; de la durée d'attente avant un rendez-vous (qui peut décourager) ; de l'urgence de la situation.

La **géographie spatiale et sociale**, soit en fonction de : l'accessibilité physique d'un lieu (accessible aux PMR (Personnes à Mobilité Réduite) par exemple) ; de la mobilité de la personne (si elle fonctionne via des *sex tours* et n'a pas de point d'ancrage fixe ou à l'inverse se sent plus à l'aise de consulter hors de sa ville d'habitation) ; du degré de visibilité engendré par le lieu (si l'accueil est anonyme ou non, étiqueté comme « recevant des TDS ») ; du positionnement politique et/ou des valeurs partagées par la structure visitée (qui peut rassurer les TDS, comme avec l'exemple des permanences du CeGIDD au local de AIDES comme première rencontre).

Enfin, les **déterminants sociaux** (comme vu précédemment) vis-à-vis de l'impact du stigmatisme dans la consultation (stress minoritaire), de légitimité du recours aux soins/droits, du continuum des violences, etc.

3. Développement communautaire et santé globale : quels constats ?

Au regard de ces résultats, et au vu de la multiplicité de déterminants et de leurs subjectivités, il est difficile d'envisager l'amélioration de l'accès aux soins sans la participation directe des TDS. C'est cette participation qui permettra de proposer un accompagnement au plus proche des besoins individuels en permettant au mieux le développement du pouvoir d'agir. C'est cette multiplicité de recueils de vie, de témoignages qui enrichira la légitimité du sujet, la visibilisation des personnes concernées et à termes la déstigmatisation de leurs pratiques. Dans un premier temps, je vais présenter l'importance de l'intra-communauté pour les TDS enquêtés pour ensuite aborder le développement communautaire dans son ensemble et voir comment l'inter-communauté permet de dépasser les limites de l'entre-soi communautaire.

J'ai constaté au cours de mon enquête que la récente communauté des Pétrolettes a été accueillie de manière chaleureuse par les TDS – « *un lieu qui [leur] est dédié tandis que le reste de la planète [nous] chasse* » me partageait un.e enquêté.e. Auparavant, une auto-organisation entre TDS existait tout de même mais de manière plus informelle : secrète pour ne pas être accusée de proxénétisme et

donc fermée à l'extérieur. La création de cette association, même si certain.es TDS y en étaient un peu réfractaires (« *on s'organisait entre nous avant* », « *on a pas attendu que quelque chose soit créé pour nous* »²³), la création d'une structure reconnue permet maintenant de visibiliser le plaidoyer politique qui ne pouvait se faire auparavant. Cette structure est aussi ouverte (une page internet peut mettre en lien avec les bénévoles) ce qui permet à d'autres TDS isolé.es de rencontrer des pair.es. C'est donc une dynamique de pair-aidance qui se crée, avec de nombreux partages de connaissance, de compétences et de « self-care »²⁴. La pair-aidance peut être définie par une « forme de relation d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes avec lesquelles ils partagent la même problématique » (Castro, 2020, p. 15). Cette définition sous-tend l'idée d'un commun qui, d'une expérience individuelle face à une problématique se transforme en soutien identitaire et déstigmatisant. Cette entraide est donc fondée sur une expérience de travailleur.se du sexe et l'identité qui en est partagée. Cette entraide semble un enjeu central de l'association, proposant alors des rencontres entre pair.es dans un cadre sécurisé, non jugeant et convivial. Ceux-ci se retrouvent alors dans un lieu « *safe* » où chacun.e peut se reconnaître dans l'autre (durant mon enquête, les personnes se reconnaissaient principalement via le prisme du stigmaté). Cet entre-soi communautaire semble précieux pour les personnes enquêtées au-delà des simples échanges de conseils et pratiques vis-à-vis de leur estime de soi, de leur isolement et de leur santé mentale.

Par ailleurs, le réseau communautaire a un rôle fondamental de recommandations en matière d'accès aux soins : des TDS plutôt à l'aise à l'idée de parler de leur pratique avec des professionnel.le.s de santé n'hésitent pas à partager leur ressenti vis-à-vis des lieux de soins testés et de leurs caractères « *safe* ». Ce fonctionnement « *d'éclaireur.se* », que j'avais initialement analysé comme utilisé par les TDS avec le plus de pouvoir d'agir vis-à-vis du stigmaté, varie finalement en fonction du temps et des membres de sa communauté. Une TDS qui m'en parlait en entretien individuel (4) avait finalement changé de positionnement un mois après lors de la rencontre collective : celle-ci m'exprimait sa lassitude et sa fatigue à force de professionnel.le.s qui surinterprétaient l'information « travail du sexe ». C'est donc une dynamique mouvante sur le long que la notion de « communauté » et donc de collectif permet plus facilement : le statut « *d'éclaireur.se* » n'est pas fixe et les membres de la communauté peuvent l'employer à tour de rôle. Ces recommandations s'opèrent aussi bien vis-à-vis du réseau d'accès aux soins que vis-à-vis du bien-être et de la santé globale : des rappels « réduction des risques » sont souvent évoqués, des discussions autour des pratiques et des risques induits aussi ; il y a une réelle volonté de prendre soin de soi et de sa communauté, de favoriser les dynamiques

²³ Note d'observation durant une conversation entre plusieurs TDS, extraite du journal de bord.

²⁴ Prendre soin de soi et/ou du groupe.

« santé »²⁵ ainsi qu'une entraide dans les prises de rendez-vous, d'accompagnements physiques si besoin. Ceci constate de l'influence des normes d'un groupe sur les pratiques personnelles de ses membres. Pour autant, le développement communautaire ne se résume pas qu'au développement de l'intra-communauté, mais aussi à l'intégration de cette communauté dans le paysage local : il est pourtant nécessaire de cerner aux mieux ces dynamiques intra-communautaires afin de s'appuyer dessus pour renforcer le développement communautaire visé par l'association.

²⁵ Sans que celle-ci soit moralisatrice ou paternaliste.

IV. Discussion : que penser de ces résultats ?

Tout l'intérêt de cette partie repose dans la recontextualisation de ces résultats dans leurs environnements local et national. Dans un premier temps, je proposerai une analyse au regard des études existantes concernant l'état de santé des TDS pour ensuite proposer une recontextualisation plus détaillée de la communauté TDS participante à l'enquête, pour enfin évoquer les points forts de la méthodologie choisie.

A. Une enquête réalisée à un moment T, dans la ville de Rennes avec « pas n'importe qui » : recontextualisation des résultats et mises en perspectives

1. Un état de santé pas forcément perçu comme lié au travail du sexe : la nécessité d'un lien « pragmatique »

Tout d'abord, les TDS répondant.es semblent avoir une bonne connaissance des risques sanitaires liés aux pratiques sexuelles multi-partenariales malgré quelques incompréhensions de détails techniques : comme le rappelle le rapport de l'IGAS, les risques sanitaires liés à la prostitution sont « des risques accrus par une activité sexuelle multipartenaires si la prévention n'est pas parfaitement maîtrisée » (Aubin et al., 2012). Cette conscientisation des risques nécessiterait d'être plus creusée, notamment via la valorisation de la formation de personnes concernées afin de promouvoir et partager ces connaissances.

Au vu de l'enquête, je constate tout de même que la santé des TDS ne se résume pas uniquement à la santé sexuelle et aux risques d'IST : il y a un basculement vers la valorisation de la santé globale, que ce soit de la part des personnes concernées mais aussi de l'association les Pétrolettes. Ceci s'inscrit finalement dans la pertinence de prendre en compte les multiples indicateurs de santé dans un environnement complexe, interactif et interdépendant. Ses objectifs en sont la meilleure compréhension, prise en charge et accompagnement de la population. L'état de santé semble plus lié aux conditions dans lesquelles la personne se trouve que la pratique en tant que telle : l'environnement, l'appartenance à un groupe social, les trajectoires de vie, etc. Cette enquête permet donc de ré-insister sur l'importance de la prise en compte globale de la personne. C'est un constat partagé par de nombreuses structures et que le colloque « Genre, santé sexuelle et travail du sexe » a permis de revisibiliser : « la prise en compte des conditions de vie est importante dans la mesure où l'un des facteurs principaux de la non prise en compte de sa santé est la précarité des conditions de vie [...]. C'est alors considérer que le travail du sexe n'est qu'une partie de la vie des personnes, qu'il ne peut définir entièrement la personne qui l'exerce. » (Odobet, 2016, p. 37).

Le contexte actuel encadrant le travail du sexe semble laisser une place importante à l'isolement. Les conséquences néfastes de l'isolement sur la santé semblent relativement présentes, que ce soit

dans le diagnostic ou dans d'autres enquêtes réalisées auparavant : elles ont été avancées par le rapport sur les enjeux sanitaires de la prostitution comme facteur de vulnérabilité et donc de violences. Le rapport « Prostitutions : enjeux sanitaires », commandé par Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), rappelle que, « de façon générale, l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des acteurs d'aggravation des risques, en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention » (2012, p. 4). Pour tenter de diminuer ce facteur de risque, un outil intitulé « Projet Jasmine²⁶ » a été créé par Médecins du Monde afin de favoriser l'entraide entre collègues et les partages d'informations sur les clients. Il est possible d'enregistrer l'identité d'un.e client.e (plaque d'immatriculation, nom, numéro de téléphone, etc) si celui-ci a déjà commis un délit à l'encontre d'un.e TDS. Cet isolement est donc déjà évalué en santé publique et sa lutte est reconnue comme l'une des clés de voûte qui peuvent améliorer la qualité de vie des TDS.

L'élément qui semble le plus transversal à l'enquête est finalement l'impact du « stigmate de la pute », qui semble être l'indicateur principal répercutant de la qualité de vie des TDS (en parallèle des rapports sexuels multiples et donc des dispositions nécessaires à prendre en prévention). Ce stigmate, fortement intériorisé, complique pour les TDS chacune des démarches liées à la santé et aux droits. Ce constat vient donc renforcer la nécessité de changer de représentations concernant cette pratique et de renforcer les formations à destination des professionnel.le.s. Enfin, l'usage du corps – qui peut paraître évident mais qui n'est que peu mis en avant dans la littérature – est aussi un élément à apprivoiser. Il insiste, de manière pragmatique, sur la place du corps et des répercussions sur le long terme notamment vis-à-vis des douleurs musculaires. Je n'ai pas encore trouvé d'étude la mentionnant, dès lors que les conséquences corporelles ne citent que les traumatismes pour les personnes victimes de violences.

