



Master 2

Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : 2020 – 2021

Comment la mobilisation des savoirs expérientiels participe à la réduction des inégalités sociales de santé de personne.s précaire.s et stigmatisé.e.s : L'exemple de l'accompagnement des travailleur.euse.s du sexe de rues migrant.e.s au sein des associations de santé communautaires.

Maiwenn Henriquet
Septembre 2021

Sous la direction de Madame Marie-René GUEVEL

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	10
1.1	De quels savoirs parlons-nous ?	10
1.2	Resituer l'émergence des associations de santé communautaire.....	11
1.3	De la santé aux inégalités sociales de santé.....	12
1.4	Eclaircir l'appellation : Le groupe social des Travailleur.euse.s de rue, migrant.e.s.....	13
1.5	Des concepts idéologiques à un cadre juridique.....	15
	METHODOLOGIE.....	19
2	SAISIR LES FONDAMENTAUX Y COMPRIS DES CONTROVERSES.....	22
2.1	Actualité du concept qui traite des savoirs expérientiels en santé	23
2.1.1	Une histoire récente.....	23
2.1.2	Définir le concept « flou » des savoirs expérientiels.....	25
2.1.3	Disséquer les savoirs expérientiels.....	28
2.1.1	Au-delà du concept : une utilité	29
2.1.2	Savoirs expérientiels et pair-aidance : « Nous travaillons avec ce que nous sommes » 31	
2.1.3	De la lutte contre le SIDA à aujourd'hui, des réussites et des tensions.....	32
2.2	La santé des migrant.e.s travailleur.euse.s du sexe de rue : loin du cumul de deux singularités, des déterminants sociaux multiples.	34
2.2.1	Migrant.e.s et travailleur.euse du sexe ou travailleur.euse du sexe et migrant.e.s : repartir du départ.....	34
2.2.2	Le travail du sexe une étape d'un projet migratoire ; « Mais aujourd'hui, dans tous les cas, entrer en Europe de l'Ouest sans intermédiaire est impossible. ».....	35
2.2.3	S'enquérir des conditions d'exercice dans la rue	36
2.2.4	Réfléchir aux enjeux sanitaires.....	39
3	EXPLORER LA MOBILISATION DES SAVOIRS EXPERIENTIELS : SAISIR LES MANIERES DE FAIRE POUR DEFAIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....	41
3.1	Développement des organisations pour l'inclusion des travailleur.euse.s pair.e.s	41
3.1.1	De la « sagesse » et de la « vérité » décrits par T. Borkman	42
3.1.2	De l'adaptation de la structure aux pairs et vice versa	48
3.1.1	« Tout à coup le niveau des pairs il faut qu'il soit au moins à ça »	50
3.2	« On est là parce qu'on s'est prostituées non non, non » et la nécessité du plaidoyer	58
3.3	« Tu vois ces compétences-là, tu les as ? non bah l'autre elle les a » : actions croisées sur les déterminants sociaux de la santé.....	63
3.4	Vouloir changer le monde	64

4	CONCLUSION : REPONDRE A LA PROBLEMATIQUE ET ENONCES DES RECOMMANDATIONS	66
5	BIBLIOGRAPHIE.....	70
6	LISTE DES ANNEXES	76

REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement Mme Guével, ma directrice de thèse pour sa disponibilité, ses connaissances et sa bienveillance. J'attendais nos rendez-vous avec impatience pour ses conseils précieux qui m'ont aidée à me recentrer et à définir mon sujet.

Mes remerciements vont également aux personnes qui composent les équipes des associations de santé communautaires qui ont accepté sans hésiter et malgré leur charge de travail de m'accorder du temps et de partager avec moi leurs expériences et leurs réflexions au cours des divers entretiens. Et bien sûr Téo, Pierre, Marie de Paloma qui ont contribué à ce que je puisse faire cette formation.

Je remercie aussi toutes les travailleur.euse.s du sexe de rue, migrant.e.s que j'ai croisées lors de tournées la nuit. Avec vous, j'ai passé des moments drôles, passionnants et surprenants. Vous redonnez toujours du sens à mon travail lorsque j'en avais besoin.

Les remerciements que je voudrais dédier à Irène et à Paul sont nombreux. Merci de m'avoir fait confiance lorsque vous m'avez recrutée et merci pour la qualité de votre accompagnement qui m'ont fait tellement évoluer. Tous ces moments de partage et de recherche de l'exigence dans le respect de l'autre, du non-jugement, pour que ce ne soit pas que des mots. Merci pour le soutien, les encouragements, la disponibilité. Enfin c'est grâce à toi, Irène que j'ai pu réaliser une partie des entretiens, ta mise en relation m'a beaucoup aidée et a mis les personnes en confiance.

Je voudrais remercier mes parents qui m'ont toujours soutenue et cette année particulièrement encore. Cette reprise d'étude nous aura permis de passer davantage de temps ensemble et de bénéficier des meilleures conditions pour travailler. Merci également à Gwenn et Eliaz à Laurence et à Carole, ma sœur, mon frère et mes amies, toujours là, soutiens indéfectibles.

Merci enfin très spécialement à toi Wil, qui m'a permis de faire cette formation et a accepté tout ce qui va avec en souriant. Merci pour les petits plats, les attentions et nos rigolades. Merci de partager ma vie.

LISTE DES SIGLES UTILISES :

ARS : Agence Régionale de Santé

ATD Quart Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart Monde

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé en France pour la santé mentale

CDU : Commission Des Usagers

DSS : Déterminants Sociaux de la Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FACT-S : Fédération des Actrices et acteurs de Terrain et des Survivantes de la Prostitution aux côtés des personnes prostituées

FAS : Fédération des Acteurs de la Solidarité

FPR : Fédération Parapluie Rouge

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HAS : Haute Autorité en Santé

HE : Health Education

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes

ICRSE : International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MdM : Médecins du Monde

MSM : Men Having sex with Men

MSP : Médiateur Santé Pair

NSWP : Global Network of Sex Work Projects

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OQTF : Obligation à Quitter le Territoire Français

PEP : Prophylaxie Préexposition

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RDR : Réduction Des Risques

TDS : Travailleur.euse.s du Sexe

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiale

VAP : Validation des Acquis Professionnels

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et figures

Tableau N°1	Episodes migratoires par année et par région géographique des travailleur.euse.s du sexe de rue, migrant.e.s rencontrées en France	Page 14
Tableau N°2	La loi du 13 avril 2016 expliquée en six points	Page 16
Tableau N°3	Structures interviewées et numérotation des entretiens	Page 21
Tableau N°4	Périodes et champs de la pair-aidance en France entre 1930 et 2000	Page 24
Tableau N°5	Typologies des savoirs selon Caron-Flinterman, Broerse et Bunders 2005	Page 29
Tableau N°6	Tableau 6 : Typologies des savoirs selon Nichter et Vuckovic 1994	Page 29
Tableau N°7	Recueils croisés des problématiques de santé des TdS de rue Selon le rapport de l'IGAS 2012	Page 40
Schéma N°1	Organisation au sein des ONG	Page 48
Schéma N°2	Organisation au sein des associations de santé communautaires	Page 49
Schéma N°3	Organisation au sein des organisations dirigées par et pour les TdS	Page 49

1 INTRODUCTION

« To undergo an experience with something – be it a thing, a person, or a god – means that this something befalls us, strikes us, comes over us, overwhelms and transforms us. When we talk of ‘undergoing’ an experience, we mean specifically that the experience is not of our own making ; to undergo here means that we endure it, suffer it, receive it as it strikes us and submit to it. It is something itself that comes about, comes to pass, happens »

(Heidegger, 1976 cité par Prochaska, 1998)¹

A l’occasion d’une maraude de nuit Stella, femme nigériane bénévole paire, croisa Joy qui débutait dans le travail du sexe de rue. Stella, après les présentations d’usage, proposa à Joy d’échanger dans une posture de réduction des risques et lui demanda si elle gardait l’argent gagné dans son sac à main. Joy lui répondit qu’un jour un agresseur lui avait arraché son sac à main et était parti avec. Stella navrée, s’exclama qu’il lui était arrivé la même chose. Que c’était à partir de cette expérience, qu’elle avait appris comment gérer et où mettre l’argent. Personne ne lui en avait parlé lorsqu’elle avait commencé, c’est pourquoi elle aborde désormais ce sujet avec les personnes qui débutent. (Témoignage association de santé communautaire) Ce savoir-là : « ne pas garder d’argent dans son sac », un.e travailleur.euse. social.e peut y avoir accès suite à un témoignage direct, mais « *l’objet lui restera extérieur* » alors que pour le.la personne qui a vécu l’expérience, son savoir se construit à partir de ses ressentis, de ses émotions et de ses perceptions. A travers l’expérience « la construction des savoirs est liée à une situation personnelle et est acquise à travers leur expérience corporelle singulière » (Hejoaka et al., 2020 : 56).

1.1 De quels savoirs parlons-nous ?

Les termes « savoirs expérientiels », auxquels nous allons nous intéresser, sont ceux acquis dans un contexte particulier de personnes représenté.e.s à la marge de la norme sociale. Les personnes Travailleur.euse.s du Sexe (TdS) de la rue, majoritairement migrant.e.s, allophones et avec des statuts administratifs précaires, expérimentent au quotidien des discriminations, des obstacles dans leurs

¹ Traduction : " *Faire l'expérience de quelque chose - qu'il s'agisse d'une chose, d'une personne ou d'un dieu - signifie que cette chose nous atteint, nous frappe, nous envahit, nous submerge et nous transforme. Lorsque nous parlons de " subir " une expérience, nous voulons dire précisément que cette expérience n'est pas de notre fait ; subir signifie ici que nous l'endurons, la souffrons, la recevons telle qu'elle nous frappe et nous y soumettons. C'est une chose en soi qui se produit, s'accomplit, arrive* ". (Heidegger, 1976 cité par Prochaska, 1998)

accès aux soins et aux droits du fait de leur condition sociale de personnes migrant.e.s. S'ajoute à cela, le stigmate lié au fait de proposer des services sexuels tarifés. Pour autant loin de nous la volonté de cataloguer les personnes TdS dans un statut de victime, de personnes qui subiraient leur condition. A l'inverse, différents auteurs témoignent des capacités d'adaptation incroyables, de ressources et de compétences variées permettant aux personnes d'élaborer des stratégies pour faire face aux différentes situations et d'améliorer leurs conditions de vie. Ces savoir-faire acquis au fur et à mesure des situations constituent des savoirs expérientiels. Ils « procèdent d'une praxis autodidacte que braconnent les dominés au fil des situations qu'ils subissent, sous l'empire d'un rapport social qui les contraint, les infantilise, les incapacite, les stigmatise et les ostracise, les violente ». (Schweitzer, 2020 : 8). Stella, qui a en commun avec les personnes rencontrées l'expérience de la migration et du travail du sexe, propose à ses pair.e.s, de partager et d'échanger autour de savoirs tirés des expériences du vécu qu'elles seul.e.s ont en commun. Selon Borkman, l'intérêt de la mobilisation des savoirs expérientiels réside dans la résolution de problème (*Hejoaka et al., 2020*). Ainsi, nous pourrions imaginer que l'échange entre Joy et Stella va aborder comment gérer toute l'interaction avec le client, bien avant que l'argent ne soit donné de la main à la main et d'étudier où le mettre pour qu'en cas de vol, l'agresseur ne reparte pas avec tout ce que Joy a gagné dans sa soirée.

1.2 Resituer l'émergence des associations de santé communautaire.

Au moment de l'épidémie du VIH/SIDA, le message qui circule via les médias, accuse les personnes prostituées d'être les vecteurs favorisant la circulation du virus. Les seules structures dédiées aux personnes prostituées alors, proposent un accompagnement conditionné à l'arrêt de la prostitution visant une réinsertion sociale. Rien n'est proposé autour de la prévention et la promotion de la santé pour des personnes toujours en exercice. Les travailleur.euse.s du sexe (TdS) sont isolé.e.s et leur stigmatisation est majorée du fait de l'épidémie. C'est dans ce contexte que les associations de santé communautaires vont émerger en proposant un mode d'action différent, en alliance avec les TdS qui vont être reconnu.e.s pour leur expertise liée à l'exercice du travail du sexe. (Mathieu, 2003). Ces organisations vont se structurer de façon à donner une place aux TdS au sein de leurs structures.

« La santé communautaire s'est organisée avec des travailleuses du sexe, dès le début, dans les équipes salariées et les conseils d'administration. Ça a été une rupture énorme : celles qui étaient considérées comme des inadaptées sociales devenaient des salariées de la santé communautaire, avec un savoir-faire et une expérience valorisée. » (Définod 714701 & Foutre 713832, 2015 : 3)

Ces associations vont élaborer un plaidoyer, un positionnement lié au travail du sexe et des modalités d'accompagnement des TdS. De même, elles vont développer une réflexion sur le champ sémantique. Les appellations « travail du sexe » et « travailleur.euse.s du sexe » qui découlent de l'anglais sex work utilisées à partir des années 1980 aux Etats-Unis vont devenir l'expression d'un symbole politique. Y

compris pour des chercheurs, des féministes qui selon le choix des termes employés annoncent défendre l'idéologie victimaire ou non (Comte, 2010). Pour la rédaction de ce travail, qui part d'une réflexion sur le savoir expérientiel des personnes concerné.e.s, nous utiliserons les termes travail du sexe et travailleur.euse.s du sexe (TdS).

« Le parti pris de cette approche [de santé communautaire] est de respecter la personne quelle que soit son activité, quelle que soit son origine et quelle que soit sa situation de vie, sans vouloir la changer, mais simplement en essayant de lui apporter des cartes sur le plan de la prévention, de la santé et des questions sanitaires, ainsi que sur les questions sociales, administratives et sur les questions des droits humains et de la citoyenneté »(Guillemaut, 2006 : 9)

Les associations de santé communautaires ont fait le choix dès leur création, de salarier des équipes mixtes constituées de personnes concerné.e.s, appelé.e.s aussi travailleur.euse.s pair.e.s ou encore travailleur.euse.s communautaire.s et d'autres professionnel.le.s issus de formations académiques. Cette organisation, appelée paritaire, considère qu' « il est juste que des personnes concernées par une problématique participent à sa résolution (...) si leur participation vaut c'est qu'elle apporte des éclairages uniques » (Gross & Gagnayre, 2017: 4). D'où la plus-value apportée par le savoir expérientiel. Il s'agit donc de reconnaître les compétences et savoirs tirés de l'expérience de la pratique du travail du sexe de rue, mais aussi de les croiser aux autres origines de savoirs (scientifique et/ou académique) pour mieux accompagner les personnes sur la promotion de leur santé. (ibid)

1.3 De la santé aux inégalités sociales de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), associe à la santé, la notion de bien-être, qui doit être « complet » (...) « physique, mental et social » (OMS, 1999) . Cette définition est étayée ensuite par la charte d'Ottawa en 1986 visant la santé pour tous. La charte pose le postulat des conditions et des ressources préalables auquel l'individu doit accéder pour améliorer sa santé. Il s'agit notamment de : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». (OMS, 1986) Il s'agit de ce que l'on nomme les déterminants de la santé. (OMS, 1986). « l'injustice sociale tue à grande échelle » (Boisvert, 2013).

La charte d'Ottawa mentionne aussi que « L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. » (OMS, 1986). Par équité, l'OMS fait référence à des contextes, qui génèrent des inégalités en matière de santé, appelées Inégalités Sociales de Santé. (ISS). Dans le document « origines et fondements des ISS », Pierre Aïach et Didier Fassin proposent une définition basée sur deux éléments : « il doit s'agir d'un objet socialement valorisé » et cet objet « doit ensuite concerner des groupes socialement hiérarchisés dans une position dominant/dominé » (Aïach, 2010 cité par Lorette, 2021 : 7). Les études utilisant n'importe quels indicateurs sont unanimes lorsque l'on compare l'état de santé et

la situation sociale de groupes sociaux différents, les milieux les plus aisés bénéficient d'un meilleur état de santé. Ainsi les ISS désignent « toutes les relations entre l'état de santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (Loretti, 2021 : 7). « Un homme cadre supérieur peut ainsi espérer vivre 6.4 années de plus qu'un ouvrier. » (Loretti, 2021 : 3)

Ce travail s'intéresse en premier lieu, aux savoirs expérientiels et à leur mobilisation, l'idée sous-tendue étant que dans certaines conditions, l'utilisation des savoirs issus du vécu va de façon indirecte, dans un second temps, affecter les ISS et tendre à leur réduction. Il nous semble important de préciser à quoi nous nous engageons dans cet écrit. De fait, nous n'allons pas comparer ni mesurer les inégalités sociales de santé d'un groupe qui bénéficierait des apports des savoirs expérientiels et le comparer à un autre groupe vierge de cet apport. Ce travail ne peut donc véritablement mesurer s'il y a réduction au sens littéral du terme. Par contre, si nous arrivons à démontrer que la mobilisation des savoirs expérientiels constitue des facteurs qui influencent les déterminants de la santé alors, par voie de conséquence et par simplification, nous en concluons qu'ils participent à la réduction ou à l'augmentation des ISS. Il s'agit d'une déduction par voie de fait. Le résultat étant déduit et conditionné à la réussite des étapes précédentes. Pour terminer sur la notion des ISS que nous n'allons pas plus développer, car cela aurait constitué un travail en soi, deux éléments nous semblent important à être évoqués : La question des ISS est souvent confondue, par erreur, avec les difficultés de santé des plus pauvres, mais il ne s'agit pas d'opposer les plus démunis aux moins démunis. Le deuxième élément concerne la temporalité. La construction des ISS commence avant la naissance, les inégalités se construisent et se renforcent tout au long de la vie.

1.4 Eclaircir l'appellation : Le groupe social des Travailleur.euse.s de rue, migrant.e.s.

« Les migrantes ne sont en général pas des jeunes filles naïves, analphabètes, tout juste sorties du village. Nos travaux antérieurs montrent que plus de 60 % des femmes arrivées depuis la fin des années 1990 sont des citadines, qu'elles ont été scolarisées à plus de 80 % (8 % ont fréquenté l'université et 17 % le lycée). Elles expliquent que leur envie de migrer prime sur l'éventuelle répugnance au travail du sexe, et que dans tous les cas elles ne veulent pas être rapatriées. » (Guillemaut, 2008)

Le groupe social des TdS de rue, migrant.e.s, est complètement hétérogène. Pour mieux appréhender ce groupe, nous devons donc aborder le fait de la migration et l'exercice du travail du sexe dans ce contexte. Ce qui sous-tend d'autres notions, dont les concepts de traite et/ou d'exploitation. Pour cela, nous allons nous appuyer sur différents auteurs dont Marion David et Françoise Guillemaut, toutes deux sociologues. M. David dans sa thèse « Penser le fait prostitutionnel », a exploré le champ associatif en lien avec le travail du sexe en France et en Belgique. Elle décrit l'espace social de la

prostitution de rue comme « un monde aux contours flous, tendu entre la proximité d'un certain mode de vie et la diversité des populations qui le composent » (David, 2014 : 345). Françoise Guillemaut a étudié sur le terrain (douze ans à Lyon et six ans à Toulouse, entre 1995 et 2007) les parcours de femmes africaines, accompagnées par des associations de santé communautaires, avec des travailleur.euse.s pair.e.s et rapporte l'histoire de leurs migrations en lien avec l'exercice du travail du sexe. Elle nous met en garde contre des représentations courantes qui distingueraient, dans la prostitution de rue, les ancien.ne.s, plutôt français.e.s et libres, des étranger.e.s qui seraient tous.toutes « sous la contrainte de proxénètes ou de réseaux de trafiquants. » (Guillemaut, 2008 : 5). Marion David, explique et démontre de son côté, le caractère « proprement migratoire de leur parcours » ce qui lui permet, entre autres, de « refuser de se saisir de la notion de « traite des êtres humains pour caractériser leur situation. » (David, 2014 : 359).