En guise de conclusion de cette première partie, ce qui ressort en concordance avec les autres types d'études est la difficulté d'affirmer l'existence d'un profil de TDS. Sur les 12 personnes rencontrées lors des temps individuels et collectifs (en plus des observations que j'ai pu faire), j'ai constaté une réelle diversité au sein de cette population : chaque individu va avoir ses propres objectifs et enjeux derrière le TDS, ce qui reflète finalement l'usage d'une pratique au sein de la population. Cela vient alors remettre en question l'utilité d'une politique publique unique dans la matière au vu de cette diversité. Le rapport de l'IGAS précise : « l'exercice de la prostitution ne permet pas de définir une catégorie de population dont les caractéristiques et les besoins communs appelleraient des politiques dédiées » (Aubin et al., 2012). Cela conforte de nombreux documents soulignant la nécessité de la prise en

²⁶ <https://projet-jasmine.org/>

compte des enjeux du travail du sexe de manière transversale, dans les politiques publiques existantes. (Aubin et al., 2012; InVS & FNARS, 2013; Mathieu, 2015b; Odobet, 2016; Toubon, 2015).

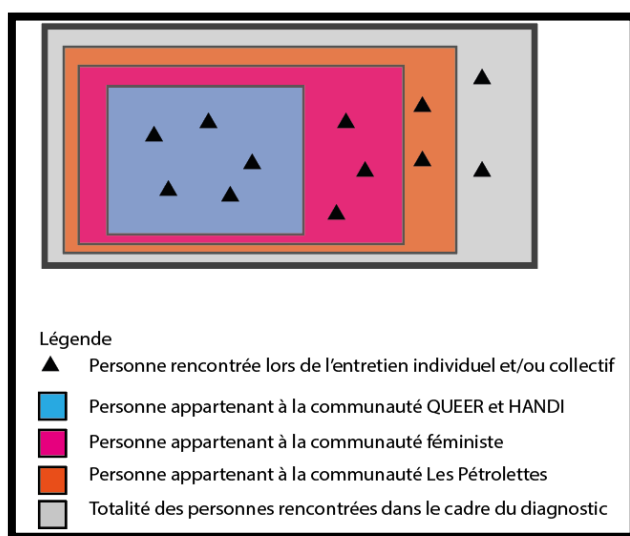
2. Le développement communautaire : créer du commun avec l'extérieur pour transformer la société

- La spécificité de la communauté rennaise : à l'intersection entre travail du sexe, handicap, Queer et féminisme

Saisir les dynamiques intra-communautaires implique de comprendre les liens inter-personnels existants au sein de la communauté. Tout d'abord, la grande partie des participant.es semble sensible aux convergences des luttes sociales, au respect des choix individuels et à la bienveillance ; malgré tout, une réticence à « l'Extérieur » et parfois même une auto-censure en réponse aux luttes abolitionnistes pour « ne pas correspondre aux clichés » persistent.

Par ailleurs, le profil des personnes enquêtées était bien spécifique : des personnes minorisées (principalement LGBTI+), presque toutes insérées dans des groupes sociaux et communautés associatives féministes²⁷ et avec un ancrage spécifique dans le droit commun. Pour autant, ce diagnostic a eu pour effet de visibiliser le poids du stigmate sur la vie des personnes concernées en sortant du stéréotype classique du.de la travailleur.se du sexe véhiculé dans la société. A Rennes, une partie de la communauté Queer²⁸ est relativement proche de la communauté TDS rencontrée pour le diagnostic : celle-ci est aussi à l'intersection avec la communauté féministe, comme le présente la figure ci-dessous.

Figure 4 : Représentation des liens interpersonnels existants entre les TDS rencontrés pendant le diagnostic



²⁷ Sans compter l'association Les Pétolettes, qui regroupait tout le monde.

²⁸ Le mot « queer » est utilisé pour désigner toutes les minorités d'identité de genre et d'orientation sexuelle.

Ce schéma ci-dessus visibilise les relations qui se sont créées au sein de la communauté : rapproché.es par le TDS, les individus vont créer d'autres liens entre elleux ce qui peut participer à la dynamique communautaire malgré des profils parfois éloignés. Le schéma a été créé sur la base des appartenances déclarées lors des entretiens puis mis en perspective par la nature des relations et échanges constatés lors des observations.

Par ailleurs, le lien entre le handicap psychique et le travail du sexe me semble intéressant à développer. A la question « comment lies-tu le TDS à ta santé, s'il y a un lien », un.e enquêté.e m'expliquait : « *Le choix du TDS alors oui et non alors c'est en lien direct avec le fait que je me sens plus du tout de travailler, j'en suis incapable ou alors sur une très courte, trop courte période dans les trucs institutionnels, fin officiels et le TDS [...] en termes d'énergies c'est assez gagnant du coup, c'est complètement en lien avec ma santé mentale, ou physique d'ailleurs* » (extrait d'entretien 9). Ici, le travail du sexe est donc étroitement lié avec la santé et l'idée du choix est de nouveau remise en perspective ; le travail du sexe est considéré, au moment où ce TDS en parlait, comme l'alternative travail la plus intéressante dans le rapport énergie fournie-bénéfices. Par ailleurs, une autre enquêtée m'expliquait que, toujours au sein de la communauté queer, le travail du sexe n'était pas tabou, voire à l'inverse valorisé comme moyen d'émancipation.

Ainsi, ce diagnostic prenait place au sein d'un groupement social interconnecté par plusieurs passerelles. Cette architecture infundibuliforme ne permet de comprendre au premier regard les liens de causes et effets entre ces groupements. Cependant, elle peut ouvrir la porte à de nombreuses réflexions quant à la mobilisation de ces TDS dans leurs environnements sociaux. Une étude approfondie sur la spécificité de ces échanges interne à la communauté TDS serait intéressante.

- **La complémentarité des logiques intra et inter-communautaires**

Bien que la notion de soutien entre pair.es soit centrale dans le projet des Pétrolettes, elle n'a pas pour volonté d'effacer les autres stratégies associatives. Comme pour toute action, il existe des limites à l'intra-communautaire : non prise en compte, la communauté peut peu à peu se retirer de la réalité du paysage institutionnel et se replier sur soi, comme de nombreux.ses professionnel.le.s m'en ont évoquée la crainte. En France, les communautés sont identifiées négativement, comme en contradiction avec le pacte social actuel (Garcia et al., 2011). J'ai pu observer la portée du réseau de recommandations inter-TDS et les conséquences qu'il pouvait avoir sur les lieux de soins et de droits identifiés : dès lors qu'une mauvaise expérience est partagée²⁹ à l'ensemble de la communauté – bien qu'elle soit recontextualisée, elle a pour effet d'en dissuader les membres. Même si les expériences individuelles ne sont pas à minimiser, elles sont tout de même individuellement inscrites dans un

²⁹ Via un réseau virtuel.

contexte spécifique (sauf cas d'extrêmes de violences). Ainsi cette influence peut avoir des retombées sur la fréquentation d'un lieu dédié à cette population si aucun lien n'est fait avec les structures concernées pour en comprendre les raisons. C'est alors une vision déterministe des organisations, en partant du présupposé qu'une expérience va refléter l'ensemble des services proposés³⁰.

Il est pourtant possible de prendre en compte les singularités des communautés et de les inclure dans le paysage institutionnel : c'est là tout l'intérêt, selon les Pétrolettes, du développement communautaire. La co-fondatrice de l'association revendique une définition du communautaire comme une convergence des luttes pour permettre à terme une transformation sociale. L'idée est donc de développer du commun avec l'extérieur (les professionnel.le.s, partenaires institutionnels, associatifs) afin de renforcer la portée du message des personnes concernées. La dynamique associative plus globale semble permettre à la communauté de dépasser les limites évoquées plus haut via le travail de partenariat, de communication et de plaidoyer réalisé avec d'autres structures rennaises et nationales.

3. Une méthodologie qui visibilise les stratégies communautaires pour mieux s'y adosser

Ces résultats ne peuvent être analysés séparément de la méthodologie : le diagnostic reposant principalement sur la création de la dynamique communautaire, son intérêt principal réside dans l'analyse du processus. Il semble impertinent d'extraire uniquement ces résultats sans les recontextualiser. Cette méthodologie souhaitait repositionner les personnes concernées comme actrices de leurs santés en visibilisant leurs propres stratégies intra-communautaires ; pour ensuite pouvoir comprendre comment ces stratégies intra-communautaires peuvent appuyer les dynamiques communautaires et d'accès aux soins. Cette démarche a alors permis de visualiser la place du réseau intra-communautaire dans une communauté minorisée et de comprendre l'appui que peut avoir une structure sur son développement inter-communautaire. C'est par cette visibilisation qu'il est possible de dépasser la notion d'imposition de la vulnérabilité – parfois vécue comme une forme de violence (Odobet, 2016, p. 71) – et de considérer les TDS comme des personnes actives dans leurs santés. C'était par ailleurs la première occasion pour cette population de s'adresser de manière collective – même indirectement – aux professionnel.le.s de santé, s'exprimant alors sur leurs vécus et craintes. Par les quelques retours que j'ai pu avoir, cette démarche était considérée par les participant.es comme un premier pas vers une forme de reconnaissance et de justice sociale.