« La plupart des travailleuses du sexe étrangères que nous rencontrons disent clairement qu'elles tentent de fuir les contraintes sociales, politiques et économiques qu'elles subissent dans leur pays, et préfèrent partir même si elles sont diplômées ou qualifiées. Beaucoup d'entre elles disent vouloir changer la perception que leur famille pourrait avoir d'elles, et être reconnues comme personnes pourvoyeuses de ressources, ce qui à terme leur rapporte un certain pouvoir ».(Guillemaut, 2009 : 41)

Le tableau présenté en annexe N°1, reprend de façon très générale et simplifiée les périodes et les caractéristiques des conditions dans lesquelles des personnes ont migré selon des régions spécifiques du globe. La différence des conditions de migration entre les femmes venant du Cameroun dans les années 1990 et celles venant du Nigéria dans les années 2000 est flagrante. Ce tableau montre aussi le besoin d'argent pour migrer et les différentes stratégies utilisées, dont le recours à des tiers et donc à une dette. Finalement il réaffirme la diversité des situations. Même s'il donne à voir des organisations générales, par région, des différences existent au sein d'un groupe venant d'un même pays. Les contextes, peu détaillés dans le tableau, expliquant le départ du pays d'origine, replacent, de fait, les personnes migrant.e.s, comme acteur.ice.s d'un projet de vie et non en tant que victimes d'organisations qui décideraient pour elles. Dans les faits, à certains moments de leur parcours migratoire et /ou dans le pays dit d'accueil, les personnes peuvent se retrouver à la merci de ceux qui les aident à venir en Europe et subir de la violence (le passage par la Libye en est un exemple), des privations et des exploitations. Toutes les formes de violence, d'exploitation, à leur rencontre sont inacceptables et doivent être dénoncées. Les témoignages des personnes sont alors essentiels pour qu'elles expliquent avec leurs mots, leur projet et aspirations ainsi que les réalités de leur parcours migratoires. Mais ces parcours, que nous continuerons d'aborder plus loin, ont une raison d'être dans la vie de la personne qui a décidé de migrer.

Témoignage d'une personne Trans : « Je te raconte mon cas. Tu arrives au pays, tu construis une maison. La mariquita d'en face me dit : « Ma fille ! Où donc travailles-tu ? » - « Je travaille en Europe ». « Et c'est bien dans la rue que tu travailles ? » « Oui, je suis dans la rue, je fais la pute là-bas ». Et on me demande : « Comment est-ce que je peux partir ? » Alors je leur dis : « Vends ta maison, vends ce que tu possèdes, et tu verras que demain tu la récupéreras ». Et *la marica* m'a écouté. Elle a vendu la maison, s'est complètement endettée, comme qui vend son âme au diable comme on dit chez nous, et elle est allée à Paris. Et à Paris cela a marché pour elle. Elle a vendu sa petite maison et elle a fait un immeuble plus grand. Et celle-ci fera venir une autre *marica*, et ainsi successivement ». (Gonzalez, 2018 : 11)

1.5 Des concepts idéologiques à un cadre juridique

« Le spectre des conceptions en la matière se déploie en deux pôles antagonistes selon que l'on le considère comme l'échange d'une prestation de service contre paiement (dans une logique contractuelle lui conférant une dimension professionnelle) ou au contraire comme la disposition d'un corps pour satisfaire le plaisir sexuel d'autrui ; l'expérience est alors assimilée à une forme d'exploitation et une source d'asservissement. » (David, 2014)

Sur le plan historique, les différents régimes juridiques et politiques publics instaurés pour encadrer l'exercice de la prostitution sont liés aux idéologies qui les sous-tendent et sont « socialement construits. » (Gonzalez-Quijano, 2015 : 3). La question de la norme sociale et des représentations se pose dès que l'on évoque le terme « travail du sexe ». Le statut social des personnes concerné.e.s est conditionné à des idéologies qui s'affrontent et clivent les débats. Cette partie vient poser le contexte historique et social qui facilitera la compréhension et la lecture du texte.

La France a d'abord été réglementariste jusqu'en 1946. La prostitution était alors considérée comme « un mal nécessaire » (Sourisse, 2007). Prostitution qu'il fallait encadrer par un fichage policier et des visites médicales obligatoires, dans le but d'éviter le « péril vénérien » (Corbin, cité par Farge, 1979 : 468) Puis la France abolit les maisons closes, avec la loi Marthe Richard du 13 avril 1946 et de réglementariste devient abolitionniste, lors de la ratification en 1960 de plusieurs ordonnances, qui vont donner un nouveau cadre politique, législatif et idéologique. L'abolitionnisme « marque l'abandon de la définition de la prostitution comme problème sanitaire pour la reconnaître comme problème social » (Mathieu, 2016 : 20). Le seul accompagnement possible à proposer aux personnes, est alors celui de la réinsertion, « *le reclassement ou le relèvement* » (Mathieu, 2016 : 5). Si au départ, le terme abolitionniste, renvoyait à l'abolition de la réglementation, la sémantique a évolué pour signifier ensuite l'abolition de la prostitution dans la société. (Gonzalez-Quijano, 2015). La France a depuis réaffirmé son engagement abolitionniste par la loi du 13 avril 2016,² faisant passer les

²Page web « Lutte contre le système prostitutionnel et accompagnement des personnes prostituées »

personnes du statut de délinquant.e (pénalisation du racolage) à celui de victime (pénalisation des client.e.s). Ainsi le dernier texte voté en 2016 qui encadre le travail du sexe et qui est repris de manière didactique dans le tableau présenté, ci-dessous, maintient l'activité comme légale.

La LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

LES 6 POINTS CLÉS DE LA LOI PROSTITUTION	
1	 <p>Abrogation du délit de racolage : les personnes prostituées sont reconnues comme des victimes et non plus comme des délinquantes.</p>
2	 <p>Responsabilisation des clients : ils sont désormais passibles d'une contravention de 1500 euros. Les moyens de lutte contre les réseaux et proxénètes sont également renforcés</p>
3	 <p>Mesures de protection et d'accompagnement : un parcours de sortie de la prostitution est créé, financé par un fonds dédié.</p>
4	 <p>Actions de prévention et de sensibilisation : la lutte contre la marchandisation des corps entrera dans les thématiques relevant de l'éducation et de la citoyenneté</p>
5	 <p>Autorisation provisoire de séjour de six mois (et droit au travail) : pour les personnes prostituées étrangères engagées dans un parcours de sortie de la prostitution</p>
6	 <p>Instauration d'une nouvelle instance présente dans les départements : son but sera de coordonner l'action en faveur des victimes de la prostitution</p>

Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes

Tableau : reprenant les mesures de la loi du 13 avril 2016

Source : ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes de la diversité et de l'égalité des chances.

Tableau N°2 : La loi du 13 avril 2016 expliquée en six points

La définition de la prostitution articule une prestation sexuelle consentie, à la condition d'une rémunération pour cette prestation. Mais le.la client.e, qui est celui.celle qui va bénéficier et rémunérer ladite prestation, est pénalisé.e (1500€ de contravention.) Le.la personne TdS n'est plus pénalisé.e (abrogation du délit de racolage). Et l'offre d'accompagnement proposé aux personnes est celui de l'arrêt de l'activité via un dispositif dédié : le parcours de sortie de prostitution. A cet effet, des commissions départementales chargées d'implémenter les parcours de sortie ont vu le jour, de façon hétérogène depuis 2016, puisque certains départements n'en sont toujours pas pourvus. Le texte mentionne aussi, une autorisation provisoire de séjour de six mois, pour les personnes étranger.ère.s engagé.e.s dans un parcours de sortie. Si l'on s'arrêtait à cette première lecture, on pourrait imaginer qu'une réelle alternative est proposée aux personnes migrant.e.s souhaitant arrêter l'activité (la majorité d'entre elles) et qu'une voie de régularisation serait possible, (ce qu'elles souhaitent). Mais dans les faits c'est bien une autre réalité qui est décrite par les acteurs de terrain. (Un encart est repris en annexe N°6 pour expliciter cette partie). Ce qui crée un décalage entre ce qui est affiché dans la loi, soit la possibilité de bénéficier d'un parcours de sortie et l'accès réel à ce parcours, soumis à des conditions excluant une partie des TdS de rue, migrant.e.s. Une autre réalité se

consultée le 29 août 2021 à l'adresse : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/lutte-contre-le-systeme-prostitutionnel-et-accompagnement-des-personnes-prostituees/>

mesure à l'absence d'alternative pour gagner sa vie, lorsque le droit au séjour ne permet pas d'accéder au marché du travail. Tout ceci explique pourquoi une majorité de personnes continuent d'exercer dans la rue, subissant les contraintes liées au cadre législatif (fait pour contraindre, limiter l'activité qui doit disparaître) sans autre alternative et sans certitude de régularisation.

Tout ceci, explique aussi pourquoi, les associations de santé communautaires et les allié.e.s s'indignent et témoignent, dans des rapports et dans la presse, des conditions d'exercice et de vie, de moins en moins supportables, depuis le passage de la loi.³ (Réseau Mondial des Projets sur le Travail Sexuel, 2018). « Deux pôles antagonistes s'opposent » sur les idées sous-tendues derrière les concepts soit de « prostitution » vue comme « une forme d'exploitation » ou soit nommés « travail du sexe » considéré comme « une prestation de service » (David, 2014). Formalisés dans des rapports qui ne font pas consensus, chaque partie définit et défend son idéologie à travers des résultats chiffrés et des enquêtes de terrain. Le point de vue situé, insubstituable, des personnes concerné.e.s est utilisé comme argument imparable par les deux pôles⁴. Mais une grande différence existe. Du côté des abolitionnistes, une logique de catégorisation s'applique pour ne reconnaître qu'une réalité. Les personnes, souvent appelé « les survivantes » toutes ex-prostitué.e.s, n'illustrent leur expérience de la prostitution que sous un angle traumatique. Ces femmes seraient donc la preuve qu'il faut tout faire pour inciter les autres à arrêter le travail du sexe. Du côté des associations de santé communautaires et des ONG allié.e.s est revendiqué la diversité des situations et des vécus d'expérience dans l'exercice du travail du sexe. Cela se traduit par un positionnement pragmatique sur le fait de pouvoir accompagner ceux qui continuent d'exercer cette activité, sans jugement. Ainsi que par des actions de plaidoyer demandant la prise en compte de la parole des personnes concerné.e.s lors de l'élaboration des lois et décisions qui les concernent. Reconnaisant ainsi leurs savoirs expérientiels comme essentiels, pour élaborer des dispositifs qui favoriseraient leurs conditions de vie et d'exercice. (En opposition avec le statut de victime et la thèse de décorporalisation de Judith Trinquart⁵). Ce qui

³ Page web « Document de politique générale : L'impact des lois visant à mettre fin à la demande de sexe rémunéré sur les travailleuses du sexe » - consultée le 29/08/2021 à l'adresse : <https://www.nswp.org/fr/resource/document-de-politique-generale-limpact-des-lois-visant-mettre-fin-la-demande-de-sexe>

⁴ Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le système prostitutionnel publiée en avril 2018 par Médecins du Monde et des partenaires.(Le Bail & Giametta, 2018)
Rapport de l'Inspection générale des affaires sociale (IGAS) publié en 2020 : Evaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. (IGAS, 2019)

⁵ *Thèse de médecine générale soutenue par Judith trinquart en 2002 et qui a pour titre « La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur aux soins. » « Il s'agit de l'ensemble des atteintes du schéma corporel, conséquence directe de la pratique prostitutionnelle, associée à une dissociation de l'image corporelle en deux parties, la décorporalisation qui finit par entraîner une négligence extrême vis-à-vis du corps*

n'est pas entendable par les abolitionnistes, qui emploient des procédés afin de décrédibiliser la parole des personnes concerné.e.s. Qualifier une personne de TdS la disqualifie de pouvoir être entendue (Béliard et al., 2015) et ceci pour son bien (même si elle ne le sait pas) et pour tous et toutes les autres, dans un souci de protection. Ce procédé de « disqualification » de leurs capacités à pouvoir prendre des décisions pour elleux-mêmes (Béliard et al., 2015) leur permet de projeter une image de victime, diffusée à coup d'arguments pseudo-scientifiques pour assoir une autorité qui donnerait raison et construirait ainsi leur légitimité. Ainsi Lilian Mathieu qui a analysé et décrypté les méthodes utilisées par les abolitionnistes écrit que cette « autorité(...) apparait en large partie empruntée ou détournée » (Mathieu, 2013 : 128-129), il démontre dans les pages suivantes « un usage émotionnel des chiffres », chiffres d'ailleurs « estimés », présentés en «avalanche de nombres » dans le but de produire un effet émotionnel. Il termine enfin sa démonstration sur l'absence de rigueur scientifique des études statistiques et le fait que les sources des études ne sont pas citées. (Mathieu L, *op.cit* : 142) Tout ceci montre que les savoirs peuvent être utilisés, voire instrumentalisés pour servir la cause des idéologies. D'où l'importance aussi de rechercher la véracité des informations.

A l'époque où est revendiquée la participation des personnes concerné.e.s, partout, dans tous les secteurs, ici une omerta s'applique. Cette mise sous silence renvoie à deux champs, celui de la discrimination : dans une société inégalitaire, est attribuée aux TdS une valeur sociale hiérarchiquement moins reconnue qui permet la disqualification de leur parole. Et à l'inverse, le champ du pouvoir d'agir ou empowerment qui permet aux TdS et allié.e.s de vouloir reprendre une place et « faire face ». D'où les actions politiques de plaidoyer des associations qui revendiquent la participation des personnes concerné.e.s comme modèle idéologique. De ce modèle un cadre juridique pourrait en découler : la décriminalisation du travail du sexe, pour garantir un meilleur accès aux soins et aux droits et favoriser sa déstigmatisation. Plusieurs chercheurs concluent que la déstigmatisation et la décriminalisation du travail du sexe sont nécessaires car ce n'est pas la nature même des activités qui les rend dangereuses et potentiellement aliénantes, mais le fait qu'elles soient entièrement ou largement criminalisées dans nos sociétés. (Guillemaut, 2009)

L'ensemble des paragraphes ci-dessus nous a permis de poser les définitions et contextes qui nous permettent maintenant d'avancer vers notre questionnement. Ainsi ce travail s'intéresse aux savoirs expérientiels, des personnes TdS de rue, pouvant être utilisés pour améliorer les conditions de vie et de travail et donc la santé, des autres personnes migrant.e.s exerçant le travail de rue. Les associations de santé communautaires, ont démontré, dès leur mise en place, la nécessité de travailler avec des

des personnes prostituées, expliquant leur faible recours effectif aux soins qui leur sont pourtant matériellement et techniquement accessibles. » (Taïbi, 2007)

travailleur.euse.s pair.e.s, afin de travailler sur la promotion de leur santé. Nous allons chercher à comprendre plus précisément les leviers qui peuvent favoriser l'expression et l'utilisation de ces savoirs. Tout en restant dans le cadre précis d'associations qui accompagnent des TdS de rue, migrant.e.s : groupe social « hiérarchisé dans une position de dominé » dans un but de promotion de leur santé : « objet socialement valorisé » pour reprendre les éléments caractérisant les ISS selon Aiach et Fassin.

Ainsi le mémoire cherche à répondre à la problématique suivante : **Comment la mobilisation des savoirs expérientiels participe à la réduction des inégalités sociales de santé de personnes précaire.s et stigmatisé.e.s** : L'exemple de l'accompagnement des travailleur.euse.s du sexe de rues migrant.e.s au sein des associations de santé communautaires. De cette problématique et au regard des lectures faites ont émergé les hypothèses suivantes :

Hypothèse N°1 : L'organisation structurelle va influencer la mobilisation des savoirs expérientiels selon la place donnée aux travailleur.euse.s pair.e.s. Les travailleur.euse.s pair.e.s sont des acteur.ice.s essentiel.le.s pour la structure sans lesquelles elle ne peut réaliser son objet social (accès aux soins, accès aux droits et plaidoyer). L'organisation structurelle est déterminante pour la mobilisation des savoirs liés au vécu.

Hypothèse 2 : le travail de plaidoyer, nourri des expériences, constats et demandes des personnes concerné.e.s, vise à dénoncer les obstacles à l'accès aux soins et aux droits, à informer sur les conséquences délétères des lois, sur la santé et la sécurité des TdS, à alerter sur la précarité des personnes et ses répercussions et à lutter contre les retentissements de la stigmatisation. Il constitue donc un levier de mobilisation des savoirs expérientiels pour améliorer les conditions de vie et de travail des personnes.

Pour répondre à ce questionnement, il conviendra dans une première partie de revenir de façon plus détaillée sur les concepts des savoirs expérientiels, ainsi que d'explicitier davantage l'appellation « groupe social des TdS de rue, migrant.e.s » débutée dans l'introduction, en abordant plus spécifiquement la question de la santé, de la précarité et du stigma. Dans une seconde partie, nous mobiliserons les contenus des entretiens réalisés. Enfin dans une conclusion, nous répondrons aux hypothèses posées et proposerons des recommandations.

METHODOLOGIE

Pour ce mémoire, une revue de la littérature, non exhaustive a été menée. Nous nous sommes intéressés aux différents concepts qui se trouvent articulés dans ce travail. L'idée était de pouvoir faire des parallèles entre ce qui est documenté sur les savoirs expérientiels en santé mentale et ce qui ne

l'est pas (documenté) dans le champ du travail du sexe mais qui est réalisé grâce aux pratiques de terrain des associations de santé communautaires. Très peu de littérature en dehors de celle, grise, produites par les associations, explicite l'apport du savoir expérientiel dans ce contexte. Notre terrain de référence s'est porté sur des programmes menés par des associations de santé communautaires ou par une ONG⁶ œuvrant en France et à l'international, à travers des études de cas. Deux autres structures ont été contactées à l'international hors ONG. Le choix de ces structures s'est fait de façon un peu arbitraire, créé par la facilité de contact avec les personnes. Les points communs entre ces structures, sont leur positionnement non abolitionniste, promouvant la place et les compétences des personnes concerné.e.s au sein de leurs structures et leurs actions de plaidoyer en faveur de la décriminalisation du travail du sexe, comme seul cadre législatif favorable.

ONG qui mène des actions de terrain et des activités de plaidoyer

ONG basée en Asie du Sud-Est	Responsable de programme Entretien N°1	Travailleuse paire, Entretien N°13 (avec interprète)
ONG basée dans un pays de l'ancien bloc de l'Est	Responsable de programme Entretien N°2	Travailleuse paire, Entretien N°10 (Avec interprète)
ONG basée à Paris	Responsable de programme Entretien N°3	Travailleuse paire, Entretien N°12

Associations de santé communautaires

Association de santé communautaire du nord-ouest de la France (1)	Responsable de programme Entretien N°4	Non réalisé : en arrêt maladie.
Association de santé communautaire du nord-ouest de la France (2)	Intervenante communautaire Entretien N°6	Travailleuse paire, Entretien N°11
Association de santé communautaire du sud de la France (1)	Infirmière Entretien N° 7 Travailleuse paire Entretien N°7 bis	
Association de santé communautaire du sud de la France (2)	Infirmière Entretien N°8, Travailleuse paire Entretien N° 8 bis et Travailleuse paire Entretien N°8 ter	

Organisation dirigée par des travailleur.euse.s du sexe

Fédération européenne de travailleur.euse.s du sexe	Coordinateur européen et TdS Entretien N°9
---	---

Professionnel de la thématique de la pair-aidance et membre de l'ONG

ONG internationale	Responsable de thématique empowerment et pair-aidance, Entretien N°5
--------------------	--

Tableau N°3 : structures interviewées et numérotation des entretiens

⁶ ONG : des Organisations Non Gouvernementales mènent des programmes de promotion de la santé en France et à l'international auprès des TdS. Non considérées associations de santé communautaire, elles peuvent toutefois mener des actions à partir des principes de l'approche communautaire.