Ceci rappelle malgré tout la finalité de cette enquête, soit l'analyse globale de l'accès aux soins des TDS rennais.es : dans cette perspective réflexive et analytique, le diagnostic était un outil (et non pas

³⁰ Extrait d'observation et du journal de bord.

une finalité) au développement communautaire : en effet, la facilitation a pour orientation « de s'intéresser au « processus » plutôt qu'au contenu » (Fuks, s. d.). Exploratoire, il avait pour but de poser les bases de cette démarche tout en récoltant quelques pistes concernant les besoins en santé de cette population. Cette démarche promouvant les capacités et compétences des personnes concernées, l'intérêt résidait donc dans leurs participations, bien qu'elle fût limitée par le temps et les moyens accordés. En outre, les multiples rencontres réalisées auprès des professionnel.le.s de santé avait pour objectif de relancer les discussions sur le sujet grâce au lien réalisé par Les Pétolettes : cette méthodologie a permis de créer une dynamique globale et d'impliquer les professionnel.le.s dans le déroulement. La restitution (dernière étape du séquençage) a par ailleurs proposé de la matière concrète concernant les TDS et donc potentiellement de remettre en question des stéréotypes et représentations existantes. L'implication de chaque partie prenante était visible et pose les bases au développement de cette dynamique.

B. Limites de l'enquête

1. En termes de participation

Il convient de nuancer ces résultats vis-à-vis de la méthodologie utilisée : tout d'abord, un petit nombre de personnes concernées a accepté de répondre à mon enquête, faute de temps, de disponibilités et de confiance. J'ai ainsi pu m'entretenir individuellement avec 10 personnes, ce qui reste un petit échantillon à visée qualitative. De la même manière, il aurait été bienvenu d'organiser plusieurs rencontres collectives, permettant aux personnes concernées d'avancer à leur rythme tout en ayant plusieurs occasions d'évoquer d'autres problématiques. Finalement, seule une rencontre collective s'est mise en place avec la participation de 7 personnes (dont 5 qui avaient réalisé un entretien individuel). Il sera pertinent de réaliser une évaluation de ce processus, afin de visualiser les conséquences de cette participation sur le développement des Pétolettes ainsi que sur les potentielles dynamiques individuelles encouragées à l'égard de l'accès aux soins et de la santé des TDS.

2. En termes de méthode : les difficultés de rencontrer d'autres profils

Par ailleurs, les personnes répondantes s'identifient au terme « travailleur.se du sexe » ce qui n'est pas le cas de toute la population pratiquant le TDS : celui-ci peut être occasionnel, en échange d'un couchage, de substances, ce qui complexifie encore les techniques d'approche. Ce terme a tout de même une dimension politique non négligeable, affirmant l'usage du corps comme un choix individuel et un moyen d'émancipation et ne convient pas à tou.te.s les TDS. En discutant avec une des salarié.es de l'association Paloma³¹ celle-ci m'évoquait les difficultés de parler de « travail du sexe » ou

³¹ « Paloma est une association de santé communautaire ayant pour objet de promouvoir la santé des personnes proposant des services sexuels tarifés à Nantes. Son programme se réfère aux principes de la réduction des

« prostitution » avec leurs membres. Ce n'est donc pas anodin de travailler avec des personnes se reconnaissant dans cette étiquette. Par ailleurs, du fait des nouvelles modalités d'aller-vers, il est difficile de mobiliser les TDS virtuellement, notamment si la personne n'est pas francophone ou si ce n'est pas elle qui s'occupe de son annonce ainsi que de ses prises de rendez-vous (l'approche de rue facilitait les mises en relation et les prises de contact). Il s'agit d'une partie de la population des travailleur.se.s du sexe qui a pris part à ce diagnostic, ce qui ne propose pas de vision exhaustive de la communauté rennais. Il est donc bien clair que cette enquête et ces résultats ne reflètent pas les besoins en santé de tou.te.s les travailleur.se.s du sexe sur le bassin rennais. Pour autant, elle propose une matière tangible sur laquelle s'appuyer afin d'aiguiller les réflexions et perspectives futures sur le sujet.

3. La crise sanitaire

Enfin, entre les prises de contact compliquées, les entretiens reportés ou impossibles à faire en réel et les priorités de vie « décalées », la COVID-19 n'a pas facilité l'enquête. La confiance était un élément central au processus et le rythme de rencontre imposé par le troisième confinement était très faible. Nouvel obstacle au rassemblement, la crainte de l'épidémie a ralenti la dynamique communautaire qui s'élançait. En parallèle, les professionnel.le.s de santé n'étaient pas non plus dans des conditions optimales : iels faisaient parfois face à des situations d'urgence qui pouvaient sembler en décalage avec la temporalité du diagnostic et le temps accordé. Il a été nécessaire d'adapter l'enquête au contexte sanitaire et de faire des compromis entre ce qui aurait été idéal et ce qui était réaliste.

C. Perspectives futures suite aux constats posés par le diagnostic pour l'amélioration de l'accès aux soins des TDS rennais.es

Dans le temps collectif était prévu un atelier concernant les perspectives futures et les éléments nécessaires à court, moyen et long terme vis-à-vis du bien-être de la communauté ainsi que de ses membres. J'ai donc repris les données de cet atelier que j'ai choisi de présenter en fonction des cinq axes de la promotion de la santé. Ceci permet de montrer que tous les axes étaient concernés par les préconisations réalisées par les participant.es. Ainsi, je vais me reposer sur ces pistes, présentées dans l'annexe 6 sous forme de tableau, afin de recommander au regard de la littérature ainsi que de mon expertise les perspectives d'action que je propose. De la même manière, celles-ci seront présentées en fonction des cinq axes de la promotion de la santé.

risques et promeut une démarche communautaire reconnaissant les compétences et capacités des personnes directement concernées ». (Berra & Poncet-Bernard, 2021)

1. Élaboration des politiques pour la santé

Dans une perspective plus globale, je soutiens l'idée d'abrogation de la loi 2016 ainsi que la décriminalisation du travail du sexe en France, sans pour autant être favorable à sa « réglementation législative ». Parfois unique perspective face à la précarité, le réglementer pourrait creuser les inégalités au sein de cette population et l'encadrement serait synonyme de contrôle de la pratique ainsi que des TDS (Odobet, 2016). De la même manière, j'invite à rattacher les politiques publiques liées au travail du sexe aux autres politiques déjà existantes. Ceci permettrait de renouer automatiquement les TDS au droit commun et donc de ne pas stigmatiser leurs accompagnements (Aubin et al., 2012). Enfin, j'invite les institutions à se rapprocher des organismes communautaires lors de processus décisionnaires afin de recueillir des témoignages de personnes concernées : rarement invités lors de l'élaboration des politiques les concernant, exclure les TDS de cette élaboration « participe de leur condition de dominé » (Mathieu, 2015b, p. 95).

2. Création d'environnements favorables

Il serait intéressant de réaliser une cartographie des lieux identifiés ou s'identifiant comme « *safe* » concernant l'accueil et l'accompagnement des TDS rennais.es puis à la partager au réseau communautaire : cela permet de mettre à leur disposition un parcours santé non stigmatisant ni jugeant, promouvant une approche pragmatique de la santé. Par ailleurs, une perspective a émergé durant l'atelier collectif : l'idée d'une ordonnance permanente pour le dépistage. Ceci aurait pour objectif de faciliter l'accès aux dépistages en permettant aux travailleur.se.s du sexe qui le souhaitent d'être autonomes dans leur parcours préventif. Ceci peut être mis en parallèle de l'expérimentation « Au labo sans ordo », proposant des dépistages VIH « sans ordonnance et sans frais » afin « d'améliorer l'accessibilité du test en complément des offres existantes » (SPF, 2020).

3. Renforcement de l'action communautaire

Il est certain que l'action communautaire ne doit pas être mise de côté. Par sa médiation, celle-ci peut faciliter les liens entre les TDS et les structures. L'association Les Pétolettes semble déjà bien reconnue et acceptée par un échantillon de TDS rennais. Je l'encourage donc à poursuivre ses activités et à continuer ses aller-vers virtuels (et physiques) dans le cadre de ses activités.

Au-delà des dynamiques *d'empowerment*, le « Avec et Pour » les TDS permet une meilleure pérennité des projets et adhésion de la population aux principes de la promotion de la santé (Breton et al., 2017, Chapitre 7). L'approche de la réduction des risques est une approche à consolider, permettant l'adoption d'une posture pragmatique dans l'accompagnement des TDS. Elle leur confère une posture active et valorise leurs savoirs expérientiels (Odobet, 2016, p. 111). En outre, l'autonomisation des communautés est considérée comme une stratégie centrale dans la lutte contre

le VIH basée sur des données probantes (OMS et al., 2015, p. 5). De fait, je préconise la poursuite du diagnostic communautaire via la mise à disposition des outils utilisés (méthodologie, grilles entretien, etc) et l'implication des membres de l'association et du réseau professionnel rennais.

Par ailleurs, un poste de facilitateur.trice communautaire devrait s'ouvrir pour quatre mois entre septembre et décembre 2021 au sein des Pétrolettes. Dans l'association Paloma, un poste de travailleur.se pair.e est intégré à l'équipe salarié depuis presque 10 ans. Même si un certain nombre de précautions sont à anticiper avant et pendant la prise de poste (comme l'information sur les risques liés à la visibilité du métier par exemple), de nombreux arguments viennent démontrer la plus-value de cette intégration. Outre la prise en compte du savoir expérientiel comme une réelle compétence, une complémentarité au sein de l'équipe s'est créée et les personnes bénéficiaires de l'association se reconnaissent dans ce nouveau fonctionnement (Berra & Poncet-Bernard, 2021). Ainsi, il me paraît intéressant de poursuivre cette dynamique au sein des Pétrolettes, et de pérenniser ce poste tout en ouvrant d'autres à termes. Ceci offre d'autres possibilités d'engagements aux membres de l'association, favorisant ainsi les dynamiques *d'empowerment* individuel et collectif. J'invite par ailleurs le réseau de professionnel.le.s de santé rennais.es à appuyer son développement, pérennisant ainsi la synergie mise en œuvre pour le bénéfice des travailleur.se.s du sexe.

4. Acquisition d'aptitudes individuelles

Je recommande l'institution de temps de formations : ceux-ci peuvent prendre la forme d'ateliers les plus accessibles et ouverts possibles à destination des travailleur.se.s du sexe. Ceci permettrait par la suite aux personnes concernées de partager et de discuter ces savoirs obtenus aux seins de leurs communautés. En outre, il peut être intéressant de proposer à un ou plusieurs membres de la communauté une formation plus approfondie, leur procurant un statut d'intervenante en sensibilisation communautaire qui peut être professionnalisé sur le long terme (OMS et al., 2015, Chapitre 3).