Le tableau ci-dessus présente les structures interviewées. Par souci de confidentialité certain.e.s personnes n'étant pas outé.e.s, les noms des personnes et des structures ont été anonymisés.

Deux grilles d'entretien ont ensuite été élaborées, elles sont reprises en annexes N°3 et N°4. Les structures ont été contactées afin de réaliser les entretiens qui ont été enregistrés, anonymisés et retranscrits. Les entretiens étaient de type semi-directifs en vue de procéder ensuite à une analyse qualitative des matériaux. Deux personnes, au minimum, par structures ont été sollicité.e.s pour les entretiens. Un.e personne travailleur.euse pair.e et un.e personne, non pair.e faisant partie.s de la structure assimilé.e. à un poste de cadre ou non. Le choix était laissé aux équipes en fonction de leurs contraintes (traducteurs, temps, etc) de réaliser les entretiens séparément ou non. Deux structures ont réalisé l'entretien en commun, pendant lesquels les personnes pair.e.s ont beaucoup pris la parole. Les autres professionnels venaient préciser, compléter les dires des premier.e.s. Au final, une seule travailleuse paire, non migrante a été interviewée seule. Pour les autres, il y avait au minimum un traducteur (qui était aussi un membre de l'équipe ou quelques fois le responsable du programme). Certain.e.s professionnel.le.s notamment au sein de l'ONG ont pu illustrer leurs propos à partir de leur expérience auprès d'usagers de drogues. Une des structures a demandé une lettre d'engagement éthique ce qui nous a permis de nous interroger et de poser un cadre éthique à ce travail. Mais finalement les personnes n'ont pas eu le temps de répondre aux entretiens (période de vacances). Les deux grilles abordaient quatre thèmes principaux : l'organisation de la structure quant à la place et au rôle des travailleur.euse.s pair.e.s, les savoirs expérientiels en situation pratique sur le terrain , la santé des TdS de rues migrant.e.s ainsi que les actions spécifiques menées sur la santé et enfin le lien avec la participation communautaire, l'empowerment et la lutte contre le stigma. Les objectifs des guides d'entretien, étaient de pouvoir comprendre comment étaient mobilisés les savoirs expérientiels via ces quatre thèmes. Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors des entretiens. Il est difficile de parler des savoirs expérientiels et encore plus pour les personnes concerné.e.s qui ont l'impression de les utiliser « naturellement », « comme ça », « de le savoir c'est tout ». Les entretiens ont donc surtout abordé les personne.s pair.e.s qui détiennent ces savoirs. Ce qui crée un décalage entre la partie théorique sur les savoirs proprement dits et l'exploitation des entretiens qui est plutôt centrée sur les personnes pair.es dans la deuxième partie. De même l'hypothèse 1 cible l'organisation des structures, thématique plutôt portée par les non pair.e.s dans les structures interrogées et l'hypothèse deux, sur le plaidoyer aussi concernait plutôt les non pair.e.s. Si nous avions interrogé des structures constituées uniquement de personnes TdS cela aurait été différent mais de fait au sein de l'ONG ce sont surtout les responsables de programmes qui portent le plaidoyer. Les personnes paire.s interrogé.e.s, à l'exception d'une seule, n'étaient pas non plus référent.e.s du plaidoyer ce qui au final créé un

déséquilibre dans l'exploitation des données. Néanmoins, nous avons pu croiser les points de vue situés. Ce choix, nous semblait important pour plusieurs raisons : d'abord c'était un moyen pour valoriser aussi bien par le processus que dans l'analyse finale, la participation des personnes concerné.e.s et la reconnaissance de leurs compétences. Mais aussi parce que si on s'intéresse au gradient social⁷ le groupe des salariés de la structure, le groupe des travailleur.euse.s pair.e.s et le groupe des TdS migrant.e.s de rue, constituent trois groupes sociaux différents. Selon Fassin, « En se concentrant sur les exclus on risque en effet de laisser « échapper une part importante des processus de domination », comparer permet au contraire de montrer que tous les groupes sociaux sont « solidaires » de la production des inégalités. » (Fassin, 2020 cité par Lorette, 2021 : 10)

Ce travail a été mené dans le cadre d'une reprise d'étude en lien avec mon parcours professionnel. Depuis dix ans, je travaille auprès des Travailleur.euse.s du sexe de rue migrant.e.s. Mon parcours se divise en deux grandes périodes :

J'ai exercé sur un poste d'intervenante santé pendant six ans au sein d'une ONG, qui coordonne des actions de promotion de la santé auprès des personnes migrant.e.s travailleur.euse.s du sexe de rue en France et à l'international, puis j'ai préparé et accompagné le transfert du programme vers une nouvelle association créé dans ce but.

J'ai ensuite rejoint cette structure en tant que salariée pendant quatre ans. L'association créée a pris l'appellation d'association de santé communautaire. Elle est membre de la Fédération Parapluie Rouge (FPR) qui fédère l'ensemble des associations de santé communautaires en France.

Pendant ces dix ans, je suis allée de façon régulière faire de l'aller vers auprès des TDS de rue, la nuit et j'ai réalisé, en journée, des entretiens, des accompagnements sur des problématiques de santé auprès de ces mêmes personnes. Enfin, sur ces deux périodes, j'ai travaillé avec deux collègues travailleuses paires, qui avaient l'expérience de la migration et du travail du sexe, de rue.

Ma proximité avec cette ONG et les autres associations de la FPR a joué favorablement pour obtenir puis réaliser les entretiens en suscitant des rapports de confiance propices pour ce travail.

Ma position d'étudiante a quelques fois été brouillée avec celle de salariée d'une association lorsque j'interviewais des collègues. Mais le fait de généraliser l'objet de l'étude à une dimension commune à toutes les structures qui accompagnent des TDS de rue, migrant.e.s, a permis de me décentrer du contexte de l'association dans laquelle je travaille.

2 SAISIR LES FONDAMENTAUX Y COMPRIS DES CONTROVERSES

⁷ Page web : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé 2021 – Glossaire français :

Le « gradient social de santé » désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Consulté le 28/08/2021 à l'adresse : <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/gradient-social-de-santen>

2.1 Actualité du concept qui traite des savoirs expérientiels en santé

2.1.1 *Une histoire récente*

Pour travailler sur l'historique, nous nous sommes intéressés à un article de Yves Lochard sociologue, consacré à l'avènement des savoirs expérientiels. L'article analyse une période qui va de l'émergence de la notion « des savoirs expérientiels » dans les années soixante jusqu'à la genèse d'une loi qui va lui conférer une reconnaissance officielle à travers la Validation des Acquis de l'Expérience via la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. (Lochard, 2007) L'auteur insiste d'abord sur le champ lexical alertant sur le fait que le vocabulaire a lui aussi une histoire liée intimement à celle de son époque et porte ainsi une « valeur d'indice ». (Lochard, 2007 : 3) en effet, les termes « savoirs expérientiels » n'étaient pas explicites au départ. D'autres appellations sont utilisées pour les décrire : « savoirs profanes », « savoirs implicites », « issus du vécu » ou encore autour des « compétences issues de ces savoirs ». Aujourd'hui ces termes « fédère[nt] de fait des acteurs hétérogènes qui traquent une réalité commune » (Lochard, 2007: 80) (que nous allons définir plus loin) mais surtout, ces termes sous-tendent « la conviction de la légitimité et de la richesse de connaissances acquises par la pratique, à l'occasion des expériences, hors du système scolaire ou non validées par celui-ci ». (Lochard, 2007 : 4). Au-delà du concept, il s'est agi de faire reconnaître et requalifier des savoirs qui n'étaient pas « dignement reconnus » (Lochard, 2007: 14). Ainsi, des acteur.ice.s, comme ATD quart monde, les reconnaissant comme source de richesse, témoignent de leur volonté de les croiser aux autres types de savoir. (ATD Quart Monde, s. d.) Les acteur.ice.s qui se sont engagés dans ce processus de changement ont permis cette construction sociale : la valorisation des savoirs expérientiels est « appropriée au monde moderne et à ses exigences démocratiques ». (Lochard, 2007 : 9). Sur ce point l'auteur apporte deux arguments. D'abord l'axe pris autour de la dignité pour aborder les problématiques des plus démunis prenant place dans le débat social puis le rôle joué par les acteur.ice.s associatifs pour illustrer, témoigner et dénoncer, à partir du vécu, des situations. L'auteur énonce l'idée de vouloir « corriger des injustices » par la validation de l'expérience, comme si en redonnant une voix, une place, en reconnaissant la valeur du vécu, l'injustice de la situation était déjà un peu réparée. (ibid) Enfin, il s'est agi de prendre une place, définie aujourd'hui par la démocratie en santé, (dont nous reparlerons plus loin). Nous avons choisi de suivre l'article de Lochard pour suivre à travers sa vision, le déroulé historique des savoirs expérientiels. Mais nous souhaitons nous en décaler à présent pour aborder un type de savoir, lié au vécu qui va nous permettre d'entrer davantage dans le champ spécifique de ce travail. Pour cela, nous allons maintenant nous intéresser aux personnes qui le détiennent, appelé.e.s régulièrement dans ce travail : travailleur.euse.s pair.e.s ou encore travailleur.euse.s communautaire.s.

Un autre historique pourrait être décliné en parallèle de celui des savoirs expérientiels, celui de la pair-aidance. Des personnes concerné.e.s par des difficultés de vie, par des parcours en dehors de la norme sociale, se sont autoorganisé.e.s pour vivre mieux et trouver leurs propres solutions. Les champs dans lequel ce concept s’est développé concernent des minorités (de genre ou culturelles), des communautés exclue.s (précarité, usagers de drogues), discriminé.e.s (VIH, handicap), stigmatisé.e.s (psychiatrie) dans lesquelles ces nouveaux savoirs vont permettre de se développer et de diffuser de nouvelles notions autour de « l’empowerment, le recovery⁸, le self-help ». (Troisoeufs, 2020 : 30). Nous avons choisi de réaliser une frise reprenant les périodes et les champs dans lesquels la pair-aidance s’est développée. Ainsi ce tableau distingue quatre périodes et quatre champs différents : celui des addictions, de l’épidémie du VIH, le handicap et la santé mentale. Chaque secteur a mobilisé de façon différente la pair-aidance mais tous ont permis de faire évoluer les choses. Soit dans un cadre interne (AA), soit à la fois en interne mais aussi en modifiant l’environnement extérieur pour plus d’équité.

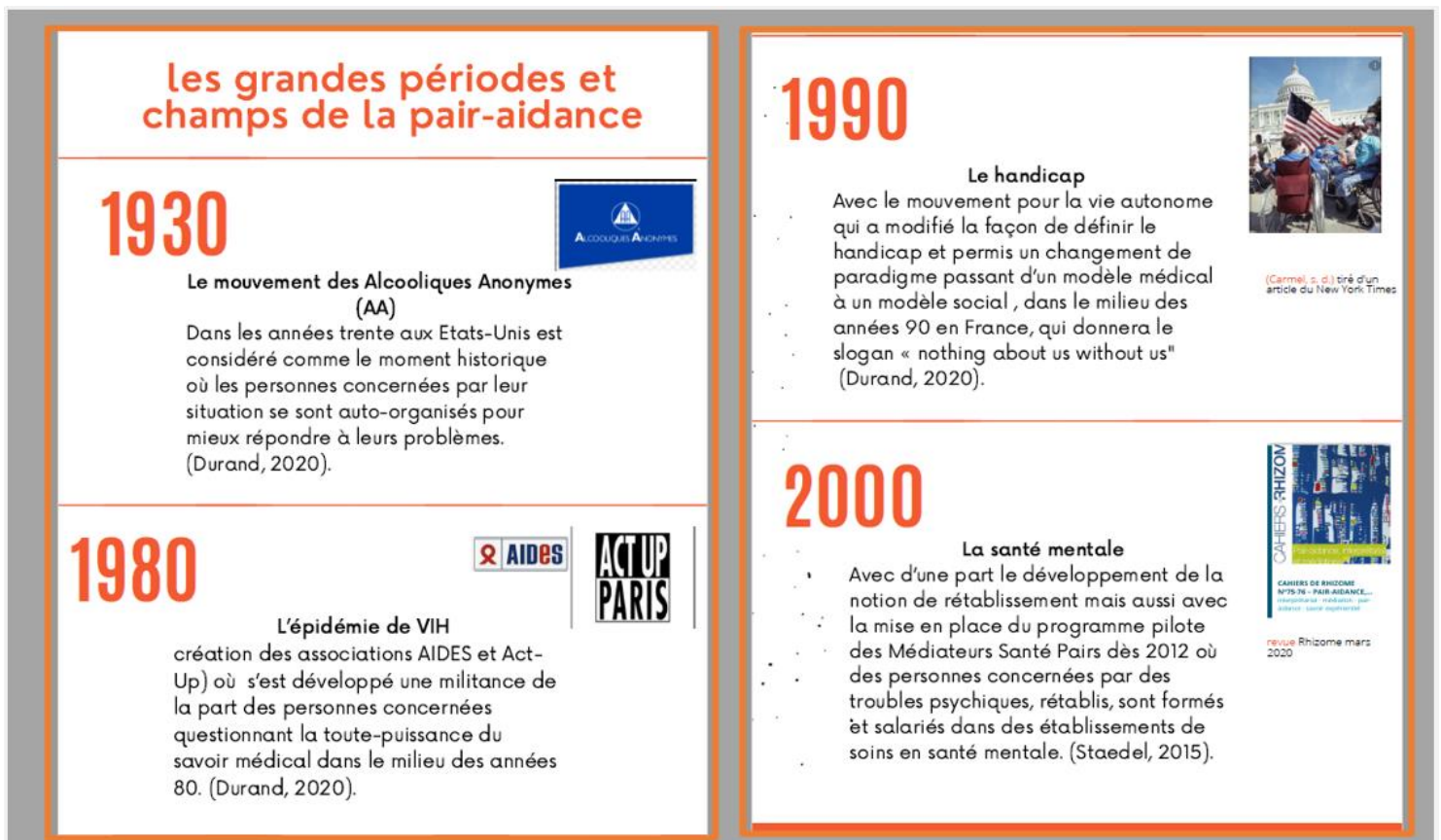


Tableau N°4 : Périodes et champs de la pair-aidance en France entre 1930 et 2000

⁸ Le rétablissement ou recovery, décrit par Patricia Deegan est le fait de réussir à vivre avec ses troubles. Chaque personne trouvant son équilibre selon son contexte et ses vulnérabilités, avec des périodes de soins ou d’accompagnement, sans chercher la guérison et en visant une qualité de vie. (Niard & Franck, 2020).

2.1.2 Définir le concept « flou » des savoirs expérientiels

Les savoirs expérientiels, entité hybride qui tient à la fois du « devant être » et de « l'étant », (Lochard, 2007).

Pour définir les savoirs expérientiels, nous nous sommes d'abord appuyés sur le champ de la santé mentale où plusieurs études ont pu être réalisées, notamment depuis le recrutement de professionnels de la pair-aidance, en psychiatrie, appelés Médiateurs Santé Pairs (MSP). Beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire que la définition des savoirs expérientiels est imprécise et ne fait pas toujours consensus (Demailly & Garnoussi, 2015), que le concept est « polysémique et fourre-tout. » (Hejoaka et al., 2020 : 3) « Pour Dewey, l'expérience est la mise en relation de sens que la personne établit entre son action et les conséquences de son action sur le monde » (Dewey 1938, cité par Zeitler & Barbier, 2012 : 4). Il y a donc un double mouvement, la personne agit et provoque une action qui va avoir un résultat et en retour la personne va être affecté.e par ce résultat. C'est la prise de conscience, des conséquences sur soi (émotions, vécu, perceptions, observations, mémorisation,) qui vont créer l'expérience. Dans la connaissance par l'expérience il y a la mobilisation de la pensée, du langage, des signifiants, mais aussi quelques fois de ressentis plus intuitifs, réflexifs, qui créent un savoir par habitude, un « sens pratique » selon l'œuvre de Bourdieu (Bourdieu 1980, cité par Mauger, 2009 : 5). L'activité de pensée est essentielle, c'est elle qui permet d'être à l'origine de la formation du savoir qui sera tiré de cette expérience. Lorsque plusieurs personnes participent à un même évènement et débriefent ensuite autour de leurs ressentis, chaque personne nous dira avoir vécu une expérience différente, singulière et subjective malgré les communs. Si les personnes, relatent ensuite leur savoir, tiré de cette expérience à d'autres personnes extérieures à l'évènement, celles-ci ne peuvent apprendre des premier.e.s ce savoir expérientiel. Elles peuvent tirer des enseignements de ce qui est transférable ou transmissible mais elles ne l'auront pas vécu. (Demailly & Garnoussi, 2015). Ainsi les savoirs expérientiels ne doivent pas être confondus avec l'expérience vécue de l'évènement. Laëticia Schweitzer parle de « savoir expérientiel métabolisé » à partir d'un parcours de vie « accidenté » qui qualifie *a minima* les travailleur.euse.s pair.e.s» (Schweitzer, 2020 : 2).

Thomasina Borkman, sociologue américaine, a été pionnière à étudier les savoirs expérientiels, notamment dans le cadre de groupe d'entraides dans les années 1970. Ses travaux portent sur une période de cinq ans auprès de dix-huit groupes d'entraides, dans quatre pays. Elle décrit les éléments propres aux savoirs expérientiels qui permettent de les distinguer des savoirs professionnels : Ils sont

« *individuels*⁹», « *pragmatiques* » en opposition avec des savoirs académiques , concernent le « *ici et maintenant* » en opposition avec le système d'apprentissage académique qui prend des années et sont « *holistiques et totaux* » (la personne va s'inquiéter des conséquences de la maladie sur sa vie en opposition avec l'étude de l'organe par exemple lors d'une pose de diagnostic en cas de maladie). Elle renseigne aussi sur la possibilité de transformer le savoir d'expérience, au départ individuel, dans une optique collective. Enfin, elle appose aux savoirs expérientiels deux caractéristiques principales : la notion de « *sagesse* » dans le sens où la personne a réfléchi et a acquis un savoir-faire et celle de « *vérité* » que nous pourrions expliciter ici par l'adéquation entre la réalité du contexte et le savoir tiré et utilisé dans ce contexte. (Borkman 1976, citée par Hejoaka et al., 2020 : 7). Ces deux notions sont reprises dans l'annexe N° 5.

Selon les auteurs cette analyse reste valide aujourd'hui même si d'autres chercheurs viennent apporter de nouveaux axes de réflexion. Ainsi Eve Gardien, maître de conférences en sociologie avec d'autres auteurs, apportent un peu de complexité au concept qui paraissait plutôt bien circonscrit précédemment. L'idée clé, selon ceux-ci, est qu'il n'est pas possible de délimiter les savoirs les uns par rapport aux autres. De fait, chaque personne vit de multiples expériences et aura au cours de sa vie intégré une multitude de savoirs mêlés, à la fois pratiques, théoriques, scientifiques et la frontière est donc floue entre tous ces savoirs. Par exemple, dans un contexte de maladie chronique, la personne devra vivre avec ses troubles et de fait intégrer la relation avec le monde médical (savoirs théoriques et pratiques) dans son expérience de vie. (Gardien 2017, cité par Hejoaka et al., 2020 : 8)

Pour continuer à définir ces savoirs, nous allons nous inspirer de l'enquête réalisée par Lise Demailly et Nadia Garnoussi dans le cadre de l'évaluation du programme MSP, lancée en 2011 par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé en France pour la santé mentale (CCOMS).¹⁰ Dans cette enquête, les autrices proposent de « caractériser [les savoirs expérientiels] dans la pratique des MSP comme savoir y faire avec la domination ». (Demailly & Garnoussi, 2015 : 12). En effet, les savoirs

⁹ « *Since this knowledge is the property of the individual, it is self-determining, in that the possessor has to use his own judgment in making decisions in his area of competence* ». Traduction : « Ce savoir étant la propriété de l'individu, il est autodéterminé, le possesseur devant utiliser son propre jugement pour prendre des décisions dans son domaine de compétence ». (Hejoaka et al., 2020)

¹⁰ « *Il s'agit en effet d'embaucher dans les structures de soin en santé mentale (comme « adjoint administratif », catégorie C de la fonction publique), sur contrat à durée déterminée renouvelable, d'(ex)-patients de la psychiatrie, personnes ayant eu ou ayant encore des troubles psychiques, rétablis ou en voie de « rétablissement », après qu'ils aient été stagiaires un an et suivi parallèlement une formation de huit semaines (diplôme universitaire à l'université Paris VIII). Le programme est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les quinze établissements hospitaliers concernés, trois Agences régionales de santé et la direction générale de la Santé. (...) Le programme a pour principe grâce aux MSP de favoriser la « déstigmatisation et l'empowerment des personnes souffrant de troubles mentaux. » (Demailly & Garnoussi, 2015)*

issus de l'expérience de troubles psychiques, vont porter sur toutes les composantes du vécu en lien avec ces troubles. Le fait de connaître la maladie et ses symptômes, ainsi que le fait de vivre avec mais aussi ses retentissements sociaux dans la vie, (difficultés au travail, ruptures, problèmes financiers, modification du regard que les autres portent sur autrui, ...) sont perçus comme des « stigmates de la maladie » qui confèrent « une condition discriminée ».(Schweitzer, 2020 : 8)

Le terme fort de la domination, évoqué ici par Demailly et Garnoussi est souvent repris dans le document et nécessite d'être explicité. Tout le champ sémantique lié au travail sexuel est complexe, idéologiquement connoté et clivé. Le risque de confusion, d'associer la domination au champ lexical de l'exploitation et d'enfermer les TdS dans un statut de personnes dominé.e.s viendrait à contre sens de ce travail. Dans ce texte le terme domination renvoie à de « la domination sociale, sexuelle, médicale, normative » (Demailly & Garnoussi, 2015 : 12) vécue dans le cadre d'un « processus de déréliction, de stigmatisation, de négociation avec les institutions, de désaffiliation, de combat avec les autres et soi-même. » (*Ibid*). En tant que groupe social hiérarchisé. Mais ce concept est par ailleurs sociologiquement « contesté » car ce que le chercheur met sous le terme de « domination » ne serait peut-être pas caractérisé ni vécu comme tel par le.la personne TdS qui pourrait même se sentir insulté.e, blessé.e voir humilié.e par cette catégorisation (L. Boltanski cité par Gautier, 2011 : 34). Une autre critique, dénonce le fait que la domination s'intéresse uniquement aux interactions de type vertical et met de côté tous les rapports horizontaux et ainsi occulte une sphère importante dans la compréhension « sociologique du monde social. » (Gautier, 2011 : 33). C'est pourquoi lorsque le terme de domination apparaît dans ce document il sera toujours cité comme étant le terme choisi par l'auteur pour exprimer son idée. Dans « savoir y faire avec la domination » il y a la notion de ne pas rester dans une posture passive, soumise à une autorité, mais au contraire de savoir-faire face, donc d'acquisition de compétences propres, pour appréhender, autour de questions pratiques d'expériences de vie, des situations d'inégalités sociales. Dans la continuité, Elsa Dorlin avec le dirty care (qu'elle nomme aussi le care négatif), propose l'hypothèse que les personnes vont développer, pour résister, des savoirs expérientiels fondés sur « l'expertise des autres » (Schweitzer, 2020 : 9). soit porter une attention extrême à l'autre, pour le connaître, comprendre les codes, pour échapper à la violence, pour survivre, dans le rapport social tel qu'il est socialement construit et imposé selon les règles de celui qui a le pouvoir, celui qui est favorisé socialement.(*Ibid*) . L'hypothèse formulée dans « savoir y faire avec la domination » est que le savoir expérientiel peut aussi avoir un « caractère subversif » et permettre de questionner les pratiques, les organisations. (Demailly & Garnoussi, 2015 : 19)

2.1.3 Disséquer les savoirs expérientiels

Différentes taxinomies existent pour mieux comprendre et disséquer ces savoirs. Pour renseigner cette partie, nous nous sommes appuyés sur une revue de littérature publiée par Fabienne Hejoaka, Emmanuelle Simon, Arnaud Halloy, Sophie Arborio : « Définir les savoirs expérientiels en santé : une revue de la littérature en sciences humaines et sociales ». Dans cette étude, ils abordent la définition princeps de Thomasina Borkman (vue supra) puis répondent aux questions : que sont les savoirs expérientiels et comment les acquiert-on. (Hejoaka et al., 2020). Cette étude met en avant la complexité et l'imbrication des « différentes formes de savoir ». Dans la même idée, ils mentionnent que plusieurs chercheurs s'accordent à dire qu'il n'y a pas de « fracture entre savoirs d'expérience et savoirs scientifiques, savoirs profanes et savoirs experts. » Par exemple, parmi les différents types de savoirs, Caron-Flinterman, et ses collègues ont répertorié trois savoirs différents en lien avec la santé, Seul le dernier des trois, fait partie des savoirs implicites liés à l'expérience, de la vie avec la maladie :

« Le savoir propositionnel »	Savoir ceci ou cela « je sais que manger trop gras peut impacter ma santé »
« Le savoir procédural »	Savoir comment faire « je sais comment utiliser mon inhalateur »
« Le savoir lié à la familiarité »	Savoir par contact direct (expérimentation)
Source : (Caron-Flinterman, Broerse et Bunders 2005, cités par Hejoaka et al., 2020: 8)	

Tableau 5 : Typologies des savoirs selon Caron-Flinterman, Broerse et Bunders 2005

M Nichter propose une autre typologie à partir des savoirs, dans le tableau ci-dessous :

« Savoirs dits spontanés ou empiriques »	« Par essai et erreur »
« Savoirs dits confirmés »	« Basés sur l'exemple »
« Savoirs médiatisés »	« Basés sur l'information »
Source : (Nichter et Vuckovic 1994, cités par Hejoaka et al., 2020 : 9)	

Tableau 6 : Typologies des savoirs selon Nichter et Vuckovic 1994

L'anthropologue Lopes affirme que les savoirs issus de l'expérience vont au-delà des savoirs inscrits dans le champ de la connaissance de l'expérience de la maladie et du vivre avec. Ce qui renverrait à la « théorie de l'incorporation des savoirs » (Lopes 2009, citée par Hejoaka et al., 2020 : 9). Selon laquelle le savoir est en la personne, incorporé en elle. Une information intéressante pour ce travail est la dimension collective des savoirs, réaffirmée plusieurs fois dans l'étude par différents auteurs, lorsqu'ils peuvent être partagés entre pairs.

La suite de l'article s'intéresse aux patients experts. Une mise en garde est énoncée par Prior, alertant sur le danger à ériger la personne au rang d'expert.e (au sens d'expertise scientifique), car selon Prior beaucoup de personnes ont des connaissances partielles, « voire erronées ». Leur expertise devant rester limitée au champ de leur vécu expérientiel, à savoir le fait de vivre avec une pathologie. (Prior 2003, cité par Hejoaka et al., 2020 : 10) Le terme d'expertise expérientielle est ensuite décrit par Alexandre Klein qui amène l'idée que le savoir des patient.e.s expert.e.s s'inscrit dans des actions à visées *correctrices de leur environnement* ». (Klein 2014, cité par Hejoaka et al., 2020 : 10) Enfin Gross avance l'hypothèse que les « *patients experts sont engagés dans un processus d'empowerment, à un niveau collectif* » à travers trois types de patients experts : « engagés dans la quête d'information de santé, engagés dans l'autosupport ou impliqués au niveau politique » .(Gross 2017, citée par Hejoaka et al., 2020 : 10-11). Elle associe la notion de passion à celle de patient.e.s expert.e.s qui vont être « animés » par celle-ci et en distingue deux : les « *passions cognitives* » et les « *passions conatives* »¹¹ La passion devenant alors un moteur pour aller plus loin jusqu'à remettre en question « *l'état des connaissances ou du système de santé.* »(Gross 2017, citée par Hejoaka et al., 2020 : 11). Nous retrouvons l'idée ici, de pouvoir aller jusqu'à la modification de l'environnement. Cette idée nous intéresse particulièrement puisque notre travail s'intéresse à l'action sur les déterminants de la santé qui ensuite ira impacter les ISS.

2.1.1 Au-delà du concept : une utilité

« Ainsi, comme cela a été montré par ATD Quart Monde, les savoirs introduits par le bas (soit les savoirs expérientiels ou situés des patients), peuvent, s'ils sont invoqués, tenir le rôle de « savoirs d'émulation » afin d'être des « ballons d'oxygène » (Wresinsky cité par Roy, 2016) qui ont le pouvoir de fertiliser les savoirs dominants. »(Gross & Gagnayre, 2017)

« Là où les uns disposent d'une connaissance fine du « territoire » couvert par leurs missions, les autres n'en connaissent *a priori* que la « carte ». (Schweitzer, 2020 : 6). Ce qu'aborde Laëticia Schweitzer avec cette citation, c'est le champ spécifique couvert par les savoirs issus du vécu qui permet à l'inverse des savoirs théoriques de se situer dans l'épreuve du réel. Ce sont les petits trucs et astuces qui changent tout, les solutions pratiques déjà éprouvées dans certaines situations notamment difficiles, des solutions innovantes, adaptées, construites dans le contexte spécifique rencontré. Les savoirs expérientiels permettent donc, lorsqu'on reconnaît leur utilité, de participer à l'amélioration de la qualité des soins proposés. (Demailly & Garnoussi, 2015)

¹¹ Selon Gross et Gagnayre : « les passions cognitives (traduction, diffusion de savoirs médicaux et scientifiques), passions conatives (orientées vers l'action, amélioration de l'accès aux soins, accompagnement des pairs) »(Hejoaka et al., 2020)

L'articulation entre savoirs et pouvoirs est un autre élément à mettre en exergue. Cette notion déjà explicitée par Foucault, dans « surveiller et punir » (1975), est reprise ici du fait de son côté « itératif » qui lui donne un statut essentiel (Gross & Gagnayre, 2017 : 13). Olivia Gross, à partir d'une étude basée sur quatre terrains de recherche a elle-aussi proposé une typologie des savoirs expérientiels en lien avec le pouvoir d'agir. Elle énonce que les types de savoirs qu'elle a inventoriés¹² se construisent et se valident en fonction des pouvoirs d'action ou d'influences qu'ils permettent d'acquérir sur la vie quotidienne, sur les autres et le monde. »(Gross & Gagnayre, 2017 : 13). Au-delà du potentiel pratique de ce que permettent l'acquisition et la maîtrise des savoirs dans la vie de la personne, nous entrevoyons ici l'étendue des possibles, via la notion d'empowerment qui est sous-tendue ici et du champ d'action devenu infini. Il s'agirait alors de pouvoir participer à la refonte, à la réorganisation du système de santé, des environnements de vie, voire du monde, dans l'intérêt de tous.

Grace aux savoirs expérientiels, la personne acquiert une meilleure connaissance de lui et d'elle-même, du monde qui l'entoure et va pouvoir, nous l'avons vu, adapter, aménager son environnement et donc s'empowerer, que l'on peut traduire par « renforcer ou acquérir du pouvoir » (Calvès, 2009 : 2) pour mieux vivre avec sa maladie. Par exemple, mieux gérer ses relations avec le monde médical, mieux interagir. Si comme nous l'avons vu précédemment, notamment avec T. Borkman, les connaissances expérientielles ont une composante collective, à partir du partage de l'expérience individuelle, alors nous pouvons élargir notre réflexion sur l'empowerment collectif que nous retrouvons décrit dans les groupes d'auto-support.¹³ Un autre exemple mettant en lumière l'empowerment trouve son illustration dans la professionnalisation et le salariat des MSP, travailleur.euse.s pair.e.s et fait écho au « savoir y faire avec la domination » cité plus haut. (Demailly, 2020). Un.e personne qui parvient à être recruté.e sur un poste de MSP, démontre de fait qu'elle a acquis ou repris du pouvoir sur sa vie. Ce statut démontre aussi que le monde extérieur perçoit la personne capable d'assumer les exigences liées à un poste salarié. Elle n'est plus perçue comme

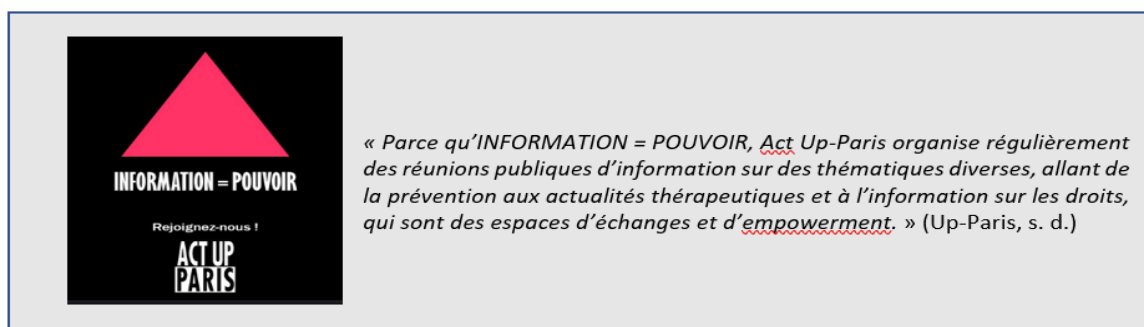
¹² Typologie proposée dans l'étude (Gross & Gagnayre, 2017) qui distingue quatre types de savoirs distincts pouvant être acquis et véhiculés par les patients. 1- Les savoirs expérientiels implicites des patients : pour un pouvoir d'agir sur soi fondé sur les savoirs de l'épreuve, 2-2. Les savoirs expérientiels explicites des patients : pour un pouvoir d'agir sur autrui fondé sur le kairos, 3-3. Les savoirs situés des patients : pour un pouvoir d'agir sur le monde fondé sur l'esprit critique, 4-4. Les savoirs savants et experts des patients : pour un pouvoir d'agir sur les choses, fondé sur les connaissances. (Hejoaka et al., 2020)

¹³ « C'est à travers cette expertise expérientielle que les groupes d'autosupport acquièrent leur légitimité et la capacité à résoudre les problèmes des participants qui partagent leur expérience. Borkman fait en effet l'hypothèse qu'à travers le partage d'expériences, les individus perçoivent ce qui est singulier dans leur expérience, mais aussi ce qui est commun et parviennent ainsi à mieux discerner ce qui leur est utile pour faire face à l'épreuve de la maladie. »(Hejoaka et al., 2020)

malade. Pour que ces savoirs puissent exercer leur fonction d'utilité, encore faut-il qu'ils soient « diffusés ».

Dans certains endroits faisant appel à des MSP ou à des travailleur.euse.s pair.e.s, nous retrouvons plusieurs fois mentionné l'usage de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) articulé aux savoirs expérientiels. C'est aussi ce que relate Aurélien Troisoëufs, anthropologue à partir d'une étude s'intéressant au programme « un chez soi d'abord » où l'ETP peut « dans certaines conditions » participer à la diffusion, à la mise en lumière et en mots des savoirs implicites ou expérientiels. » (Jouet *et al.*, 2010 ; Fournier et Troisoëufs, 2018 cités par Troisoëufs, 2020 : 6)

2.1.2 Savoirs expérientiels et pair-aidance : « Nous travaillons avec ce que nous sommes »¹⁴



Nous avons retrouvé au moins seize appellations différentes¹⁵ pour nommer les personnes détenteur.ice.s du savoir expérientiel que nous nommerons « travailleur.euse.s pair.e.s » ou « travailleur.euse.s communautaire.s ». Ce document ne va pas traiter de façon exhaustive de tous les aspects liés à la pair-aidance, puisque cela nécessiterait un travail en soi. Avant d'être pairs, les personnes ont vécu (et certain.e.s le vivent toujours) des situations d'inégalités (sociales), de stigmatisation, de maladie, etc. Ce qui est sous-entendu ici, correspond à une exposition longue, soit par un contexte de vie, par un statut social discriminé ou une maladie chronique. Ces savoirs « s'ancre[nt] dans la répétition de situations stigmatisantes et de violences vécues. » (Schweitzer, 2020 :7) En devenant travailleur.euse.s pair.e.s, les personnes s'engagent à partager et à utiliser le contenu de tous ou partie de leurs savoirs expérientiels avec d'autres personnes qui ont en commun des situations de vie, dans ces mêmes contextes. C'est bien, à partir de ces savoirs du vécu, dans ces contextes, que l'intervention des pair.e.s est sollicitée et qui est caractérisée par Bourdieu comme procédant d'un « sens pratique » et qualifiée par Demailly comme ceux qui ont les savoirs-faires : « des

¹⁴ « Nous travaillons avec ce que nous sommes » dit un MSP (Demailly & Garnoussi, 2015, page 14)

¹⁵ Groupe Entraide Mutuelle (GEM), Pair aideance, pair-aidant, Travailleur pair, Médiateur santé pair (MSP), Travailleur communautaire, Auto-support, Pair aidant professionnel, patients experts, personnes ressources, pair-praticien, Pair-émulateur, facilitateur pair, ou en Belgique « experts du vécu », pairs-accompagnateurs, patient-partenaire, patient-tuteur, patient-ressource, patient-enseignant, pair-chercheur, formateur-pair, patient-intervenant.

résistances, décalages, subjectivation, empowerment possibles par rapport à celle-ci » [l'expérience de la situation de domination.] (Demailly, 2014). Le savoir des travailleur.euse.s pair.e.s va prendre sa source dans l'histoire du vécu mais va aussi s'enrichir des autres savoirs comme vus précédemment. Néanmoins cette expérience du vécu est « centrale pour comprendre la spécificité de la construction de leur professionnalité » (Demailly, 2014). Dans beaucoup de structures les travailleur.euse.s pair.e.s ont dû créer leur poste car il n'existait pas auparavant. Certain.e.s indiquant ainsi la difficulté de visualiser et de formaliser ce nouveau métier. (Demailly & Garnoussi, 2015)

Les pair.e.s peuvent avoir différents statuts, bénévoles, salariés, lieux et conditions d'exercices. Beaucoup de questions et de paradoxes entourent la professionnalisation des travailleur.euse.s pair.e.s. Ce qui peut induire des situations de souffrance et empêche de créer les conditions favorables à l'expression de leurs savoirs et donc à leur empowerment. Ces contextes défavorables pourraient aussi faire obstacle au retournement du stigmaté théorisé par Olivia Gross. Selon cette théorie, l'embauche d'un.e travailleur.euse. pair.e. revaloriserait l'ensemble du parcours et procéderait au retournement du stigmaté : « ce qui ailleurs les stigmatiserait est présenté comme une force. » (Gross, 2020 : 168). Le travail avec les pair.e.s pose beaucoup de questions. Comme par exemple, le choix du pair.e, la représentativité par rapport à la diversité des personnes et des situations (quid des personnes qui n'arrivent pas à se rétablir). Mais aussi celle de l'institutionnalisation des pair.e.s qui en intégrant une structure, perdraient leurs spécificités, d'être en dehors, pour améliorer le système.