Ces ateliers peuvent porter sur plusieurs dimensions : l'accès aux droits (permettant aux individus de comprendre le maillage administratif existant, de s'y repérer, de se déclarer à l'URSAFF, etc.) ; les santés (comme les risques liés aux pratiques, les nouveaux traitements préventifs concernant le VIH, etc.) ; l'accès aux soins (les démarches remboursées par la sécurité sociale, le fonctionnement des complémentaires santé, etc) ; la santé globale (autour du « coming out » auprès des proches, de la distance professionnelle liée au travail du sexe, etc). Cette liste, non exhaustive, reflète la pluralité et variété des envies évoquées lors de mes rencontres avec la communauté.

5. Réorganisation des services de santé

Enfin et au vu de la récente mise en route des structures rennaises sur le sujet, il serait fort intéressant de poursuivre la dynamique de coordination territoriale qui s'élanche : l'objectif est à terme de pouvoir mieux prendre en charge et accompagner les TDS malgré la diversité de leurs profils ; ainsi, réunir le plus de professionnel.le.s autour d'une culture commune permet tout d'abord de mieux communiquer entre elleux. Grâce à cette culture commune et afin de mieux réorienter ce public en fonction de leurs besoins et envies, il convient par la suite de trouver une complémentarité « pragmatique » entre structures travaillant sur le sujet malgré les divergences d'approches et de politiques. Par ailleurs, une formation des professionnel.le.s sur les représentations, la diversité du travail du sexe et de leurs besoins singuliers semble pertinente au regard des besoins évoqués lors d'entretiens avec ceux-ci. La mise à disposition d'outils (annuaire des structures et de leurs champs d'action, témoignages de personnes concernées, etc) est également une disposition que je conseille ; ceci permettrait de faciliter le partage d'information et offrirait une meilleure visibilité aux acteur.trice.s concernant leur territoire et les ressources existantes.

V. La posture professionnelle : des questionnements à toute épreuve

A. Mon positionnement de facilitatrice qui ne laisse pas « indemne »

La posture que j'ai eu à adopter n'est pas la posture qui nous est partagée traditionnellement dans les recherches, enquêtes, médias. Ce fut une posture qui nécessitait constamment d'être questionnée, remise en question au profit du diagnostic.

1. Les piliers de mon positionnement

J'ai longtemps réfléchi à la place que je devais prendre en tant que facilitatrice³² communautaire et à ce que « facilitatrice » signifiait. L'objectif étant de créer une dynamique communautaire, je n'avais pas à monopoliser le centre de l'attention mais à proposer un espace propice et un travail de « facilitation » (comme son nom l'indique) ; je devais trouver une place présente, sans pour autant limitante (Fuks, s. d.). Par exemple pendant les entretiens individuels, j'avais une grille indicative, me permettant d'être le mieux préparée face aux témoignages ; mais si la personne souhaitait parler d'autres choses en lien avec le travail du sexe ou avait le besoin d'exprimer un sentiment en particulier (pendant un entretien, une personne m'a fait part de sa lassitude de la politisation associative – avec beaucoup de colère), je devais être prête à écouter. Pour favoriser ces dynamiques *d'empowerment*, j'ai pris le parti pris de donner le plus de place possible aux témoignages – sans leur donner une dimension universaliste bien sûr – en laissant les personnes s'exprimer sur ce qu'elles souhaitaient lors des entretiens individuels. C'était donc surtout une posture d'écoute, de compréhension ; lors du temps collectif, celle-ci s'est transformée en posture d'animation des activités, de retransmission des résultats et de facilitation des échanges au sein du groupe.

Cette facilitation se fait autant auprès de la population que des professionnel.le.s rencontré.es : la restitution organisée à destination des professionnel.le.s avait pour objectif la transmission des résultats, toujours dans la perspective d'une dynamique inter-communautaire. Pour trouver au mieux cette place, il y a eu toute une réflexion autour de la conscientisation de ma propre identité. Cela me semblait irréaliste (voire irrespectueux) d'arriver dans une communauté que je ne connaissais pas sans remettre en question mon propre vécu, mes propres privilèges et d'arriver avec mon seul savoir universitaire comme appui (même si ce positionnement n'était pas centré sur lui). J'ai analysé pendant plusieurs heures « qui j'étais », pourquoi est-ce que je faisais ce diagnostic et quels étaient mes propres intérêts dans cette dynamique tout en questionnant mes représentations sur le travail du sexe

³² Merci aux écrits officiels de la Trame qui ont aiguillés ces réflexions.

et son univers ; ceci devait m'aider à mieux me préparer à la compréhension et l'écoute de parcours qui m'auraient été témoignés (Fuks, s. d.).

Enfin, la transparence était un pilier : j'ai travaillé avec des personnes pour qui le stigmate de travailleur.se du sexe était à la fois très présent et très conscientisé, et la transparence me permettait de clarifier au mieux mes attentes et objectifs auprès des personnes qui m'ont accordé un entretien. Fondamentalement, j'attendais plus d'elles qu'elles n'attendaient de moi et leur expliquer pourquoi ces témoignages m'étaient précieux pouvait motiver. Mon enjeu principal était de donner la parole aux personnes qui ne l'ont pas d'habitude – les TDS ont très peu l'occasion de s'exprimer dans les médias où leur parole est souvent délégitimée, dénaturée. S'ajoutaient à mon enjeu personnel ceux inhérents à ma commande de stage, soit favoriser une dynamique communautaire et offrir un premier aperçu de l'accès aux soins de cette population. Ces enjeux permettaient aux personnes concernées de se situer elleux-même au sein de ce diagnostic et d'y trouver la place qui leur correspondait.

Ainsi avant chaque prise de parole (en individuel ou collectif), je proposais toujours ce rappel:
« Qui suis-je ? Pourquoi je suis là ? Qu'est-ce que je cherche et qu'est-ce que je peux « attendre de vous » ? ».

2. Une relation privilégiée avec les travailleur.se.s du sexe

Au-delà de ces questionnements et éléments fondateurs de mon positionnement, j'ai tout de même eu une relation privilégiée avec les personnes concernées. Celles-ci m'ont accordé une grande confiance vis-à-vis de ce que qui m'a été dit. M'ont été confiées beaucoup de récits plus ou moins faciles à partager et j'ai toujours fait en sorte d'avoir une écoute non-jugeante, empathique. J'ai pris ce qui m'était dit sans que la personne s'en sente dépossédée tout en la remerciant de ce partage. Je pense que cette confiance a été favorisée, dès mon arrivée dans l'association par mon intégration progressive et l'explicitation permanente de mes questionnements : les TDS ont pu voir mon positionnement évoluer, ce qui a permis de casser la relation expert-usager au profit d'une relation d'experts sur des sujets différents (expert sur le travail du sexe et le lien avec la santé – expert sur l'accès aux soins et la facilitation).

Malgré tout, le stigmate était parfois tellement intériorisé que la crainte de voir une personne non concernée se réapproprier le sujet ressurgissait : après plusieurs mois de travail ensemble, une escorte me confiait son sentiment d'être considérée comme une « bête de foire » même au sein de l'association où se retrouvent des personnes concernées et non concernées (alliées). Il y a donc tout de même une réserve qui peut se créer du fait du poids de l'imaginaire et du stigmate dans la relation « personne concernée minorisée – facilitatrice ». Ce fut alors mon rôle de rassurer sur la nature de nos

relations et de la dynamique, via principalement le rappel de mon positionnement (CF encadré ci-dessus).

3. L'importance de l'écoute des besoins et savoirs expérientiels

Enfin, je souhaiterais approfondir les contours de cette posture d'écoute : dans le contexte de politisation actuel du sujet, j'ai adopté une posture non-victimisante ni réductrice aux stéréotypes véhiculés sur le sujet. C'est là où le travail de déconstruction de mes propres représentations était capital : il me permettait d'entrevoir la complexité dans laquelle ces personnes étaient inscrites sans l'objectiver ni pour autant tenter de la transposer à d'autres témoignages. Cette posture se voulait pragmatique et cette non-victimisation permettait d'altérer le moins possible le témoignage des personnes en les retransmettant au plus proche de ce qui m'était dit. C'est pour cela que j'ai fait le choix des retranscriptions intégrales afin de minimiser l'interprétation liée à ma propre subjectivité. De plus, c'est via cette écoute pragmatique qu'il sera possible de répondre aux mieux aux besoins réels de ces personnes. Enfin, il y a toute la dimension du savoir expérientiel que je souhaitais mettre en valeur et de montrer que, même si ces personnes faisaient face à des difficultés (parfois organisationnelles) en matière d'accès aux soins, elles sont à même de trouver des stratégies. C'est par exemple ce qu'elles ont fait via leur propre réseau de recommandations pour pouvoir continuer à se soigner mais en passant par des professionnel.le.s de santé qui auraient été répertorié.es comme ouvert.es au travail du sexe. Ce savoir, ces compétences d'adaptation ont alors une place très importante que je voulais visibiliser.

Ainsi, ce stage a remis en question ma perception de la « posture professionnelle traditionnelle » : il m'a permis d'exercer différemment de ce qu'on m'a enseigné, de tester des nouvelles formes de « distance professionnelle » tout en prenant conscience de la valorisation apportée aux personnes concernées. Conscientiser son parcours et savoir se situer vis-à-vis de ce qu'on peut représenter casse les distinctions classiques entre positionnement professionnel et positionnement privé. Finalement, j'en ressors grandie avec un apprentissage principal : l'intime et le professionnel peuvent (doivent ?) être liés, du moment qu'ils restent contextualisés dans une dynamique particulière.

B. Un retour réflexif sur l'encadrement du stage et la réalisation des missions

Au-delà de cette posture que j'ai pu étudier, analyser en tant que facilitatrice communautaire, il y a encore beaucoup de matière à expliciter vis-à-vis de la manière dont le stage s'est déroulé ainsi que de son encadrement (assez inhabituel).