Enfin, tout le monde ne peut pas être pair.e. Une prise de distance est nécessaire. Dans un travail de pair.e-aidance : les compétences recherchées gravitent autour de « avoir envie/pouvoir se souvenir ; reprendre contact avec les émotions, le passé, sans être submergé ; utiliser l'expérience à des fins socialement positives plutôt que d'auto ou d'hétéro destruction, de revendication ou de vengeance » (Demailly & Garnoussi, 2015 : 10). Il s'agit donc de déterminer précisément avec la personne le champ du savoir expérientiel mobilisable, et transférable. Ce qui nécessite une prise de distance, une capacité d'introspection et d'analyse, une volonté aussi de se remémorer un passé qui peut être douloureux.

À « l'expertise des autres » qu'engendrent l'expérience et le point de vue situé des pairs, semble s'articuler une « expertise de soi », condition *sine qua non* d'un certain degré de rétablissement ou d'amélioration de sa condition vécue. (Schweitzer, 2020 : 9).

2.1.3 De la lutte contre le SIDA à aujourd'hui, des réussites et des tensions

Ce sont les personnes porteur.euse.s du VIH, qui ont été les précurseur.euse.s de la remise en question de la place, passive, donnée aux patients soumis à la toute-puissance du monde médical, qui dans le traitement de cette pathologie, n'avait rien à proposer. Par la lutte qu'elles ont engagée et

avec le soutien d'associations, dont les membres étaient des personnes concerné.e.s ou des allié.e.s, elles ont refusé la place qui leur était assignée. Les personnes se sont battu.e.s pour faire reconnaître leurs expertises en tant que personnes expérimentant la vie avec le VIH, les traitements et leurs effets, auprès des médecins pour améliorer leur qualité de vie. Elles ont initié la modification en profondeur de la place des patients dans le système de soin. Le système législatif, depuis plusieurs années, donne une orientation politique favorable, à la reconnaissance des savoirs expérientiels, « comme une source de savoir et d'expertise » selon Catherine Tourette-Turgis. Ainsi par exemple :

- « La loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit davantage de représentativité des usagers du système de santé au sein des hôpitaux et reconnaît l'action collective en matière de santé grâce à l'intervention des associations de malades et d'usagers. (Gross & Gagnayre, 2017 : 3)»

- « La loi de 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a fait émerger la figure de patients co-éducateurs de leurs pairs dans l'éducation thérapeutique des patients. » (Ibid).

Entre l'apparition de la démocratie sanitaire dans les années 2000 et aujourd'hui, une « révolution » est en marche. L'injonction, en tous cas dans les textes, de faire avec les personnes concerné.e.s, avec les usagers, avec le public, inonde les discours, les textes et les lois. Arrivés plus tardivement que chez les anglo-saxons et avec plus de résistance en France, des concepts phares comme ceux de la participation, de soin centré sur le patient, d'empowerment, de co-construction sont de plus en plus présents (et parfois mis en avant un peu trop facilement sans regard sur l'exigence que leur mise en pratique implique). Au niveau académique, de plus en plus de travaux étudient, analysent et témoignent d'expériences pratiques dans des unités où exercent des travailleur.euse.s pair.e.s, des MSP, des patients expert.e.s et où le savoir expérientiel est reconnu. (Hejoaka et al., 2020)

En 2009, Catherine Tourette-Turgis a fondé l'Université des patients à la Faculté de médecine, Sorbonne-université Paris qui permet de proposer un cursus académique et de diplômer des patients expert.e.s, professionnalisant donc de nouveaux acteur.ice.s du soin. (Fleury & Tourette-Turgis, 2018). Néanmoins, et comme lors de tout changement, de nombreux freins, résistances, représentations viennent nuancer la place réelle accordée aux savoirs expérientiels sur le terrain. Laëticia Schweitzer est chargée de mission, à la plateforme « Promotion et développement du travail pair en Auvergne-Rhône-Alpes, elle témoigne d'une « légitimité difficile à conquérir ». La place et la valeur accordée à ces savoirs, qui ne peuvent être produits que par l'expérience, paradoxalement et malgré les injonctions politiques, de donner une place aux personnes concerné.e.s, est loin d'être équivalente à

celle donnée aux savoirs issus des connaissances scientifiques. Elle mentionne notamment des situations d'instrumentalisation des savoirs expérientiels réduits «au statut de simple témoignage [ce] qui en minimise la portée politique », du sentiment « d'être toujours stigmatisés », de personnes dont on tire et utilise le savoir (valorisable à un certain point) sans que la personne n'en tire de bénéfices sur sa condition, voir en souffre davantage du fait du manque de considération, de sa relégation à un statut d'invisible. (Schweitzer, 2020 : 11)

Lise Demailly et Nadia Garnoussi qui ont réalisé une recherche sur les savoirs faires des Médiateur.ice.s Santé Pairs déclarent qu'ils ne peuvent pas se réduire à des « techniques ». Elles écrivent aussi l'échec « à formaliser les savoirs-faire des MSP et à les lister dans le langage de la compétence » (Demailly & Garnoussi, 2015 : 5). Finalement elles proposent dans leur enquête la dimension de « style d'intervention ». Un style qui va pouvoir comprendre des techniques mais qui surtout apparait comme un continuum entre ce qu'est la personne, ce qu'elle a expérimenté puis tiré de son vécu et la façon dont elle va l'utiliser pour interagir avec un pair.(Demailly & Garnoussi, 2015 : 11) A partir des trois styles que dégagent les autrices, la notion d'éthique apparait ou plutôt des éthiques, différentes, selon les contextes, selon la place que l'on veut bien accorder aux MSP et selon leurs façons de faire aussi. Tout ceci ouvre le champ des réflexions actuelles autour des travailleur.euse.s pair.e.s et des savoirs expérientiels qu'ielles détiennent. Des tensions existent. Clément Bonnet, président de Santé Mentale France, n'hésite pas à publier : « Professionnalisation des pairs-aidants : une impasse ? »(Bonnet, 2020) article dans lequel il questionne entre autre l'ambiguïté créée par la multi-compétences des pairs par rapport aux autres professionnels dans une équipe de soin et où il remet en question la plus-value du pair et de ses savoirs lorsque les équipes réussissent à créer du lien facilement et qu'il y a des échanges et de l'entraide entre les usagers. (Ibid)

2.2 La santé des migrant.e.s travailleur.euse.s du sexe de rue : loin du cumul de deux singularités, des déterminants sociaux multiples.

2.2.1 *Migrant.e.s et travailleur.euse du sexe ou travailleur.euse du sexe et migrant.e.s : repartir du départ*

« Les migrants diffèrent des natifs principalement en raison des conditions de vie, de logement et de travail qui leur sont faites. Il s'agit de problèmes de santé qui ne relèvent pas de la migration en tant que telle mais des conditions dans lesquelles les migrants sont contraints de vivre. » (Fassin, 2021)

Un article de Fassin sur la santé des migrant.e.s, paru dans la revue « Santé En Action » consacré à ce sujet, met en avant plusieurs choses essentielles. Les personnes qui immigrent sont en moyenne en

meilleure santé que les personnes issu.e.s du pays d'accueil ¹⁶, mais cette particularité diminue au fur à mesure que la personne se maintient dans le pays, voire se « négative ». Le racisme et les discriminations sont des déterminants influençant négativement la santé et ayant des retentissements sur la santé mentale, démontré par Nancy Krieger. (Fassin, 2021)¹⁷. Des enquêtes récentes soulignent que les parcours migratoires pour rejoindre l'Europe sont traumatiques, qu'une fois arrivés « la grande précarité juridique autant que matérielle qu'ils y rencontrent et la répression qu'ils doivent subir de la part des forces de l'ordre, » se cumulent aux autres conditions difficiles qui les ont contraint.e.s à quitter leur pays. Ainsi « l'immigration » est désormais considérée comme « déterminant social de la santé » (Fassin, 2021 : 8) « Dans le cas des migrants, une méta-analyse récente publiée dans le Lancet (...) montre que les politiques contraignantes à l'entrée (détention, visas temporaires) sont associées à une détérioration de la santé mentale, tandis que les politiques restrictives dans la période d'intégration (en matière de protection sociale et de régularisation) s'accompagnent d'une santé dégradée, d'un moindre recours aux soins et d'une mortalité plus élevée. » (Ibid)

2.2.2 *Le travail du sexe une étape d'un projet migratoire ; « Mais aujourd'hui, dans tous les cas, entrer en Europe de l'Ouest sans intermédiaire est impossible. »¹⁸*

La migration, concerne les personnes auxquelles nous nous intéressons dans ce travail, qui viennent en Europe pour avoir une vie meilleure. Le travail du sexe, est bien souvent une stratégie, qui offre la possibilité de partir du pays d'origine, puisqu'il permet de rembourser la dette qui sera contractée, en échange de l'aide pour migrer. Il sera ensuite, le plus souvent, assimilé à une étape d'un parcours migratoire plus global. Dans un contexte de durcissement des politiques migratoires, le fait d'avoir sollicité pour migrer, des organisations criminelles, qui aident à traverser les frontières « toujours plus verrouillées » qui organisent le trajet et sa logistique en l'échange du remboursement d'une dette, est un fait objectivable et pénalement répréhensible pour les passeurs, qui concerne beaucoup de migrant.e.s y compris en dehors du travail du sexe. (Rodier, 2014).

D'autre part F. Guillemaut résume bien le paradoxe : « Ce lien par la dette (debtboundage), qui peut devenir une servitude, est un abus des droits humains. Mais aujourd'hui, dans tous les cas, entrer en Europe de l'Ouest sans intermédiaire est impossible. » (Guillemaut, 2008 : 9). F. Guillemaut documente aussi le fait que la parole des femmes migrantes est « occultée » volontairement par un processus «

¹⁶ L'auteur explique « On estime qu'il est dû à la fois à la sélection au départ des sujets les plus robustes et à la prévalence de comportements plus sains parmi eux en matière de nutrition, de tabagisme et d'alcoolisme. » (Fassin, 2021)

¹⁷ « Les raisons de cette évolution défavorable tiennent à la fois à la détérioration des conditions de vie, à l'adoption de pratiques néfastes et aux difficultés d'accès aux soins » (Fassin, 2021)

¹⁸ « Mais aujourd'hui, dans tous les cas, entrer en Europe de l'Ouest sans intermédiaire est impossible. » (Guillemaut, 2008, page 9)

décrit dans les travaux des black feminists » (Guillemaut, 2008), qui fait que leur parole est peu représentée. A l'inverse, des schémas de pensée vont être diffusés et construits à partir de représentations simplifiées de leurs parcours afin de servir des idéologies. De fait ce que rapportent les témoignages de terrain via les analyses de F. Guillemaut ou encore dans la thèse de M. David ce sont des témoignages de personnes, complexes, qui contredisent les discours réducteurs. Dans ceux-ci, nous lisons que même si les personnes critiquent l'activité du travail du sexe, elles y trouvent aussi des intérêts pour sa fonction économique qui leur permet par exemple d'envoyer de l'argent au pays, d'acheter un petit commerce, de faire construire une maison. Que même si les personnes sont venu.e.s par l'intermédiaire de réseaux organisés, elles peuvent mettre en place des stratégies qui leur permettent de ne pas rembourser le montant total de la dette, de quitter l'exercice du travail du sexe, de changer de lieux ou de pays, qu'elles ont une liberté de mouvement et d'action pour réaliser des démarches et aller rencontrer des professionnels. Enfin certain.e.s assument tout à fait l'activité, dont des personnes régularisé.e.s qui ont accès au marché classique du travail et vont continuer à exercer dans la rue pour toutes sortes de raisons. D'autre part et en lien avec la question de la traite, ce sont quelques fois les personnes elleux-mêmes qui vont instrumentaliser les dispositifs d'assistance aux « victimes de traite » pour se venger par exemple, en dénonçant une compatriote pourtant innocente (David, 2014).

2.2.3 S'enquérir des conditions d'exercice dans la rue

Les TdS, une fois en France, peuvent exercer le travail sexuel, dans la rue. Nous allons maintenant nous intéresser aux principaux déterminants sociaux de santé, des TdS de rue qui sont repris en annexe N°2. Nous retrouvons selon les villes, des personnes du Maghreb, du Cameroun, des pays de l'Est, d'Afrique Sub-saharienne et des personnes trans Latino-Américaines (comme vu dans le tableau en annexe N°1) et de plus en plus rarement, quelques personnes françaises. Dans certaines villes, des personnes exercent en journée et d'autres en nuit. Les lieux où elles sont présent.e.s concernent des rues, des quartiers et des zones en périphérie de certaines villes. En effet, la loi de sécurité intérieure, qui a instauré le racolage passif, votée en 2003 a éloigné les TdS de rue, dans des lieux plus reculés et moins passants. Malgré le fait que le travail du sexe ne soit pas interdit, des maires prennent des arrêtés municipaux anti-prostitution, dans certaines rues, connues pour être des lieux d'exercice, comme à Toulouse (France 3, 2019) ou des arrêtés anti-camionnettes à Lyon (Lemerle, 2020). Sous couvert de tranquillité publique et pour répondre aux plaintes des riverain.e.s, des maires vont faire se déplacer le travail sexuel en périphérie là où les personnes vont prendre plus de risque pour leur sécurité, dans des endroits plus isolés, moins passants et moins éclairés. Les tensions avec les riverain.e.s sont un problème récurrent. Elles se plaignent des « nuisances » liées à la prostitution (bruits de voiture, de

portes qui claquent, discussion entre elles, sollicitations, exhibitionnisme, préservatifs trouvés par terre) et aimeraient bien qu'elles aillent exercer ailleurs, loin de leurs fenêtres. (France 3, 2019).

Lorsque les riverain.e.s sont excédés, elles appellent la police, qui se déplace et les TdS partent en courant, au risque de tomber, de se faire percuter par une voiture. Selon les nationalités, toutes les Tds ne perçoivent pas la police de la même façon. Mais de façon générale, la police n'est pas perçue comme protectrice. L'espace de rue où s'exerce le travail du sexe est divisé, segmenté selon le genre, les nationalités. Un.e nouvelle personne ne peut s'installer où elle veut, les places sont payantes, la concurrence existe et peut donner lieu à des rixes entre les personnes de nationalités différentes ou de la même communauté. (David, 2014 : 345). Enfin un contrôle social existe qui se traduit par une « forte incitation » des ancien.ne.s envers les nouveaux.nouvelles à adopter les « règles collectives » : durée des passes, tarifs et pratiques proposées. » (*ibid*). La violence est souvent banalisée voire décrite comme indissociable de l'activité. Il peut y avoir des agressions physiques et celles-ci sont en augmentation depuis le passage de la loi, mais il y a beaucoup d'autres sources de violence comme le regard de la société, la stigmatisation, la peur de la police, les insultes et moqueries des riverains, le parcours migratoire, etc. Dans la plupart des situations de violence, les Tds migrant.e.s ne veulent pas porter plainte. (Gonzalez, 2018). Les TdS de rue sélectionnent leurs clients et savent refuser quelqu'un. Elles négocient ce qu'elles font ou pas. Les TdS « savent inverser le rapport de domination à leur avantage dans leur métier » (Gil, 2008 : 6). Mais les associations témoignent qu'en situation de précarité et d'insécurité, des considérations plus pragmatiques prennent le dessus. Tous et toutes ne vont pas exercer le travail du sexe avec le même « succès ». Certain.e.s attirent plus facilement des clients quand d'autres « savent y faire ». Leur « habileté, expérience (...) sont un capital inégalement distribué ». (Gonzalez, 2018 : 12). Certain.e.s viennent de pays où des maladies circulent de façon endémique et peuvent être porteur.euse.s d'infections chroniques comme le VIH ou l'hépatite B acquises au pays, pendant le parcours ou après l'arrivée au pays. En termes d'âge, les associations accompagnent des personnes de tout âge, des mineur.e.s (déclaré.e.s majeure.s sur leurs papiers) à des personnes ayant parfois plus de soixante ans qui travaillent toujours dans la rue. La plupart des personnes se disent isolé.e.s en France, certain.e.s insistent pour mentionner que leurs compatriotes ne sont pas des ami.e.s. Le fait, de ne pas pouvoir rentrer au pays en visite ou en vacances pour les personnes d'Afrique Sub-Saharienne, tant qu'elles ne sont pas régularisé.e.s, est très pesant. Ce qui n'est pas le cas pour les personnes venant d'Europe de l'Est qui peuvent circuler plus librement. En ce qui concerne le niveau d'instruction, celui-ci apparaît comme diversifié. « Plus de 60 % des femmes arrivées depuis la fin des années 1990 sont des citadines, qui ont été scolarisées à plus de 80 % (8 % ont fréquenté l'université et 17 % le lycée). » (Guillemaut, 2008 : 5). Ce niveau d'instruction favorise

l'autonomie dans les démarches administratives. Mais pour ceux allophones et/ou illettré.e.s, la barrière de la langue va représenter un déterminant majeur. Ne connaissant pas leurs droits ni le fonctionnement du système de santé en France, les personnes migrant.e.s précaire.s et stigmatisé.e.s ne vont pas vers les professionnel.le.s de santé. D'où l'intérêt des accueils inconditionnels, des pratiques d'aller vers et des accompagnements, sur la santé, proposés par les associations. Enfin les TdS de rue ne se reconnaissent pas comme prostitué.e.s et ne s'identifient pas à l'activité. Ainsi elles peuvent avoir un côté très pragmatique qui décrit l'activité comme « des professions indépendantes ; elles travaillent, aspirent à gagner de l'argent pour vivre leur vie ». (Guillemaut, 2009 : 42).

« Fortement associés au crime, à la débauche et à l'immoralité, les termes « prostitution » et « prostitué(e) » sont chargés négativement d'un stigmatisme qui marque et discrédite ceux et celles qui vendent des services sexuels. » (Comte, 2010 : 3).