1. La redéfinition de la commande au cours du stage

La commande de stage n'était pas fermée dans le temps et ouverte à des évolutions : mes trois tutrices étaient bien conscientes du contexte de stage compliqué (du fait de la population marginale,

de la covid-19). Le cadre de stage a été redéfini suite à mes recherches méthodologiques : quand j'ai pu exploiter plus en profondeur toute la littérature existante autour du travail du sexe mais aussi autour de la méthodologie d'action communautaire, je me suis rendue compte du décalage existant. Ma commande était centrée sur la réalisation d'un diagnostic communautaire des besoins en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es, or celle-ci n'allait plus avec la réalité de ce qui devait se passer : un diagnostic communautaire demeure un processus et n'est pas figé dans le temps. Je ne trouvais donc pas pertinent de parler de « diagnostic communautaire » si j'allais seulement en réaliser une ébauche pendant ma durée de stage, soit quatre mois. J'ai donc proposé de redéfinir cette commande en diagnostic exploratoire communautaire des besoins en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es, en présentant à mes trois tutrices de stage les justifications de ce réajustement. Celui-ci a été accepté, et j'ai concrétisé ce changement par un mail envoyé à ma tutrice de mémoire, présentant les réflexions et motivations de ce changement. Celle-ci m'a alors proposé d'utiliser les termes d'étude exploratoire à la réalisation d'un diagnostic communautaire des besoins en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es. L'unique motivation pour laquelle j'ai choisi de ne pas utiliser ces termes était liée à son ampleur : je craignais qu'elle perde les personnes par son caractère imposant. J'ai alors choisi de poursuivre avec le second terme (diagnostic exploratoire) pour permettre de bien poser les bases du processus de diagnostic communautaire (notamment vis-à-vis de la méthodologie et des outils utilisés) tout en proposant un premier aperçu des besoins en santé existants, afin de répondre aux besoins des professionnel.le.s. Il y avait tout de même la dimension réaliste de mes tutrices, qui posaient un regard toujours SMART³³ sur les problématiques et orientations que je proposais et qui ne tentaient pas de surexploiter le temps et les moyens que je pouvais allouer à cette fin d'étude.

2. Un stage tripartite : trois fois plus de connaissances et trois fois plus de communication

Comme je l'ai déjà précisé plusieurs fois, la configuration de ce stage n'était pas anodine. À l'origine, c'est avec Agathe Quiblier (la co-fondatrice des Pétolettes) que je suis rentrée en contact : elle m'a fait part de son envie de réaliser ce diagnostic. Nous avons échangé, avons présenté nos conditions et nous nous sommes rendu compte que nous avions envie de travailler ensemble. Au vu du jeune âge de l'association et de l'absence de trésorerie, il n'était pas possible de prendre en charge financièrement le stage. Elle a donc contacté par son réseau d'autres professionnel.le.s œuvrant dans le champ de la santé sexuelle, en l'occurrence Myriam Besse en lui présentant le projet. Celle-ci l'a alors présenté à son tour à Hadija Chanvril, coordinatrice du COREVIH Bretagne. Nous avons échangé

³³ Grille d'indication pour l'élaboration d'objectifs et indicateurs efficaces : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini.

toutes les quatre pour voir comment ce diagnostic pouvait s'inscrire dans les structures, et après validation des supérieurs hiérarchiques nous avons lancé cette dynamique de stage.

Cela nécessitait donc trois fois plus de communication mais pour trois fois plus d'expérience. Finalement, il y a eu des moments où cette configuration était pesante, notamment lors de prises de décision capitales vis-à-vis de la méthodologie et du processus : j'avais parfois du mal à faire le lien entre les trois structures. C'est une problématique que j'ai rapidement réussi à régler en sollicitant un échange direct à quatre où j'allais présenter mes recherches et envies de méthodologies : tout le monde a alors assisté au même discours en donnant par ailleurs son accord à la démarche proposée. C'était à la fois un moment de stress et finalement de soulagement derrière – c'est l'idée de la coordination, se rencontrer et se mettre d'accord. Et effectivement il y avait aussi la validation auprès de ma tutrice de mémoire qui me semblait importante, voire parfois aussi importante que les autres.

C'est donc à la fois plus de temps et de moyens alloués mais aussi un saut dans trois dynamiques professionnelles distinctes où chacune avait des enjeux en fonction des structures et/ou de ses « personnalités professionnelles ». Voir comment ces trois dynamiques pouvaient se rejoindre étaient très intéressants. Chacune avait ses points forts, et je savais vers qui me tourner en fonction des besoins spécifiques que je pouvais avoir : j'arrivais à me retrouver parmi tout cela. Des points individuels se faisaient assez régulièrement, même si c'était beaucoup plus compliqué de se voir à quatre. J'ai pu découvrir les dynamiques existantes dans une structure régie par la démocratie sanitaire, grâce au COREVIH Bretagne : à la fois les possibilités et aussi les limites que cela pouvait apporter, notamment en termes de posture professionnelle et d'autonomie. Au sein Réseau Louis Guilloux (qui est une structure associative assez conséquente avec un nombre de salarié.es important et un pôle médico-social), Myriam avait une dynamique plus libre : seule au sein de son pôle, j'ai suivi ses rencontres avec ses partenaires, l'ampleur de son travail de coordination³⁴ pour comprendre à quel point celui-ci est une clé de réponse face aux manques de moyens dans le secteur public et social. Enfin, la dimension plus récente qu'apportait les Pétroleuses (créée en 2020) permettait d'assister à la création d'une dynamique associative et donc de découvrir toutes les tâches annexes (demandes de subvention, création de partenariats). Nous avons donc trouvé un rythme qui nous convenait toutes les quatre : je rencontrais Myriam une fois par semaine au RLG, Agathe les vendredis (où nous tenions une permanence ouverte au public) et Hadija plus rarement, étant donné qu'elle était principalement basée à Quimper.

³⁴ Qui se concrétisait par exemple dans le suivi des groupes de travail Santé Sexuelle.

3. La peur de mal faire : quant « un grand pouvoir implique de grandes responsabilités ? »

La dernière réflexion que je souhaite apporter vis-à-vis de ce stage est ma grande appréhension liée à la crainte de « mal faire » ; j'ai choisi d'utiliser cette célèbre citation³⁵ pour illustrer de manière humoristique tout ce que pouvait représenter ce stage en matière de responsabilités. C'est la première fois que j'ai été mise en condition professionnelle aussi concrète. Même si j'ai longtemps exercé comme bénévole dans des structures, je n'ai jamais eu l'impression d'avoir autant de responsabilités vis-à-vis d'une commande, mais aussi à l'égard de personnes qui, entre guillemets, « comptaient sur moi » pour concrétiser sur le terrain des années d'efforts pour travailler sur le sujet. Pendant mon stage, Myriam m'a un jour dit : « *On sait bien que le chantier est important, c'est pour ça qu'on s'y est pas collées !* ». En effet, ce stage était l'occasion de concrétiser des années de réflexions (présentes au sein des groupes de travail régional et national « Prostitution », et matérialisées dans le dernier plan régional de santé sexuelle Bretagne 2018-2022). J'avais donc une crainte assez importante, celle de « gâcher » ce temps dédié au sujet en n'apportant rien de nouveau par rapport à ce qui existe déjà, voire de ne pas arriver à proposer quelque chose de professionnel. Tout de même, mes quatre tutrices m'ont toujours accompagnée, que ce soit dans des moments de peurs, d'incertitude mais aussi dans les moments d'euphorie. Leur soutien professionnel, parfois même amical, était très présent et savait contrebalancer mes appréhensions. Par ailleurs et du fait de la politisation du sujet, je m'inquiétais à l'idée que ce travail soit repris et mis en avant pour ses défauts, décrédibilisant ainsi la parole des travailleur.se.s du sexe. Cette crainte s'envola lors de ma restitution aux professionnel.le.s de santé, qui finalement n'avaient pas remis en question la légitimité des témoignages présentés. Aujourd'hui et par ce mémoire, je commence à prendre conscience du savoir qui a été récolté pendant ce diagnostic et de l'importance de le continuer pour pouvoir recueillir d'autres témoignages, permettre à d'autres personnes d'y participer et consolider les convergences intercommunautaires pour plus de justice sociale.

³⁵ Tantôt utilisée par Churchill, tantôt par Spider-man.

Conclusion : faire avec pour métamorphoser notre société

Ce mémoire éclaire dans la compréhension des stratégies communautaires mises en place par les TDS vis-à-vis de leur état de santé. Même si l'intérêt pour cette thématique ne doit pas s'arrêter là, j'ai tout de même constaté que l'action communautaire possédait une place de valeur parmi la population, que ce soit pour les personnes concernées ou pour les professionnel.le.s de santé. En guise de conclusion, je propose de formuler trois constats qui sont nés de ce diagnostic. Les Pétrolettes facilitant la médiation entre ses membres et le réseau « santé », elle leur permet de se reposer sur les savoirs des personnes concernées pour adapter leur rapport avec le système de soin. Ceci a permis de comprendre la place que pouvait prendre le travail du sexe dans le rapport à l'autre et le rapport aux soins. C'est donc la nécessité d'une place « pragmatique » qui émerge. Par ailleurs, la discussion sur ce qui fait commun entre les TDS ne s'arrête pas à ce mémoire, bien que celui-ci apporte quelques éléments de compréhension quant à la dynamique observée. Même si le commun se retrouve dans le stigmate porté lors des premiers échanges, il se développe toutefois vers d'autres liens sociaux ce qui pérennise la dynamique et la complexifie d'autant plus. C'est ce qui a pu apparaître dans la schématisation des relations interpersonnelles au sein de la communauté. Enfin, j'ai été témoin de la symbolique qu'apportait ce processus aux personnes concernées : non considérées comme des objets de recherche mais des partenaires de travail, cela a apporté une dimension humaine et juste à la démarche, élément fondateur de son adhésion par la communauté. C'est cette composante qui semble avoir adouci l'empreinte du stigmate dans la relation créée avec la population.

Au terme de l'analyse, l'action communautaire déployée par les Pétrolettes semble avoir un rôle facilitateur dans l'accès aux soins et aux droits TDS. Interface sécurisée, créatrice de liens « safe » et relais d'information, elle permet de dépasser les limites du réseau intra-communautaire en impulsant une dynamique plus globale. Celle-ci doit rester transparente et propice à l'analyse : ce sont les échanges et discussions qui permettront aux TDS de se sentir concerné.es et impliqué.es dans le processus, tout en renforçant le dialogue avec les partenaires et institutions.

Quand le travail du sexe ne sera plus considéré comme un unique sujet de réflexion socio-anthropologique mais comme une composante qui peut apparaître, évoluer ou disparaître dans un parcours de vie, il pourra alors s'extirper des représentations sociales qui lui sont associées. Les personnes concernées ne seront plus enfermées à vie dans une étiquette, ouvrant le champ des possibles sur l'accompagnement qu'elles souhaiteraient avoir. C'est à ce moment où nous pourrons évoquer, avec béatitude, cette transformation sociale qui a chamboulé notre société.

Bibliographie

- Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54.
- AIDES. (2008). *Guide d'accompagnement au témoignage : Le témoignage comme outil du plaidoyer*.
- AIDES. (2021). *IDAHOT 2021 : FACE AUX ÉPIDÉMIES, LA RÉPONSE SERA COMMUNAUTAIRE !* <http://www.aides.org/communiqued/idahot-2021-face-aux-epidemies-la-reponse-sera-communautaire>
- ARS Bretagne. (2019). *Plan régional Santé Sexuelle 2018-2022*.
- Aubin, C., Jourdain-Menninger, D., & Emmanuelli, J. (2012). *Prostitutions : Les enjeux sanitaires* (N° RM2012-146P; p. 147). Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Ayerbe, C., Tour, M. D. la, Henry, P., & Vey, B. (2011). 5. Les fondamentaux de nos pratiques professionnelles. *Trames*, 121-139.
- Bantuelle, M., Morel, J., & Dargent, D. (2001). *Santé communautaire et promotion de la santé : Le diagnostic communautaire*. <https://www.maisonmedicale.org/Sante-communautaire-et-promotion,220.html>
- Berra, M., & Poncet-Bernard, V. (2021). *Modalités d'intégration d'une travailleuse paire dans l'équipe salariée et plus-values associées—Association Paloma*.
- Bloomquist, K. (s. d.). *Fact Sheet | MINORITY STRESS & SEX WORK*. 2.
- Boudinet, F. (s. d.). *La santé communautaire au coeur de la démarche participative*. Santé Participative. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse https://www.sante-participative.org/sant_communautaire
- Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (Presses de l'EHESP).
- Cariou, M., & Poncet-Bernard, V. (2021). *Enquête sur l'accès aux soins des travailleur.se.s du sexe auprès des professionnel.le.s de santé du territoire* 35.
- Carrel, M. (2013). *Marion Carrel. Faire participer les habitants ? Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires* (N° 45; ENS Editions). Presses universitaires de Louvain. <https://journals.openedition.org/anthropodev/552>
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, n° 374(2), 18-23.
- Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique, 2017-281 (2017).
- CNTRL. (2012). *PROSTITUTION : Définition de PROSTITUTION*. cntrl.fr. <https://www.cntrl.fr/definition/prostitution>
- Comte, J. (2010). Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Deviance et Societe*, Vol. 34(3), 425-446.
- Elias, N., & Scotson, J. (1994). *The Established and the Outsiders* (Norbert Elias Stichting 1994). <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/distributed/E/bo58929342.html>
- Fassin, D., & Memmi, D. (2015). Le gouvernement des corps. In *Le gouvernement des corps*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <http://books.openedition.org/editionsehess/1478>
- Faya, J. (2002). *Diagnostic de sante communautaire de la population des « gens du voyage du Rhône*. 17.

- Franceinfo, & AFP. (2013, mars 29). Prostitution : Le Sénat abroge le délit de racolage public. *Franceinfo*. https://www.francetvinfo.fr/societe/prostitution-le-senat-abroge-le-delit-de-racolage-passif_291509.html
- Freire, P., & Macedo, D. (1987). *Literacy : Reading the Word and the World* (MA: Bergin&Garvey).
- Fuks, S. I. (s. d.). *La Facilitation Systémique de Processus Collectifs*.
- Garcia, D., Jibard, C., & Lhez, S. (2011). Comment sont prises en compte les communautés : Études et analyses. *Vie sociale*, N° 2(2), 137-152.
- Gaudy, T., & Bail, H. L. (2020). *Synthèse comparative des rapports d'évaluation de la loi française sur la prostitution de 2016*. 38.
- Haute Autorité de Santé. (2016). *État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire* (p. 154). HAS.
- Honneth, A. (2004). Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la « reconnaissance ». *Revue du MAUSS*, no 23(1), 137-151.
- Horizontale, L. G. (2021, avril 14). *La victime était presque parfaite*. Club de Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/la-grande-horizontale/blog/100421/la-victime-etait-presque-parfaite>
- InVS, & FNARS. (2013). *Etude ProSanté 2010-2011. Etude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales* (p. 146). Institut de veille sanitaire. /notices/etude-prosante.-etude-sur-l-etat-de-sante-l-acces-aux-soins-et-l-acces-aux-droits-des-personnes-en-situation-de-prostitution-rencontrees-dans-des
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Sante Publique*, Vol. 24(2), 165-178.
- Lang, T. (2010). Les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique - HCSP*, 73.
- Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, Pub. L. No. 50, 2003-239 Pénal (2003). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417875/2021-09-02/
- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1), 2004-806 (2004).
- LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (1), 2016-444 (2016).
- Marco, S. (2008). *B. Santé publique : Santé communautaire*. 5.
- Mathieu, L. (2015a). *Sociologie de la prostitution*. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-prostitution--9782707179159.htm>
- Mathieu, L. (2015b). *Sociologie de la prostitution*. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-prostitution--9782707179159.htm>
- Mellouk, O. (2010). Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : Des discours à la réalité. *Transcriptases, Spécial Vienne*(144). <https://vih.org/20110110/lutte-contre-la-stigmatisation-et-les-discriminations-des-discours-a-la-realite/>
- Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues. (2016). *RDR : bonnes pratiques en réduction des risques—Livret thématique n°4*. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4_4.pdf
- Odobet, K. (2016). *Genre, Travail du sexe et santé sexuelle (Toulouse, 16/17 mars 2015)*.
- OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. 3.

OMS. (2011). *Social determinants*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>

OMS, UNFPA, ONUSIDA, Réseau mondial des projets sur le travail du sexe, Banque mondiale, & Programme des Nations Unies pour le développement. (2015). *OMS | Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : Approches pratiques tirées d'interventions collaboratives* (p. 196). OMS. https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA*.

Pheterson, G. (1996). *The prostitution prism* (Amsterdam University Press).

Ripoche, V. (2020, avril 1). *Coronavirus. Les travailleuses du sexe en grave danger à Nantes*. Ouest-France.fr. <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-les-travailleuses-du-sexe-en-grave-danger-nantes-6797626>

Ruellan, R. (2015). La gouvernance de la Sécurité sociale à partir du plan Juppé de 1995. *Vie sociale*, n° 10(2), 153-171.

Schaffauser, T. (2014). Les luttes des putes. In <http://journals.openedition.org/lectures>. Fabrique (La). <https://journals.openedition.org/lectures/15870>

SPF. (2020). « *Au labo sans ordo* » : Une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/au-labo-sans-ordo-une-experimentation-pour-etendre-l-offre-de-depistage-du-vih-a-paris-et-dans-les-alpes-maritimes.-resultats-intermediaires-a>

STRASS. (2021, mars 21). *5 ans de loi contre « la prostitution », qui en profite vraiment ? Appel à rassemblement, 13 avril 2021 devant l'Assemblée Nationale - STRASS*. Strass - Syndicat du Travail Sexuel. <https://strass-syndicat.org/actualite/5-ans-de-loi-contre-la-prostitution-qui-en-profite-vraiment-appel-a-rassemblement-13-avril-2021-devant-lassemblee-nationale/>

Toubon, J. (2015). *Le Défenseur des droits émet l'avis ci-joint concernant la proposition de loi n°3149 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées*. 4.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Enquête conscientisante sur l'accès au parcours de soins des TDS

Objectifs de cette enquête :

- -Saisir les différentes perceptions des termes « santé », « accès aux soins », « parcours de soin »
- -Identifier les acteurs, trices incontournables du parcours de soin
- -Définir les parcours de soins des personnes
- -Marquer les leviers et freins
- -Relever les savoirs expérientiels des personnes sur leurs stratégies
- -Impulser une dynamique auprès de la personne interviewée pour qu'elle prenne part au diagnostic et donc au projet des Pétrolettes

Les incontournables de l'enquête :

- -En tête à tête
- -En marchant, dans un lieu où la personne est à l'aise
- -L'expertise de l'analyse n'appartient pas à la « chercheuse »
- -Proposer d'autres temps à la personne pour l'inclure dans le processus du diagnostic
- -Avoir un point situé en temps de « chercheuse », il est important de savoir d'où on parle

Partie 1 : Faisons connaissance : La chercheuse parle aussi sur cette partie

1. Expliciter le cadre de ton diagnostic...
2. Tu t'appelles comment ?
3. Tu vis sur Rennes depuis longtemps ? Qu'est ce qui t'as amené à Rennes ?
4. Depuis combien de temps es tu TDS ?
5. Quelle est ta définition de « santé » ?
6. Qu'est ce que le terme « accès aux soins » t'évoque ?
7. Et « parcours de soins » ?

Partie 2 : L'accès aux soins aujourd'hui ?

1. Quels sont les lieux de soins ou d'accès à des droits sociaux que tu connais ?
2. Quel·les sont les professionnel·les du sanitaire et du social que tu as déjà rencontré ? (donner des exemples de pro si besoin, si ça ne vient pas : assistante sociale,
3. Est-ce que tu peux me raconter un moment qui t'a marqué ?
4. Connais-tu d'autres TDS dans ton entourage ?