La question du stigmatisme est essentielle et revient en permanence dans ce travail parce qu'il vient impacter la vie sociale des personnes TdS. Nous pourrions même dire que les TdS sont victimes de plusieurs stigmates : celui du travail du sexe, de la condition de migrant.e.s et de la pauvreté. Selon Goffman (1963), le stigmatisme est l'élément distinctif, qui une fois repéré, disqualifie « l'identité sociale d'un individu » (Plumauzille & Rossignaux-Méheust, 2014 : 3). Les individus qui composent la société intègrent les normes et catégories sociales et classifient les personnes dans celles-ci. Il y a les personnes qui sont dans la norme et celles qui en sont écarté.e.s parce qu'elles présentent une particularité, un signe, qui les rend différent.e.s. La difficulté est que les personnes stigmatisé.e.s vont être rejeté.e.s car « exclu[es] de la société du monde normal » (Comte, 2010 : 19). Du fait de la stigmatisation, la personne va être « discriminée » et va devenir la « cible de préjugés » (Comte, 2010 : 4) ce qui peut conduire à l'intériorisation du stigmatisme où la personne malgré le fait qu'elle se sache « normal.e » peut finir par se sentir « inférieure aux autres » (Ibid). Comte dans son article sur le stigmatisme dans le travail du sexe décrit différentes stratégies utilisées par les TdS pour faire avec et maintenir « une estime de soi ». Dans la première stratégie, la TdS : « s'affirme différente des autres individus engagés dans le travail du sexe : elle leur est moralement supérieure et sait se respecter » (Comte, 2010 : 9). Dans la deuxième stratégie, les TdS « reconnaissent la stigmatisation dont ils sont susceptibles de faire l'objet mais ne l'internalisent pas. Ils s'identifient en tant que travailleur.euse.s(ses) professionnel(le)s possédant une expertise et respectant un code d'éthique. (Bell, 1995 ; Morrison, Whitehead, 2007 ; Parent, Bruckert, 2005 ; Queen, 2002 ; Scott et al., 2005) cités par (Comte, 2010 : 12). Ainsi, nous constatons, que les personnes TdS migrant.e.s de rue sont exposée.s à de nombreux facteurs et déterminants sociaux venant affecter leur santé. Situation qui s'est encore dégradée avec le passage de la loi en 13 avril 2016, puis dernièrement avec la crise

sanitaire du Covid-19. Depuis la loi de 2016, les associations de santé témoignent d'une dégradation des conditions de travail qui affectent la santé et la sécurité des personnes. (Le Bail & Giametta, 2018) Une enquête menée par des chercheurs a démontré les conséquences et impacts de la loi. Les TdS qui ont répondu à cette enquête, se plaignent de la baisse importante du nombre de clients dans la rue, ce qui entraîne une baisse de leur revenu et donc une précarité plus importante. Ce qui les conduit aussi à devoir modifier leurs pratiques pour continuer à gagner de l'argent. Adapter leurs horaires (rester plus longtemps), accepter des client.e.s avec lesquels ielles n'auraient pas travaillé avant (risque de violence), accepter des pratiques non protégées quelques fois (par contrainte financière). Avec cette loi, la majorité des clients par peur de l'arrestation, ne fréquentent plus la rue et ceux qui viennent encore imposent leurs conditions : lieux plus éloignés, baisse des tarifs, mise en concurrence des TdS, etc. Toutes les associations ont constaté une augmentation des violences commises à l'encontre des TdS de rue, ciblé.e.s par des agresseur.euse.s comme vulnérable.s, isolé.e.s, ne parlant pas la langue et ayant peur de la police. Les conséquences sur la santé sont nombreuses, augmentation importante du stress, anxiété, souffrance mentale mais aussi augmentation du risque d'infections sexuellement transmissibles parce que les personnes ont plus de difficulté à imposer le préservatif. Enfin, de plus en plus de témoignages abondent pour décrire des consommations solitaires, plus fréquentes, à visée anxiolytique, par exemple pour trouver le sommeil, de substances psychoactives, notamment l'alcool (Le Bail & Giametta, 2018) La synthèse de cette enquête est reprise en annexe N°8.

« L'association Acceptess-T qui a signalé 5% de contaminations au VIH sur sa file active en 2017 (en nette augmentation) explique que toutes les personnes devenues séropositives ont déclaré avoir accepté des rapports sans préservatifs car elles ne se sentaient plus avoir le choix de les refuser. » (Blog ma lumière rouge, 2018)¹⁹.

Nous voyons bien ici que le contexte législatif est un déterminant puissant sur la santé des TdS.

2.2.4 Réfléchir aux enjeux sanitaires

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) intitulé « Prostitutions : les enjeux sanitaires », a été publié en 2012. Le rapport, fait état des variétés de situations, « il n'y a pas une mais des prostitutions », des risques différents selon les contextes d'exercice, les pratiques et les profils. Il insiste aussi sur le manque de données et d'études « objectives » et s'interroge sur le nombre de personnes concerné.e.s en France (variation du nombre de 1 à 20 selon les auteurs). Les auteurs, distinguent deux catégories de facteurs de risque : le champ de la santé sexuelle et celui des

¹⁹« Depuis la pénalisation des clients, on n'arrive plus à imposer la capote » Article de blog, site de Libération - mars 2018- consulté le 28/08/2021 à l'adresse : https://www.liberation.fr/debats/2018/03/03/depens-la-penalisation-des-clients-on-n-arrive-plus-a-imposer-la-capote_1633814/

conséquences des violences.(Aubin et al., 2012). Voici dans ce tableau ci-dessous, les problématiques de santé relevées, qui concernent les TdS de rue, migrant.e.s, tirées des données des associations. (Aubin et al., 2012)

Problématiques de santé	Causes énoncées dans le rapport
Problèmes bronchiques, asthme, tuberculose	« Tabagisme », « attente postée dehors », « pays origine endémique » (tuberculose)
Dermatoses	13% des consultations, pas de cause de mentionnée
Problèmes relatifs à l'appareil digestif (hépatites, douleurs abdominales, reflux, ulcères, conso alcool, etc)	« stress »
Troubles musculosquelettiques : « Varices »,	« Temps passé debout, dehors », « port de chaussures à talons aiguilles »
Questionnements autour du suivi médical des personnes trans	« Problèmes liés au suivi de l'hormonothérapie, complications faisant suites aux injections de silicone »
Perturbation des conduites alimentaires	« Rythmes de vies décalés, horaires nocturnes », « précarité », ne peuvent pas toujours cuisiner dans le logement, etc)
Troubles psychiques	Pas de consensus des acteurs associatifs. Des « troubles de somatisation, troubles du sommeil et troubles anxieux » sont rapportés par « les associations de santé » - « problèmes de santé mentale chez certains publics très précaires » - « le niveau de prévalence des troubles psychiques et la question de leur imputabilité prostitution ne fait pas consensus. »

Tableau N°7 : Recueil croisés des problématiques de santé des TdS de rue et de leurs causalités

Légende : Lien de causalité entre migration / Travail Du Sexe / conditions de vie et d'exercice / accès aux soins

Nous avons fait le choix de ne pas détailler les problématiques de violence et de santé sexuelle par contrainte d'espace. Mais elles constituent des préoccupations majeures des équipes de terrain qui accompagnent les personnes TdS de rue sur leur santé et c'est justement l'approche de Réduction Des Risques (RDR), promue au sein des associations de santé communautaires qui les prend en compte. Cette approche souvent symbolisée par les programmes d'échanges de seringues au moment de l'épidémie de VIH s'est élargie à la santé sexuelle. Il s'agit d'une « pédagogie du soin » qui replace la personne au centre et allie « le prendre soin » en partageant des connaissances techniques et scientifiques avec l'expérience de la personne et « la congruence des propositions » où c'est la personne qui décide des comportements qu'elle va adopter en fonction de sa situation. Cette posture allie « le non jugement, l'écoute et la prise en compte du savoir des personnes ». (Andreo et al., 2013 : 13 et 53). Cette première partie nous a permis de poser les bases et concepts pour appréhender maintenant la mobilisation des savoirs dans le cadre des activités au sein des associations.

3 EXPLORER LA MOBILISATION DES SAVOIRS EXPERIENTIELS : SAISIR LES MANIERES DE FAIRE POUR DEFAIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.

Dans cette deuxième partie, nous allons, à partir de deux points de vue situés, dégager les leviers et freins qui favorisent la mobilisation des savoirs expérimentiels. L'idée sous-tendue étant que la mobilisation de ces savoirs va affecter les déterminants de santé et donc les ISS.

3.1 Développement des organisations pour l'inclusion des travailleur.euse.s pair.e.s

Toutes les structures interrogées, pour mener leurs actions, dépendent de financements et donc de bilans justifiant l'utilisation des fonds. Les travailleur.euse.s pair.e.s, vont donc devoir remplir certains documents ce qui demande des savoirs et complexifie le profil des pair.e.s Dans un des programmes la tendance avait été de recruter des personnes éduqué.e.s au risque qu'elles ne soient pas pair.e.s, parce que l'injonction était de pouvoir remplir les formulaires des financeurs²⁰. Cette tendance a été corrigée ensuite. (Entretien N°1-responsable programme ONG). Nous voyons bien ici les contraintes pour une structure, de travailler avec des pairs.e.s. Cela implique des volontés et des savoirs faire. Les financeurs jouent un rôle important puisqu'ils sont ceux, en lien avec les décideurs politiques, qui vont créer les conditions pour que les personnes concerné.e.s soient impliqué.e.s. L'exemple de l'ONUSIDA (UNAIDS, 2019) qui a fixé comme objectif que d'ici 2030,²¹ 30% des activités de lutte contre le VIH soient portées par des organisations de personnes concerné.e.s, en est un exemple (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG) et sous-entendent que le travail à partir des savoirs expérimentiels va continuer à se développer, notamment pour le groupe des TdS, ciblé comme population clé.²² Plus localement des Agences Régionales de Santé (ARS) acceptent quelques fois, de participer au financement de postes de travailleur.euse.s pair.e.s. (Entretien N°4- responsable de programme, ONG). Etonnamment, un décret,²³ du 2 mars 2017 a été publié qui promeut le travail avec les pair.e.s pour mieux accompagner les TdS, malgré le contexte abolitionniste, (Décret no 2017-281 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique, 2017). Le texte du décret mentionne :

²⁰ Dans ce programme d'Asie du Sud-Est, les personnes usagères de drogues et/ou TdS ne savent pas forcément lire et écrire en anglais.

²¹ Ensuring that at least 30% of all service delivery is community-led by 2030. **Traduction** : Faire en sorte qu'au moins 30 % de toutes les prestations de services soient dirigées par les communautés d'ici 2030. (UNAIDS, 2019)

²² UNAIDS engages with civil society, especially people living with HIV, and key populations—gay men and other men who have sex with men, sex workers, people who use drugs, transgender people and prisoners—and women's groups, in advocacy to promote and protect human rights and gender equality. **Traduction** : L'ONUSIDA s'engage avec la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH, et les clés - les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe les personnes qui consomment des drogues, les transsexuels et les prisonniers - et les groupes de femmes, dans le plaidoyer pour promouvoir et protéger les droits de l'homme et l'égalité des sexes. (UNAIDS, 2019)

²³ Décret no 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

« Les programmes s'inscrivant dans la démarche de réduction des risques visent aussi la reconnaissance de l'expertise profane des personnes concernées ainsi que leur participation active et libre pour développer des réponses de santé et pour lutter contre la marginalisation, l'exclusion et les autres formes de violation de droits dont elles peuvent être l'objet (...) 8° La mobilisation de médiateurs, d'interprètes, de pairs (personnes en situation de prostitution ou ayant connu la prostitution) ;(...) 11° L'organisation de l'entraide et du soutien par les pairs ; » (Ibid)

Malgré ce décret, le financement de postes de travailleur.euse.s pair.e.s, relève d'une réelle difficulté pour les structures. Or « Il faut que le financial system est aussi fait pour ça ». (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)²⁴, la question des financements est donc un réel levier de mobilisation.

3.1.1 De la « sagesse » et de la « vérité » décrits par T. Borkman

Toutes les structures ont pour objet d'accompagner les TdS de rue sur leur santé. Les entretiens nous montrent que si tous les travailleur.euse.s pair.e.s sont impliqué.e.s sur les activités autour de la santé, ielles le sont à des niveaux différents. Ce qui nous intéresse dans cette partie, c'est la spécificité, des apports des pair.e.s, du fait de leur expérience issue du vécu. Quelles formes de mobilisation de leurs savoirs participent à agir sur les déterminants de la santé des TdS de rue, migrant.e.s. ? Dans l'exemple ci-dessous, les personnes pair.e.s ont été formé.e.s pour participer à tout. Ce qui implique la nécessité d'acquérir d'autres types de savoirs faire et savoir être, mais ne leur donne pas un rôle spécifique.

« Nous on va tous être polyvalent et on va tous faire la même chose quoi, donc par exemple quelqu'un qui est pair peut tout à fait accompagner quelqu'un par exemple pour son suivi de grossesse à l'hôpital ou faire des démarches, des dossiers, donner un coup de main pour des dossiers de subvention, ou remplir un dossier AME, CSS ou d'autres trucs et quelqu'un qui n'est pas pair non plus peut aussi faire la même chose et du coup on est tellement auto-formés, en formations internes y a des choses que je peux faire, (...) la seule chose qu'on ne peut pas faire c'est prendre la place de l'infirmière par exemple, piquer les gens ou faire des prises de sang. » (Entretien N°8 bis- travailleuse communautaire, asso)

L'intérêt de travailler avec des pair.e.s se situe d'abord dans la création du lien de confiance.

« J'utilise souvent, moi ma propre expérience pour lui parler, (...) quand elles te voient à la porte, elles vont te passer parce que toutes les filles elles ne pensent pas que quelqu'un comme toi peut travailler ici, elle a dans la tête qu'elle va voir que des blancs. Alors dès qu'elles voient qu'il y a quelqu'un qui parle vraiment pidgin, (...) que je parais comme eux, (...) il y a un espoir, donc il y a quelqu'un ici qui peut me comprendre. Déjà c'est déjà ça aussi, (...) déjà la langue ça joue (...) et du coup c'est assez rare que tu vois des filles comme moi dans les associations, des filles comme moi on les embauche pas trop (...) ça fait une autre confiance en plus, tu sais les filles arrivent et qu'elles te voient et en plus aussi elles savent que tu tapines aussi dans la rue ça, ça fait deux confiances quoi déjà t'es black waouh, tu travailles ici waouh, tu travailles dans la rue aussi et voilà, ça casse un peu le stigmata. » (Entretien N°7 bis, travailleuse communautaire, asso)

²⁴ « Il faut que le financial system est aussi fait pour ça, tu paies pas juste trois dollars par jour pour un pair mais tu payes peut-être trois dollars plus trois dollars pour former cette même personne et lui donner une opportunité de poursuivre euh un parcours. C'est essentiel sinon tu vas you will hit the wall. » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

L'intérêt des travailleur.euse.s communautaire.s sur les questions de santé se traduit par leur capacité à créer du lien avec des personnes qui autrement n'iraient pas vers des professionnel.le.s de santé. Mais aussi à permettre l'accès à des personnes qui stigmatisé.e.s, se cachent. C'est-à-dire avoir un « *privilege access : quelqu'un qui est reconnu par sa communauté qui a le droit d'entrer et sortir* » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG). Il s'agit de connaître les conditions dans lesquelles les personnes pratiquent pour ensuite proposer des solutions adaptées, pour dialoguer et échanger dans la langue des personnes.²⁵ Ainsi une des femmes interviewées, Macha²⁶ met en place, seule et sans être mandatée par une organisation, de la diffusion d'information à ses pair.e.s au sein de clubs où elle travaille comme TdS. Etant à l'intérieur de lieux où aucun autre acteur.ice n'est autorisé.e à entrer et ayant un accès aux autres TdS, Macha est l'actrice privilégiée pour mener des actions de promotion de la santé. Dans son témoignage, elle explique comment, à partir de son expérience vécue, et à partir de savoirs théoriques, qu'elle est allée chercher auprès d'associations, elle conduit ses actions depuis seize ans. Macha ne connaît pas le terme « travailleuse paire », elle le fait d'elle-même sans rien attendre en retour, par conviction personnelle et par souci d'aider. (Entretien N°10, paire indépendante)

Si l'intérêt des pair.e.s se situe dans la création du lien de confiance et l'accès privilégié aux personnes, toutes les personnes paires interviewées, expliquent que les premiers contacts n'ont pas été simples parce qu'elles étaient les premières à s'adresser en tant que paires aux autres TdS (création de poste) et que les TdS en général, du fait de la stigmatisation sont très méfiant.e.s.

« J'ai parlé avec les femmes et les femmes ne voulaient pas parler avec moi, et moi j'ai cherché, cherché la solution, et quand j'ai tourné, dans la tournée, moi j'ai toujours parlé les femmes, est-ce que tu vas bien, ta santé, et des problèmes avec ton travail ou pas. Et beaucoup de femmes ne répondaient pas ou répondaient très vite en disant moi tout va bien, je dois aller travailler, elles ne voulaient pas rester avec moi » (Entretien N°12- travailleuse paire, ONG)

« Quand j'ai commencé à travailler là-bas, les chefs, managers étaient très durs et ne voulaient pas que je raconte toutes ces choses sur le VIH, sur la prévention, les préservatifs aux autres filles. (...) Et une seule fois la gérante m'a dit, tu as deux minutes pour tout raconter sur le VIH et ça j'ai eu cette autorisation seulement deux mois après avoir commencé à travailler. Tous nos mouvements, tout doit passer par son autorisation. (...) Et en plus quand je suis arrivée (...) j'étais assez mal perçue par les autres filles, et en fait moi j'essayais de passer de chambre en chambre pour les informer mais c'était très difficile, d'établir un bon contact avec elles. » (Entretien N°10, paire indépendante)

²⁵ « *Quelqu'un avec un lived experience et donc ce que tu vas attendre de cette personne c'est évidemment connaître le terrain et avoir un privilege access. Donc très souvent ça se passe dans la marginalisation, dans un endroit où la communauté a mis en place un peu des protections pour qu'il n'y ait pas juste tout et n'importe qui qui peut entrer dans ça parce que c'est leur forme de protection aussi le d'être ensemble, et donc il faut quelqu'un qui est reconnu par sa communauté qui a le droit d'entrer et sortir de, qui a un privileged access* » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

²⁶ Pseudo utilisé pour la rédaction du document

Ainsi, nous pouvons dire que la création du lien n'est pas systématique même en ayant du commun. Il faut ensuite avoir de l'habileté, travailler sa posture puis devenir légitime et crédible en apportant une plus-value aux personnes sur le champ du partage des savoirs et de la connaissance. Dans ce contexte, la formation des pair.e.s sur la posture de Réduction des Risques (RdR) constitue un outil indispensable pour échanger avec les personnes à partir de leurs pratiques.

Dans la continuité autour de l'accès privilégié, en Asie du sud-est, les travailleur.euse.s pair.e.s comme Nyein²⁷ animent des sessions d'éducation à la santé auprès des TdS de rue et ont un rôle de facilitateur.ice.s entre la rue et la clinique où les TdS n'iraient pas d'elleux-même. C'est encore un autre rôle que le.la travailleur.euse pair.e permet. Favoriser un accès concret en les accompagnant physiquement auprès de professionnels de santé, une fois le lien de confiance créé. « *The peer workers look like the facilitators between the clients and then the clinic things, yes*²⁸. » (Entretien N°13-travailleuse pair, ONG). Nyein explique aussi que les TdS qui la contactent lui posent toutes sortes de questions autour de la santé, qu'elles n'oseraient pas poser directement à un médecin. Notamment toutes les rumeurs liées au covid, au VIH. Nyein peut alors faire un relais auprès du médecin de la clinique si elle ne connaît pas la réponse. Une travailleuse paire interviewée, nous donne cinq exemples de ce qu'elle peut proposer comme accompagnements spécifiques, basés sur son savoir expérientiel, au cours de l'entretien N°11. Nous les avons associés aux types de savoirs décrits par Nichter et Vuckovic cités précédemment. (page 28).

- La santé sexuelle²⁹ : savoirs médiatisés et empiriques
- La déclaration à l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiale (URSSAF) : savoirs médiatisés et empiriques
- La santé mentale : savoirs confirmés et empiriques
- La réduction des risques : savoirs empiriques et médiatisés
- L'auto-défense féministe adaptée au travail du sexe : savoirs médiatisés, empiriques et confirmés

« Sur la santé, je vois pas mal d'axes parce que la santé mentale, elle passe par briser l'isolement, donc forcément avoir quelqu'un, enfin être là quand la personne a besoin de parler un petit peu, c'est cool donc au niveau de la santé mentale des personnes, je ne dis pas que je serais un bénéficiaire ultra

²⁷ Pseudo utilisé pour la rédaction du document

²⁸ Traduction : « Les travailleurs pairs sont des facilitateurs entre les clients et la clinique, oui ».

²⁹ « C'est rassurant par rapport aux autres TdS, de parler à une personne concernée, elles n'ont pas peur du jugement, on peut parler librement de nos pratiques, sans jugement. Par exemple on peut dire « sucer sans capotes » des trucs comme ça alors que à quelqu'un qui n'est pas concerné ben, on pourra pas forcément le dire parce qu'on a peur qu'il nous regarde « vous prenez des risques euh » (Entretien N°11- travailleuse paire, Asso)

thérapeutique comme un psy ou quoi, mais je pense que ça en fait partie briser l'isolement » (Entretien N°11- travailleuse paire, Asso)

Briser l'isolement, renvoie au fait que le travail sexuel isole les TdS qui bien souvent ne peuvent en parler à personne. La personne pair.e, vue comme non jugeant.e permet à la personne de se présenter libre du stigma pour aborder en confiance les sujets qui la préoccupent et qui potentiellement auront aussi posé question à la personne pair.e. La relation de pair.e-aidance est sous-tendue par le fait de pouvoir communiquer facilement. Dans le contexte de personnes migrant.e.s, allophones, la question de la langue devient vite essentielle pour pouvoir aborder les questions de santé. D'où le fait de recruter des personnes pair.e.s, issues des communautés rencontrées dans la rue, parlant leur langue et partageant leur culture.