5. Est-ce qu'il y a des moments où tu as repoussé des demandes de soins ou de droits ? Est-ce que tu peux raconter comment ça s'est passé pour toi ?
6. Ton activité de TDS t'a déjà demandé des soins particuliers ? Lesquels ?
7. As tu pu raconter ou au contraire censurer auprès d'un.e professionnel.le sur ton activité de TDS ? Pourquoi ?
8. La dernière fois que tu as eu besoin de demander de l'aide à un.e professionnel.le et ne l'avez pas fait? C'était quand ? Pourquoi ?
9. Quand tu es allé.e voir un.e professionnel.le, raconte un moment où tu as eu le sentiment de ne pas avoir pu choisir/ qu'on t'as imposé quelque chose / de ne pas avoir été consulté ou questionné sur ce que tu pensais.
10. Raconte moi un moment où tu as galéré à faire une démarche ou à comprendre ce à quoi tu avais droit.
11. A quoi tu as déjà renoncé pour des questions financières ?
12. Des besoins en termes de addictions (décret sorti sur la RdR) ? Soins dentaires, ophtalmo, nutritionniste, psychologiques ; besoin en termes de matos de rdr (sexuel mais aussi produits) ?
13. Et comment est-ce que toi tu lies, au sens lier, ta santé avec le TDS ? Pour toi c'est quoi le lien entre les deux, s'il y en a un ?
14. C'est quoi la prise en charge rêvée ?
15. Si tu devais te mettre une note de 1 à 10 sur ton état de santé physique et psychique ? Pourquoi ?

Partie 3 : Tes projections, commentaires sur l'offre de soin idéale :

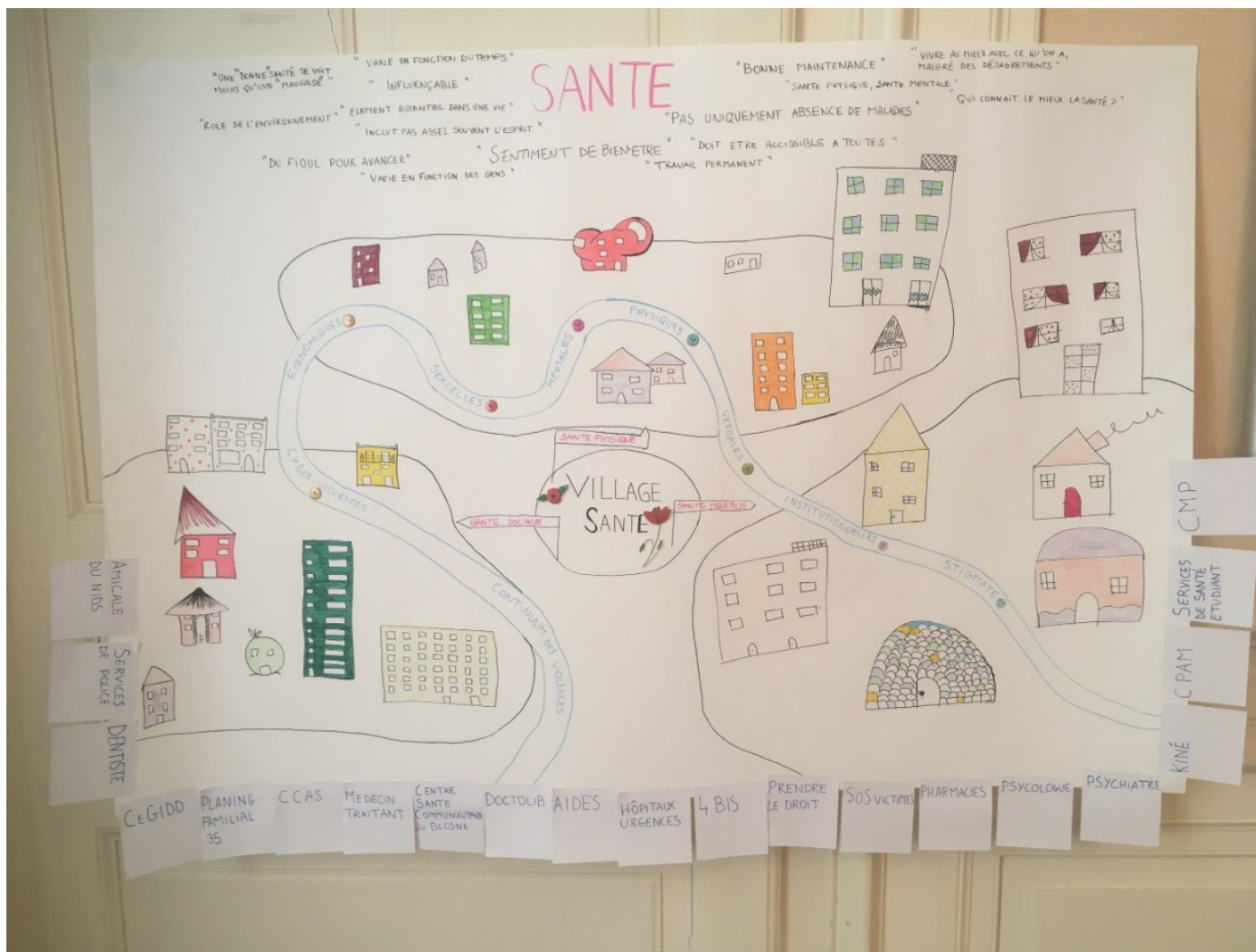
1. La violence dans le TDS, ça t'évoque toi ? Quelles idées, acteur.trices pourraient être alliés.es pour lutter contre les violences ?
2. Si je te dis isolement et TDS, ça te parle ? Pourquoi ?
3. Si tu avais une baguette magique, qu'est ce que tu mettrais en place en premier pour changer les choses concernant la santé et le tds ?
4. *[Penses-tu que vous êtes nombreux.euses à partager cette envie ? qui sont pour toi tes alliés.es ? A quoi ressemblerait un lieu où tu te sentirais à l'aise de parler de ces questions ?*
5. Qu'est-ce que tu aurais envie d'y faire ?
6. Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose ?

A titre d'exemple pour inviter sur un autre temps :

Dans 2 semaines, on organise au CRIDEV un temps de discussions sur la lutte contre les violences faites aux TDS. Les réflexions viendront nourrir ce diagnostic, es tu ok et dispo pour venir ? Si oui, je peux prendre ton contact pour t'inviter ?

Dans ton récit, tu me dis que tu n'as pas de sécu sociale, on peut t'accompagner avec les Pétrolettes. Viens à notre permanence vendredi à ISKIS

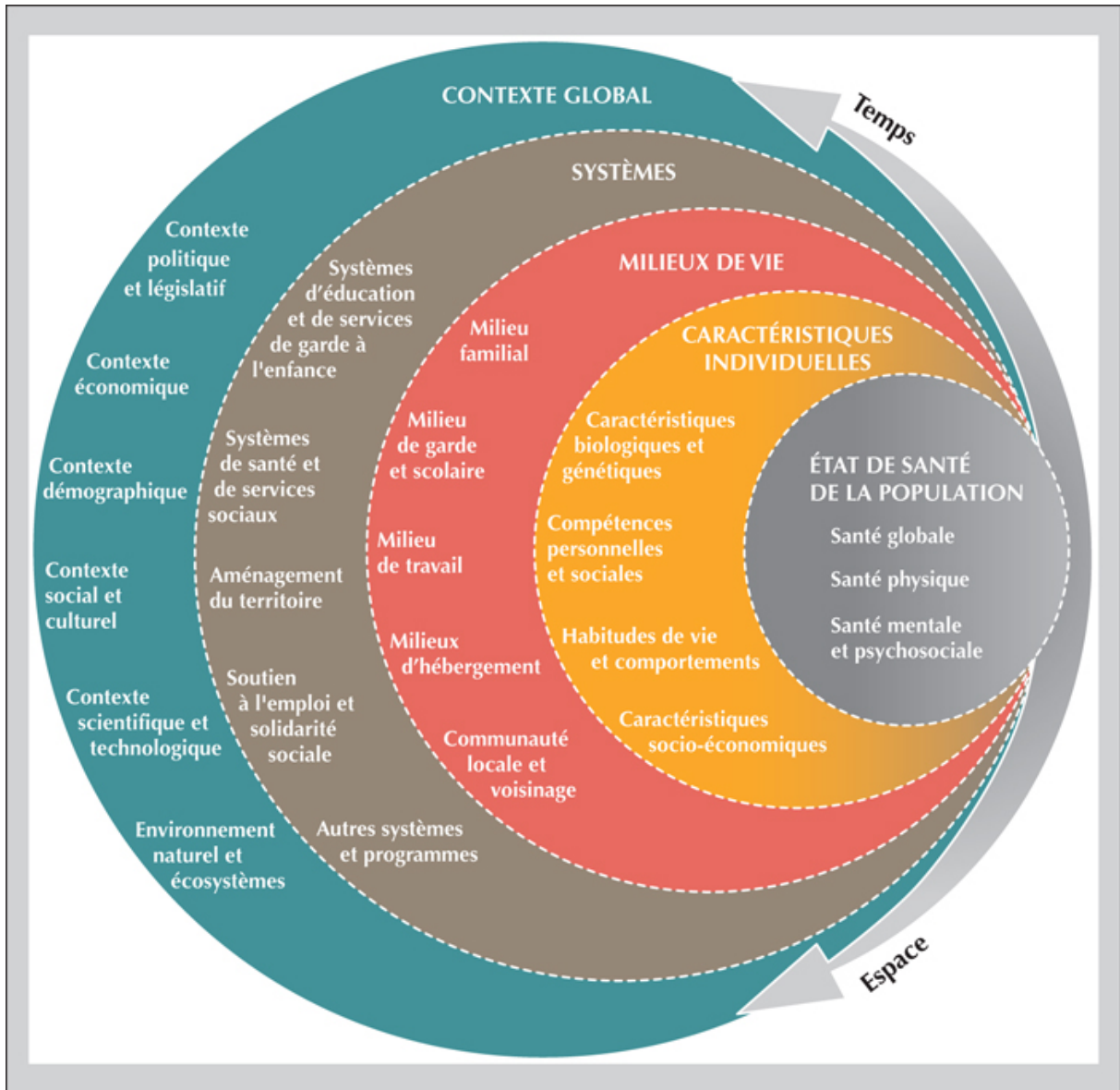
Annexe 2 Atelier Village santé non terminé



Annexe 4 Atelier « Escalier du bien-être » terminé



Annexe 5 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2010



Annexe 6 : Préconisations réalisées par les participant.es de l'atelier « Escalier du bien-être »

Stratégie	Préconisation
1. Elaboration de politiques pour la santé	Personnes concernées qui élaborent les politiques les concernant Abrogation de la loi 2016
2. Création d'environnements favorables	Déstigmatisation du travail du sexe (« <i>Je veux juste être considérée comme normale</i> ») Repérer les lieux de santé « <i>safe</i> » (affiches dans les salles d'attente?) Idée d'un « pass-droit dépistage » Plus de lieux d'écoute et de gratuité
3. Renforcement de l'action communautaire	Renforcer la lutte contre l'isolement via l'aller-vers Proposer des accompagnements physiques aux consultations Renforcer les partages de connaissance entre pair.es
4. Acquisition d'aptitudes individuelles	Faciliter l'accès à de l'information fiable (IST, MST, PREP, TPE, risques liés aux pratiques, etc)
5. Réorganisation des services de santé	Formation des professionnel.le.s de santé globale à l'écoute des besoins et envies, au non-jugement, à la bienveillance, aux représentations sur le TDS, à la prise en charge de l'obésité

Table des illustrations

Figure 1 Séquençage du diagnostic dynamique	26
Figure 2 : Le continuum des violences vécu par les travailleur.se.s du sexe rennais.es	31
Figure 3 : Lieux d'accès aux soins et aux droits identifiés par les TDS dans la ville de Rennes (35)	33
Figure 4 : Représentation des liens interpersonnels existants entre les TDS rencontré.es pendant le diagnostic	39

Table des matières

AVANT-PROPOS : DONNER LA PAROLE AUX TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE POUR MIEUX REpondre A LEURS BESOINS EN SANTE : UNE PREOCCUPATION CROISEE DES ASSOCIATIONS ET INSTITUTIONS.....	1
UN CADRE DE STAGE UNIQUE : TROIS STRUCTURES CO-PORTEUSES SINGULIERES POUR TROIS FOIS PLUS DE RESSOURCES	1
• Le Réseau Louis Guilloux	2
• Les Pétrolettes.....	3
• Le COREVIH Bretagne	3
CE QUI REUNIT CES TROIS STRUCTURES BRETONNES : LA SANTE SEXUELLE ET LA COMMANDE D'UN DIAGNOSTIC EXPLORATOIRE	
COMMUNAUTAIRE DES BESOINS EN SANTE DES TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE RENNAIS.ES :	4
LA STRUCTURATION DE CE MEMOIRE : PRESENTATION DU PLAN	4
I. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LE TRAVAIL DU SEXE EN FRANCE ET L'ACTION COMMUNAUTAIRE	
COMME STRATEGIE EN PROMOTION DE LA SANTE	7
A. LE TRAVAIL DU SEXE EN FRANCE : DES REALITES SANITAIRES ET SOCIALES MULTIPLES AUX ENJEUX SPECIFIQUES	7
1. <i>Etat des lieux de l'exercice du travail du sexe en France et à Rennes (35)</i>	7
• « Prostitution » : une même définition pour différentes réalités	7
• L'encadrement légal français : entre la lutte contre la prostitution et l'assistance aux « victimes ».....	8
• Un regain d'intérêt sur la thématique en Bretagne depuis quelques années.....	9
2. <i>Quand une pratique circonscrit l'identité d'une population</i>	10
• Politisation d'une pratique sociologiquement considérée comme « déviante » (Mathieu, 2015b).....	10
• L'approche santé chez les travailleur.se.s du sexe ne doit-elle pas se conjuguer au pluriel ?	12
B. LA COMMUNAUTÉ : UN CONCEPT VASTE MAIS QUI PREND TOUT SON SENS EN PROMOTION DE LA SANTE	14
1. <i>Les perspectives socio-historiques des communautés</i>	14
• Les tentatives de définition du « commun » : ce qui rassemble autour d'un consensus et qui permet d'agir dessus	14
• Faire « avec » et plus seulement « pour » : le mot d'ordre de l'action communautaire.....	15
• L'évolution de l'action communautaire en santé publique : l'oscillation entre partenaires privilégiés et désintéressement	17
2. <i>Mettre en place un projet communautaire : vers la prise en compte de la complexité écologique et une interdisciplinarité</i>	18
• La communauté comme déterminant de santé et levier à l'empowerment	18
• Comment « faire communauté » ? La nécessité d'une méthodologie spécifique à chaque projet	19
• A la croisée des savoirs : entre éducation populaire, lien social, partage d'expérience et montées en compétences	20
C. L'INFLUENCE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE SUR L'ETAT DE SANTE DES TRAVAILLEUR.SE.S DU SEXE : PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET PROBLEMATISATION	21
II. METHODE MISE EN ŒUVRE POUR REALISER CE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE EXPLORATOIRE ET JUSTIFICATIONS.....	23

A.	POPULATION ET TERRITOIRE CIBLES : DE QUELLE COMMUNAUTE S'AGIT-IL ?	23
B.	LA FACILITATION COMMUNAUTAIRE : UN PROCESSUS ACTIF QUI VISE L'EMPOWERMENT.....	23
	• Objectifs de cette démarche	23
	• Séquençage du diagnostic.....	26
	• Positionnement professionnel	27
	• Outils utilisés	27
III.	RESULTATS ET ANALYSE DES BESOINS EN SANTE DES TDS RENNAIS.ES ET DE LA PLACE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE	28
A.	REPRESENTATIONS SUR LA SANTE, DETERMINANTS PRINCIPAUX ET BESOINS EN SANTE PHYSIQUE, MENTALE ET SOCIALE : UN ETAT DES LIEUX	28
	1. <i>Perceptions de la notion de « santé »</i>	28
	2. <i>Déterminants de la santé repérés</i>	29
	3. <i>Besoins en santé majeurs :</i>	29
	• Santé physique	30
	• Santé mentale	30
	• Santé sociale.....	32
B.	ÉTAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS DES TDS RENNAIS.ES REpondANT A L'ENQUETE	32
	1. <i>Structures rennaises identifiées comme lieux ressources</i>	32
	2. <i>Freins et/ou leviers à l'accès aux soins et aux droits</i>	33
	3. <i>Développement communautaire et santé globale : quels constats ?</i>	34
IV.	DISCUSSION : QUE PENSER DE CES RESULTATS ?	37
A.	UNE ENQUETE REALISEE A UN MOMENT T, DANS LA VILLE DE RENNES AVEC « PAS N'IMPORTE QUI » : RECONTEXTUALISATION DES RESULTATS ET MISES EN PERSPECTIVES	37
	1. <i>Un état de santé pas forcément perçu comme lié au travail du sexe : la nécessité d'un lien « pragmatique »</i>	37
	2. <i>Le développement communautaire : créer du commun avec l'extérieur pour transformer la société</i> 39	
	• La spécificité de la communauté rennaise : à l'intersection entre travail du sexe, handicap, Queer et féminisme	39
	• La complémentarité des logiques intra et inter-communautaires	40
	3. <i>Une méthodologie qui visible les stratégies communautaires pour mieux s'y adosser</i>	41
B.	LIMITES DE L'ENQUETE	42
	1. <i>En termes de participation</i>	42
	2. <i>En termes de méthode : les difficultés de rencontrer d'autres profils</i>	42
	3. <i>La crise sanitaire</i>	43
C.	PERSPECTIVES FUTURES SUITE AUX CONSTATS POSES PAR LE DIAGNOSTIC POUR L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DES TDS RENNAIS.ES	43
	1. <i>Élaboration des politiques pour la santé</i>	44

2.	<i>Création d'environnements favorables</i>	44
3.	<i>Renforcement de l'action communautaire</i>	44
4.	<i>Acquisition d'aptitudes individuelles</i>	45
5.	<i>Réorganisation des services de santé</i>	46
V.	LA POSTURE PROFESSIONNELLE : DES QUESTIONNEMENTS A TOUTE EPREUVE	47
A.	MON POSITIONNEMENT DE FACILITATRICE QUI NE LAISSE PAS « INDEMNE »	47
1.	<i>Les piliers de mon positionnement</i>	47
2.	<i>Une relation privilégiée avec les travailleur.se.s du sexe</i>	48
3.	<i>L'importance de l'écoute des besoins et savoirs expérientiels</i>	49
B.	UN RETOUR REFLEXIF SUR L'ENCADREMENT DU STAGE ET LA REALISATION DES MISSIONS.....	49
1.	<i>La redéfinition de la commande au cours du stage</i>	49
2.	<i>Un stage tripartite : trois fois plus de connaissances et trois fois plus de communication</i>	50
3.	<i>La peur de mal faire : quant « un grand pouvoir implique de grandes responsabilités ? »</i>	52
	CONCLUSION : FAIRE AVEC POUR METAMORPHOSER NOTRE SOCIETE	53
	BIBLIOGRAPHIE	54
	ANNEXES	57
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	64
	TABLE DES MATIERES	65

PONCET-BERNARD	Valentine	21 septembre 2021
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention		
L'influence des dynamiques communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins : réalisation et analyse d'un diagnostic exploratoire communautaire des besoins en santé des travailleur.se.s du sexe rennais.es.		
Promotion 2020-2021		
<p>Résumé</p> <p>Ce mémoire porte sur l'analyse du diagnostic communautaire exploratoire réalisé cette année concernant les besoins en santé des travailleur.se.s du sexe (TDS) rennais.es. Nourri par les réflexions liées à la facilitation communautaire et positionnant les TDS comme de réel.le.s partenaires, cette étude permet de valoriser l'action communautaire comme stratégie efficace auprès de publics considérés comme « vulnérables ». La relation de confiance créée avec l'association communautaire Les Pétolettes pérennise l'accompagnement et la prise en compte de cette population dans l'élaboration d'interventions et projets à leurs égards. Celle-ci ne parle pas « en leur nom » mais visibilise leurs paroles, avançant leurs capacités d'agir et de s'exprimer en tant qu'individus. Bien qu'implanté dans un contexte spécifique, ce diagnostic atteste de la félicité d'une approche pragmatique vis-à-vis de l'implication des TDS en tant qu'acteur.trice.s dans leurs parcours de soin.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Travail du sexe, travailleur.se du sexe, développement communautaire, accès aux soins, participation, Rennes.</p>		