Un témoignage illustre parfaitement cette question. *« Au-delà de son savoir expérientiel en tant que TdS MSM [Men having Sex with Men (MSM)]³⁰, c'est la langue la première chose (...) parce que l'équipe ne pouvait pas s'en sortir, à délivrer des messages de prévention à ce groupe-là[les TdS MSM]. Ils ne pouvaient pas le faire correctement tu vois. Ils pouvaient mimer comment utiliser un préservatif mais ça n'allait pas beaucoup plus loin. Alors que avec D on peut vraiment transmettre les vrais messages et les expliquer. Donc ça c'est sa vraie valeur ajoutée sur le programme et que l'équipe ne pouvait pas avoir, à moins d'engager un interprète qui n'aurait pas été de ce milieu-là donc tu vois, qui, ça n'aurait pas été efficace non plus. » (Entretien N°2- responsable de programme, ONG)*

Ce témoignage met en exergue que le.la travailleur.euse pair.e n'est pas « juste un interprète », c'est bien son vécu lié à son expérience, qui lui permet de donner des informations adaptées et le.la légitime à intervenir. Les associations qui accompagnent des TdS de rue, originaires de différents pays, nous ont toutes émis le regret de ne pas pouvoir salarier, par manque de financements, des personnes pair.e.s issues de toutes les communautés rencontrées. Ce qui crée des déséquilibres, met les salariés en difficulté et constitue un obstacle, à l'accès aux soins, des groupes qui n'ont pas de pair.e.s issues de leur communauté. C'est ce qui a été constaté pour les TdS de la communauté roumaine dans un entretien, où les personnes rencontré.e.s dans la rue ne viennent pas au bureau de l'association, ne bénéficient pas du même accompagnement que les autres. Ce, malgré les sollicitations de tous les membres de l'équipe et en dépit des traducteurs disponibles sur les téléphones et ordinateurs. (Entretien N°8 bis, travailleuse communautaire, Asso). Au-delà de parler la même la langue, il s'agit d'évaluer les niveaux de connaissance et de transmettre des savoirs. Macha explique par exemple, qu'elle a été surprise par le faible niveau de connaissance de ses collègues notamment sur le VIH.

« Je me suis rendue compte qu'on était très très mal informées sur le VIH, les filles ne connaissaient que le mot VIH, mais elles ne connaissaient rien à la prévention, elles ne savaient pas comment se protéger, elles ne savaient pas quoi faire en cas d'accident » (Entretien N°10- travailleuse paire indépendante)

Dans l'entretien, Macha raconte comment elle s'y prend pour partager ses savoirs.

³⁰ *Men having sex with Men (MSM) traduction : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.*

« J'ai réfléchi comment moi je voudrais entendre l'information, parce que je suis TDS, je suis paresseuse, je ne veux rien entendre, je ne veux rien apprendre, je ne veux rien écouter, mais alors comment il faudrait faire pour que ça m'intéresse ? donc je suis partie de cette méthode là et du coup j'ai compris qu'il fallait macher l'information avant de leur mettre dans la bouche et il fallait que ce soit une information avec les termes simples et mélangés avec du jargon, avec notre jargon. » (Entretien N°10, paire indépendante).

Le « notre jargon » est intéressant. C'est bien ce qui va distinguer son intervention et la rendre spécifique. Les travailleur.euse.s pair.e.s excellent souvent dans ce domaine de devoir traduire et rendre compréhensible des informations, notions à leurs pair.e.s et sont sollicité.es par leurs collègues non pair.e.s lorsqu'elles se retrouvent en difficulté.

« Elle va savoir comment expliquer les choses donc parfois la travailleuse sociale quand elle sait que celle personne-là elle n'a pas très bien compris les procédures elle lui a déjà expliqué deux ou trois fois mais elle ne comprend pas où elle ne veut pas comprendre on ne sait pas trop elle va dire à J. [travailleuse paire] est ce que tu peux en fait ? c'est elle qui peut l'appuyer pour lui expliquer. (Entretien N°2- responsable de programme, ONG)

Dans le même thème, lors d'une formation organisée pour des TdS, des pair.e.s ont été sollicité.e.s pour aller voir leurs collègues et faire remonter toutes leurs questions en lien avec les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Le résultat a été saisissant, là encore. Toutes les questions, étaient en lien avec les pratiques et exprimaient précisément, avec leurs mots, les questions des TdS. Si la collecte des questions a été un succès, la fréquentation de la formation aussi, là encore, ce sont les pair.e.s qui avaient tout organisé et avaient communiqué sur l'évènement. *« Donc il y a eu beaucoup plus de personnes que d'habitude et puis surtout dans un langage qui leur parlait beaucoup plus »* (Entretien N°2- responsable de programme, ONG). Macha fait ensuite allusion aux savoirs qui permettent *« d'acquérir du pouvoir sur sa vie, sur les autres et le monde »* comme le théorise Olivia Gross et démontre ici l'impact de son approche sur les questions de santé.

« Ça leur permet d'être beaucoup plus sûre d'elles, plus sûre de leur avenir. Elles sont beaucoup mieux informées, elles sont armées, elles savent où aller s'adresser, elles savent qu'on peut les aider, elles savent à quel moment il faut pour la Prophylaxie Pré-exposition (PEP) par exemple qu'elles commencent un traitement. » (Entretien N°10- travailleuse paire indépendante).

Dans un tout autre contexte à Paris, une travailleuse paire, Lin³¹ met en lumière, le fait de pouvoir comprendre comment une personne originaire du même pays qu'elle, va raisonner au sujet de certaines problématiques. Lin, de par son expérience du TdS ainsi que de sa connaissance des droits en France peut dialoguer avec la personne et l'informer sur la possibilité (contrairement à ce qui est possible dans leur pays d'origine), de pouvoir porter plainte contre un agresseur, même si la personne est en situation irrégulière. Lin peut plus facilement trouver les mots et citer des exemples concrets.

³¹ Pseudo utilisé pour la rédaction du document

« Elle est venue ici pour ce travail et elle pensait que ce travail [cite le pays] c'est interdit pour la prostitution, elle est venue ici en pensant que c'est pareil. Et toujours c'est pensé qu'elles sont inférieures que les autres. Et si elle rencontre le viol, elle est pas, voulait parler. Elle pensait qu'elle n'avait pas de papiers, elle n'a pas le droit de porter plainte et la police peut-être arrêter elle. » (Entretien N°12 – travailleuse paire, ONG)

Sur des questions très sensibles comme la police, certains suivis médicaux, les témoignages divergent. Certain.e.s personnes TdS migrant.e.s vont préférer être accompagné.e.s par la.le travailleur.eus.e pair.e quand d'autres vont plutôt demander que ce soit un.e personne non pair.e. (Entretiens N°6 et N°3, N°7 et N°8). De même Lin travaille beaucoup avec les TdS sur le fait de ne pas banaliser les violences dans le cadre du travail sexuel. Enfin, parce que Lin connaît les pratiques de la police envers sa communauté elle explique aux femmes la possibilité de porter plainte, mais aussi les risques notamment concernant le logement si la police intervient et apprend leur adresse. La police, contactée suite à un fait de violence, peut en effet décider d'investiguer sur leur lieu de vie et condamner les propriétaires pour proxénétisme³² et les femmes perdent alors leur logement. Ainsi Lin va délivrer des informations précieuses, en lien avec son savoir expérientiel, couplé aux autres savoirs, l'accès aux droits, les pratiques coutumières de la police et comment faire avec/face à tout ça. La thématique du logement est toujours cruciale pour les personnes et souvent officieuse. Là encore la personne pair.e est la mieux placé.e sur cette question ayant elle-même du recourir à ce type d'hébergement.

Enfin, Les compétences des pair.e.s se sont révélées particulièrement précieuses pendant la crise sanitaire du Covid-19, toutes les structures l'ont mentionné *« le fait de travailler dans une démarche communautaire ça nous a sauvé pendant le covid »* (Entretien 3- responsable de programme, ONG)

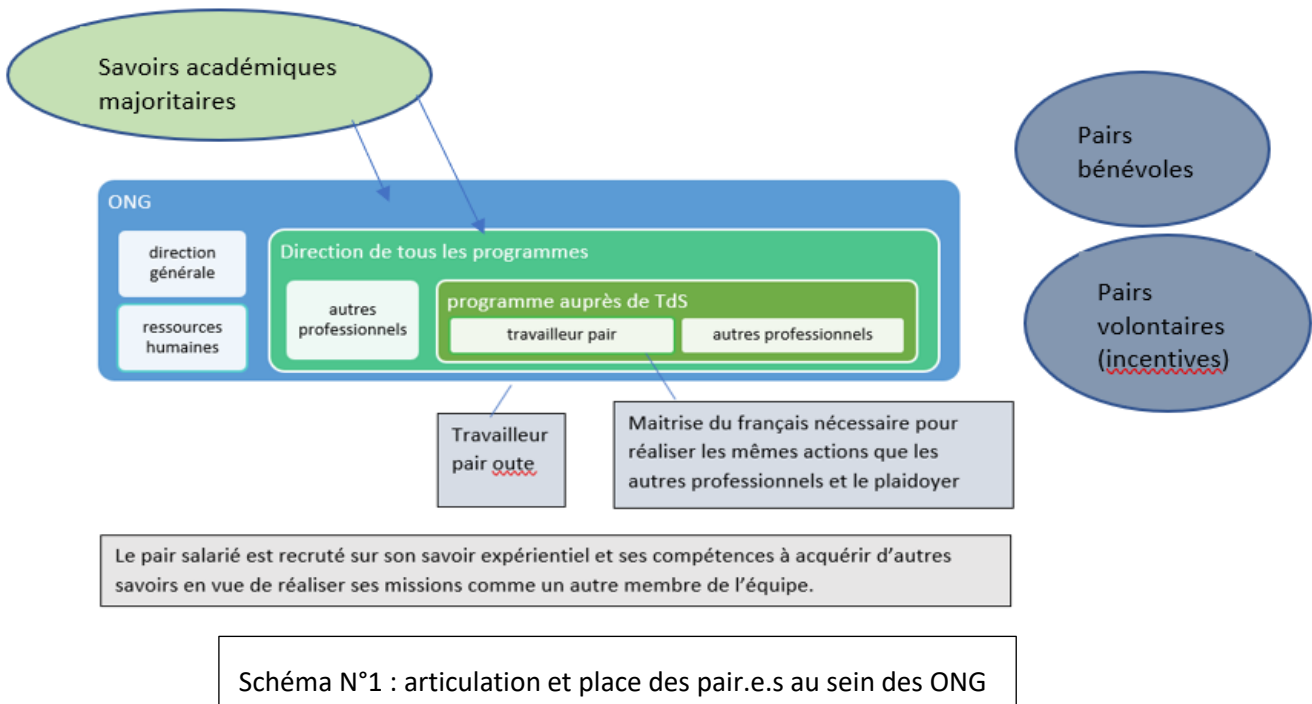
« Je le verrais pour l'accès à la population, définitivement tu vois si on n'avait pas eu cette possibilité de relais de faire passer à la fois des infos, mais des pratiques, des outils, enfin tu vois des capotes de ce dont les gens avaient besoin bah on aurait été bien embêté tu vois donc les pairs ils sont vraiment dans ces moments-là comme ça de tension bah les seuls qui vont pouvoir être en contact avec la population à laquelle on s'adresse tu vois ». (Entretien N°1- responsable de programme, ONG)

Tous ces exemples issus des témoignages directs des personnes pair.e.s et de leurs collègues montrent à quel point la mobilisation des savoirs, est au cœur de leurs pratiques aussi bien les savoirs expérientiels que d'autres types de savoir qu'ielles développent dans le cadre de leurs activités. Nous avons essayé d'être le plus spécifique possible pour distinguer ce que les personnes pair.e.s apportent en plus, de plus qualitatif. Pour autant, chaque membre de l'équipe est important. Les salariés non pair.e.s développent aussi des savoirs expérientiels lorsqu'ils conduisent des actions avec les personnes. Il ne s'agit pas de considérer que seul.e.s les pair.e.s peuvent accompagner des TdS de rue

³² Le fait de louer un appartement payé avec l'argent du travail sexuel entre dans la loi sur le proxénétisme dit de soutien

3.1.2 De l'adaptation de la structure aux pairs et vice versa

Les structures peuvent être appelées « communautaire », « paritaire », être définie « par et pour les personnes concerné.e.s » ou encore être constituées de travailleur.euse.s pair.e.s. Cela permet ensuite son acceptation ou non selon le pourcentage de pair.e.s (notamment dans les instances de décisions) pour faire partie de fédérations, pour être éligible à certains financements. Mais de grandes diversités existent parmi toutes les structures. Nous avons cherché à modéliser schématiquement à partir des organisations interviewées la place accordée aux savoirs expérientiels et l'articulation de ceux-ci dans les équipes. Trois grands modèles se dessinent. L'ONG où les savoirs académiques sont majoritaires fait une place aux savoirs expérientiels et innove en ce sens. Les pair.e.s salarié.e.s maîtrisent rapidement les codes du travail, les outils, assistent aux réunions, formations, sont acteur.ice.s du plaidoyer. Leur niveau de français doit leur permettre de mener les activités. Elles sont en capacité d'assimiler d'autres savoirs pour assurer pleinement leur place au sein de l'équipe. Elles sont acteur.ice.s dans le plaidoyer, sollicité.e.s pour prendre la parole en tant que personnes concerné.e.s et devront donc s'out³³ dans ce cadre auprès de la presse, réunions partenariales et formations. Les pair.e.s tiennent aussi un rôle dans l'accompagnement santé, social, juridique, aller vers et accompagnements physiques des personnes sur des actions de terrain. **Modèle ONG :**



³³ « L'acte du *coming out* et son importance conceptuelle reposent sur le fait qu'avant qu'il soit effectué la personne vit dans le silence du placard, et qu'elle appartient à une minorité stigmatisée rendant difficile voire dangereuse l'expression de son identité » (Mondada & Oloff, 2015). Initialement réservé à l'orientation sexuelle, l'une identité de genre le terme *outer* est repris dans le champ du travail sexuel et désigne le fait de dévoiler l'exercice du travail du sexe.

Dans le deuxième modèle, celui des associations de santé communautaires, les savoirs expérimentiels et les savoirs académiques sont imbriqués et complémentaires. Le pré-supposé de base est qu'il est impossible de travailler sans les personnes concernées.e.s. Parmi ceux-ci nous avons pu observer que certain.e.s maîtrisent tous les codes dont la langue et d'autres non. L'équipe doit s'organiser pour se distribuer les tâches en fonction des compétences et appétences de chacun. Les non pair.e.s viennent en renfort et en soutien des pair.e.s, compléter par leurs autres savoirs ce que les pair.e.s ne font pas. La montée en compétences des pair.e.s, est fonction de ce qui les intéresse. L'intérêt du savoir expérimentiel n'est pas que les travailleur.euse.s pair.e.s deviennent des travailleur.euse.s sociaux mais de valoriser, leurs compétences, sur la création du lien et leurs expertises, sur le travail sexuel, en lien avec la santé.

Modèle association de santé communautaire :

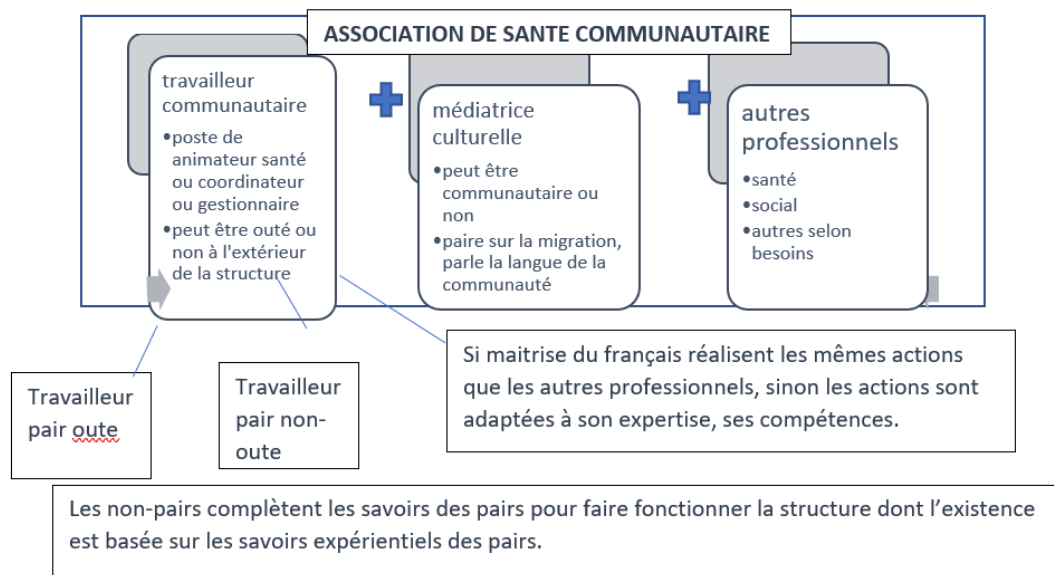


Schéma N°2 : articulation et place des pair.e.s au sein des associations de santé communautaires

Dans le dernier modèle, les personnes concerné.e.s n'ont plus besoin du savoir académique des non pair.e.s. Ielles décident de tout et sollicitent des compétences extérieures ponctuellement. Leurs savoirs expérimentiels sont couplés aux autres savoirs et ielles savent mieux que quiconque mener leurs activités notamment de plaidoyer. Les personnes concerné.e.s sont souvent militant.e.s et outé.e.s.

Modèle organisation dirigée par des travailleur.euse.s du sexe: « par et pour les TdS »- entretien N°9

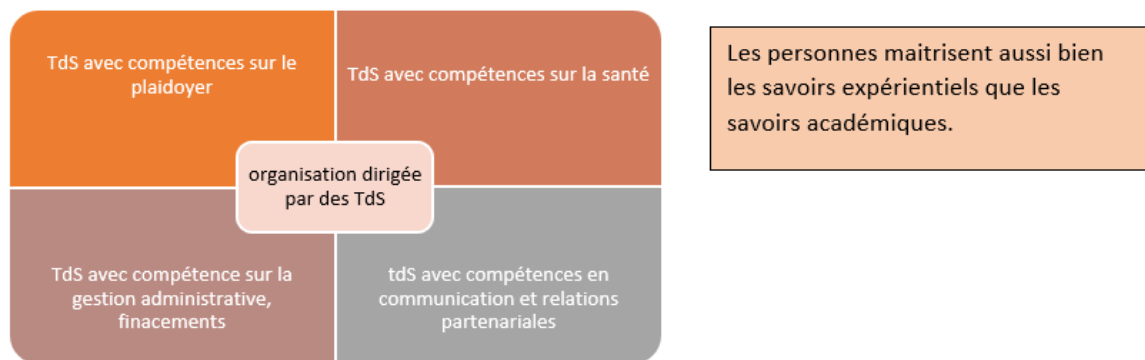


Schéma N°3 : décrit l'organisation au sein des organisation par et pour les TdS

3.1.1 « Tout à coup le niveau des pairs il faut qu'il soit au moins à ça ³⁴ »

L'analyse qui suit concerne uniquement les deux premiers modèles où la structure adapte son organisation de façon à inclure des travailleur.euse.s communautaires. Nous allons observer ce qui freine ou favorise, au niveau organisationnel, la mobilisation des savoirs expérimentiels lors des entretiens. Toutes les structures interrogées, ONG et associations faisaient état de difficultés quant à l'inclusion des pair.e.s et essayaient d'améliorer les choses. L'entretien N°1 est très détaillé sur cette question et aborde les problématiques rencontrées par la responsable de programme dans le contexte d'Asie du Sud-Est. Dans ce programme, il y a plus de 120 pair.e.s qui ne sont pas salarié.e.s (ielles reçoivent des incentives³⁵), la majorité ne parlent pas anglais et leurs rôles sont d'identifier des TdS et de les orienter vers la clinique de l'ONG où la plupart des autres membres de l'équipe sont médecins.³⁶ La responsable de programme réalise un travail pour faire évoluer les pair.e.s vers plus de participation, d'horizontalité, de protection. Plusieurs freins complexifient les choses, notamment la différence de statut entre les salariés et les pair.e.s qui sont volontaires ainsi que la « position sociale » des pair.e.s par rapport aux médecins, « c'est que les gens se sentent tout petit à côté et quelle légitimité ils ont, et en plus bah ils sont un peu déviants quand même. » (Entretien N°1) Nous retrouvons ici l'idée du rapport de hiérarchisation, lié au groupe social d'appartenance, renforcé culturellement dans le pays en question qui constitue un obstacle à l'horizontalité des rapports dans

³⁴ Selon les termes de la responsable projet « on est dans cette injonction avec le fond mondial, qu'on a cette putain de feuille qu'il faut remplir, cocher, machin, bah tout à coup le niveau des pairs il faut qu'il soit au moins à ça » (Entretien N°1- Responsable programme, ONG)

³⁵ Correspond à des incitations financières qui ne sont pas un salaire

³⁶ « On a beaucoup de médecin qui sont sur des postes de coordo, de manager, moi je leur dis mais on n'a pas besoin un médecin, mais le truc c'est que la réalité quand tu reçois les candidatures, bah t'as que ça en fait. » (Entretien N°1- Responsable programme, ONG)

l'équipe. Un autre frein est constaté par l'absence de reconnaissance des savoirs expérientiels, montrée ici par deux évènements. Le recrutement des pair.e.s avait plutôt favorisé l'embauche de connaissances (voisins, amis) des salariés, qui n'étaient pas forcément pair.e.s, au détriment des personnes concerné.e.s. Là encore le contexte l'explique « *la fiche de poste elle te demandait presque d'avoir un diplôme universitaire.* ». Le deuxième indice apparaît lorsque l'équipe réagit aux conditions des prochains recrutements qui vont cibler des pair.e.s : « *enfin en gros hein ce qu'ils nous ont dit mais vous allez faire baisser le niveau quoi enfin je veux dire on va être nul.* » (Entretien N°1- responsable de programme, ONG). Cette phrase fait écho avec l'article de Lochard qui décrit la difficulté de rendre « dignes » les savoirs liés à l'expérience. « *Dignifier l'expérience, c'est toujours un peu dignifier ceux qui n'ont que l'expérience à faire valoir* » (Lochard, 2007) Il y a donc un travail de déconstruction à réaliser avec les équipes en général pour requalifier les savoirs expérientiels, les personnes détenteur.ice.s de ces savoirs et favoriser l'inclusion des pair.e.s. Une autre difficulté réside dans le fait de devoir expliciter des concepts, ici les savoirs expérientiels ne sont pas usuels culturellement partout. L'appellation travailleur.euse pair.e n'est pas toujours connue, ni comprise. (Entretien N°2- responsable de programme, ONG). La responsable de programme, doit passer par des tiers pour traduire, interpréter des termes au départ, sans signification. L'idée étant que toutes les équipes s'acculturent, comprennent le sens, l'intérêt, finalement évoluent au fur et à mesure pour davantage d'inclusion. Nous voyons bien à travers cet exemple que tout est entremêlé et qu'il faut tenir compte du contexte. C'est pourquoi il y a une grande hétérogénéité. Les modèles types proposés sont des supports pour l'analyse. Chaque structure trouve ensuite son organisation selon son histoire de création et selon les personnes qui ont œuvré à définir ses valeurs et son identité. (Entretien N°9- coordinateur européen et TdS). De façon générale les rôles liés à l'organisation du travail dans les deux premiers modèles sont plutôt dédiés aux non pair.e.s. Ainsi alors qu'une structure analysait que l'absence de coordinatrice³⁷ rendait chaque personne responsable de l'organisation et constituait une « *charge mentale* » et que c'était « *hyper lourd* » (Entretien N°8 bis, travailleuse communautaire). Toutes les personnes interviewé.e.s ont insisté sur la nécessité de poser un cadre précis, discuté avec les personnes et les équipes pour permettre un niveau d'inclusion maximal. Car malgré la volonté des structures, toutes les personnes (en interne et en externe) ne sont pas au même niveau d'acceptation et de reconnaissance des savoirs expérientiels. Des représentations existent, des contraintes de temps, d'efficacité, de travail dans l'urgence³⁸ constituent des freins qui, s'ils ne sont pas travaillés en équipe

³⁷ La structure fonctionne sur un management horizontal

³⁸ Une des difficultés est la gestion des urgences de santé, sociales, juridiques qui tous les jours viennent perturber le cours normal des journées parce qu'il faut absolument ajouter des démarches pour untel ou untel

vont venir affecter les dynamiques de celles-ci. (Entretien N°4- responsable de programme, ONG), (Entretien N°6- intervenante communautaire, asso), N°1, N°7, (Entretien N°8 bis, travailleuse communautaire)

« C'est beaucoup plus complexe qu'on s'imagine et tout au début, j'étais très naïf en pensant **quelqu'un veut travailler, on a un boulot pour lui**, on le met au boulot, voilà tout le monde est content. Mais en fait c'est l'inverse parce que **tu l'enlèves cette personne de son seul communauté où il est reconnu**, il ne fait plus partie de cette communauté de la même manière. Déjà la journée il se balade avec une petite veste na, na, na, **il donne des conseils et le soir peut-être il a pas envie de suivre ce même conseil tu vois**. Et ça fait un énorme décalage. Il navigue en permanence. En plus ils ont un lien de pouvoir vers l'organisation qui donne des choses à sa communauté et en plus il a encore plus de ressource, d'argent que les autres donc franchement je l'ai mis dans tellement de difficultés en faisant ça, » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

Dans cette citation, où nous allons reprendre toutes les parties « mises en gras », le côté « *quelqu'un veut travailler, on a un boulot pour lui* » n'est pas si simple en effet. L'entretien N°1 avait déjà abordé le contenu des fiches de postes, la question de la langue, et compétences demandées (savoir écrire ou non). Les entretiens 7 et 8 abordent aussi la difficulté pour des personnes pair.e.s migrant.e.s de savoir se servir de certains outils comme les ordinateurs, logiciels et la nécessité d'avoir du temps et des collègues disponibles pour faciliter l'accès aux outils communs. Dans le premier modèle, il est attendu des pair.e.s qu'elles puissent travailler comme un.e autre salarié.e, ce qui induit le besoin de suivre des formations dans plusieurs domaines plus ou moins éloignés de leurs savoirs expérientiels et d'acquérir beaucoup de compétences. Un témoignage aborde les difficultés rencontrées lors de la prise de poste face aux réalités auxquelles la personne pair.e se retrouve confronté.e.

« Moi je voulais arrêter le travail, c'est très dur, moi je ne parle pas très bien français et les femmes ont besoin de contacter quelqu'un et toujours je ne parle pas bien français (...) moi je dis c'est très dur, et aussi je trouve les femmes pas très sympas et aussi les femmes elles rencontraient les clients, moi j'ai toujours écouté les histoires très tristes et moi je disais je peux pas être comme ça et tous les jours écouter ça et c'est très dur. » (Entretien N°14 travailleuse paire, ONG)

Dans le deuxième modèle, il y a moins d'attente sur le fait que les pair.e.s réalisent toutes les tâches. Mais des témoignages nous montrent que le fait de ne pas monter en compétences assigne les pair.e.s à des rôles où ils ne peuvent accompagner les personnes de façon globale. Elles doivent toujours faire un relais vers un.e collègue ce qui tend à les déconsidérer de la part des personnes accompagné.e.s, à créer un rapport de dépendance avec les collègues et peut diminuer leur estime d'eux même.

« Moi je ne sais pas faire des choses administratives, je sais faire plein d'autres trucs mais tout ce qui est administratif, je ne sais pas faire, et des fois ça, ça peut faire comme si tu sers à rien (..) parce que

qui a tel problème. Cette charge de travail, implique une gestion de la désorganisation pour faire face au plus urgent et reprioriser sans cesse les agendas et le temps dédié à chaque chose, puisque ce temps est contraint. Ce contexte de l'urgence joue en la défaveur de l'inclusions des travailleuses paires qui ont besoin de temps pour monter en compétences et pour la vie d'équipe.

quand y a un papier que tu sais pas faire en gros tu es nulle. » (Entretien N°7 bis- travailleuse communautaire, asso)

Nous voyons bien à travers des deux exemples qu'aucun modèle n'est idéal et en même temps que les deux fonctionnent. Il est néanmoins nécessaire d'y réfléchir afin de mesurer tous les enjeux et d'associer les personnes concernées et les équipes à la réflexion pour déterminer les places et rôles de chacun, ainsi que leurs articulations pour faire face aux demandes des personnes accompagnées.e.s.

Dans certaines situations, il arrive que les personnes TdS ne souhaitent pas s'adresser à la personne paire.e. Des contextes où le VIH est particulièrement stigmatisé, par exemple font qu'il est risqué de partager cette information, avec quelqu'un de la communauté des TdS³⁹ ou du groupe ethnique,⁴⁰ par peur de rupture de la confidentialité et des conséquences qui en découleraient. D'où l'intérêt des équipes mixtes, où le.la collègue non pair.e, va faciliter la reprise du lien de confiance vers le.la collègue pair.e, grâce au cadre de la structure, qui garantit la confidentialité.

« en fait au bout d'un moment, le fait aussi qu'on travaille elle et moi parce qu'elle ne voulait pas qu'on en parle à d'autres gens de l'équipe, c'est déjà dur d'en parler avec une personne mais que je lui dise qu'ici on a le secret partagé, que toutes les collègues savent que le VIH,(...) tous les professionnels de l'association, connaissent cette maladie, et savent que c'est difficile, que c'est stigmatisé, bon bah à force quand même finalement, elle est allée t'en parler et d'habitude, les filles seropo elles en parlent pas trop. » (Entretien N°7- infirmière, asso)

« Tu l'enlèves cette personne de son seul communauté où il est reconnu ». Ce sont les personnes pair.e.s qui parlent le mieux de ce sentiment d'être entre deux communautés. Considéré.e.s par les collègues salariés et partenaires comme faisant partie de la communauté des TdS et vu.e.s par la communauté des TdS comme faisant partie des professionnel.le.s de l'association :

« moi euh, ça allait pas, en fait moi je prends sur moi tout des deux côtés, (...) nous du coup notre place, notre poste c'est un peu euh, des fois on n'est pas bien du tout et des fois on a confiance ». (Entretien N°7 bis- travailleuse communautaire, asso)

Plusieurs entretiens ont mentionné que celui.celle qui devient pair souvent s'était démarqué des autres (avant d'être pair) dans le sens où ielle prenait une place singulière, d'entraide ou de posture dans les interactions. Ce qui renvoie au terme « reconnu » dans sa communauté. (Entretien N°14- travailleuse pair, ONG) Le risque étant qu'ielle perde ce statut une fois pair.e, puisque étant de l'autre côté. Ielle peut alors en gagner un autre en tant que professionnel.le comme ne pas y parvenir comme

³⁹ *« Une TdS qui est séropositive, si ça se sait elle est trépidant du monde du travail du sexe elle peut plus travailler ni en individuel ni en salon (...), elle est expulsée de n'importe quel endroit où elle vit ou en tant que individuelle en tout cas sur tous les forums internet des individuelles, les informations peuvent circuler ».* (Entretien N°2- responsable programme, ONG)

⁴⁰ *« Si une fille est malade, elle va se méfier de, elle va se méfier de beaucoup de monde même si elle me connaît, elle va se méfier, parce que tu sais quoi elle veut pas que tu le sache ça elle va même pas vouloir en parler ou faire quoi avec moi. »* (Entretien N° 7 bis- travailleuse communautaire, asso)

raconté dans l'entretien N°2. (entretien N°2- responsable de programme, ONG). « *Il donne des conseils et le soir peut-être il a pas envie de suivre ce même conseil* » aucun témoignage n'a abordé cette partie de cette façon. Les entretiens se sont axés sur le fait de pouvoir partager des sujets entre pair.e.s et TdS sans tabous. De fait cette question se pose aussi pour tous les acteur.ice.s de prévention, en dehors du fait d'être pair.e. Elle n'est donc pas spécifique. « *Ils ont un lien de pouvoir vers l'organisation qui donne des choses à sa communauté* ». Dans trois entretiens et donc dans trois structures et villes différentes est revenue la même problématique qui a sans doute aussi un lien avec le fait d'être entre deux communautés. Certain.e.s travailleur.euse.s communautaire.s sont toujours joignables (nuit et week-end compris) et sont contacté.e.s en permanence par leurs pair.e.s à qui elles ne peuvent pas dire non. Et là les structures se posent des questions entre imposer un cadre protecteur (couper son téléphone) ou laisser faire « *elles sont têtues* » (ne le coupent pas).

« *Les femmes bulgares elles attendaient une forme de solidarité tu vois, donc toi t'es avec ça, toi tu as cette place donc t'es bah, c'est projeté aides-nous et tu ne me peux pas me dire : non je ne t'appelle pas à dix heures du soir quoi tu vois* » (Entretien N°8- infirmière, asso).

Ce lien avec l'organisation vu et interprété par les personnes de la rue comme un lien de pouvoir, les classe hors de la communauté des TdS. Ce qui peut générer des sentiments de frustration et isoler les pair.e.s. « *Il a encore plus de ressource, d'argent que les autres*. Même si les TdS, en général, peuvent gagner plus que le montant d'un salaire en association, pour les personnes migrant.e.s travaillant dans la rue, le fait d'avoir un statut salarié est valorisé. Et pour tous et toutes les TdS où l'activité n'ouvre pas de droits sociaux et est stigmatisée, le fait d'avoir un poste salarié peut présenter des intérêts. (Entretien 11- travailleuse paire, asso)⁴¹. Enfin le poste ne requiert pas de diplôme. Dans le marché du travail les postes non diplômés, proposés aux personnes migrant.e.s, se limitent au ménage et au maraîchage et ne sont pas du tout attrayants. Ce statut de salarié au sein d'une association qui accompagne d'autres TdS, qui elles n'ont pas ce statut, peut aussi contribuer à isoler le.la travailleur.euse pair.e de sa communauté. Finalement cette citation nous montre qu'une structure qui souhaite recruter un.e personne pair.e, pour mieux accompagner les TdS de rue, migrant.e.s peut mettre cette personne en difficulté. La structure dans sa quête organisationnelle va devoir penser au

⁴¹ « *J'ai un statut de personne en CDI. Donc si je veux déménager et tout ce sera beaucoup plus facile d'avoir un appart. Mais bon oui ça va quand même me permettre au niveau de ma couverture parce que même si je suis aoutée, y a des gens à qui je ne le dis pas, ça me permettra d'avoir un statut auprès des gens que je ne connais pas « et toi tu fais quoi dans la vie » ? C'est beaucoup mieux que bah voilà je suis pute.* » (Entretien N°11- travailleuse paire, asso)

bien-être des trois groupes sociaux dont elle a la charge et vers qui elle doit axer ses actions de promotion de la santé : les salariés non pair.e.s, les travailleur.euse.s pair.e.s et les TdS de rue.

Deux personnes non pair.e.s mentionnent l'idée de risque que la structure fait prendre aux pairs. Dans l'entretien N°4, est mentionné un guide (International HIV/AIDS Alliance, 2015), qui comprend un « cercle de l'évaluation des risques » à mesurer avec les travailleur.euse.s pair.e.s dans le champ des addictions et qui est présenté en annexe N°7. Pour chaque risque nommé (lié à l'utilisation, l'achat de substances, le risque d'être arrêté etc., il y a des préconisations pour les prévenir et des conduites à tenir.) Lors des entretiens, des témoignages de travailleur.euse.s communautaires viennent appuyer au travers d'expériences vécues des situations qui les ont mis en difficulté.

« Alors je dis que nous ne sommes pas protégées, (...) elles ont mon numéro de téléphone, toutes les femmes, (...) Dans l'autre téléphone de ces femmes il y a le numéro de M. C'est qui M., ? la police connaissait pas, c'est qui M, la chef, oui c'est ça que m'a dit la police, je suis la chef » (Entretien N°8 bis, travailleuse communautaire).

Dans ce témoignage la travailleuse communautaire a été accusée de proxénétisme par la police, notamment parce que toutes les femmes TdS de la même communauté avaient son numéro de téléphone dans leurs téléphones.⁴² Lors de l'entretien et malgré le fait d'être à distance, nous pouvions ressentir les émotions suscitées par cette suspicion, le choc d'avoir été interpellée et l'incompréhension que son travail l'ait mise dans cette situation). Dans un autre témoignage sur le thème de l'outing, la personne a subi de la violence de la part de sa famille après la diffusion d'une émission où elle expliquait vivre avec le VIH et alors que sa famille l'ignorait. (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG). Une autre forme de risque se situe en interne, quant à la dynamique d'équipe. Ainsi, un témoignage de discriminations au sein d'une équipe mettant à mal les travailleur.euse.s communautaire.s qui ne se sentaient pas aussi important.e.s. que leurs collègues, parole coupée pendant les réunions, manque d'écoute et de considération a été relaté. Problématique qui a été prise en compte et a donné lieu à des prises de décisions qui ont amené un climat plus serein.

Enfin plusieurs situations de témoignages de violences qui ont mis à mal les personnes nous ont été rapportées. Les travailleur.euse.s communautaire.s sont souvent les premier.e.s à qui les choses sont racontées et quand les faits concernent leur communauté, les touchent particulièrement. Par exemple des histoires de violences de la part de client, de viols, de meurtres (Entretien 3- responsable de programme, ONG). Ou encore des récits relatifs à des situations de violence de la part du réseau surtout quand l'association apprend que la personne avec qui elles ont fait telle démarche il y a quelques jours est autrice de violences. « Tu reçois la fille la semaine d'après qui te dit ma madame

⁴² Les femmes TdS de rue, migrantes ont en général au moins deux téléphones

m'a tapé, m'a cassé la tête, ça fait mal » et elles savent qu'elles vont la recroiser « *Du coup tu vas faire comme si tout allait bien, en même temps tu penses quoi qu'est-ce qu'il va faire en fait à la fille, ça fait super mal quoi.* » (Entretien N°8 bis-travailleuse communautaire, asso). La responsabilité de la structure est alors (en dehors de proposer un soutien à type d'analyse de la pratique) de considérer toutes ces difficultés et de soutenir les personnes pour améliorer leurs conditions de travail et/ou pour les accompagner à évoluer professionnellement si à un moment donné ce poste ne leur correspond plus. Or le statut de travailleur.euse pair.e peut avoir un côté « enfermant ». « *En fait les pairs peuvent à un moment donné rester enfermées, paire travail du sexe finalement* ». (Entretien N°4- responsable de programme, ONG) - (Entretien 3- responsable de programme, ONG) . Ce statut enfermant est aussi décrit dans le champ de la santé mentale.⁴³

« Le moment que les peer worker sont bien intégrés, ils savent faire le boulot, ils savent l'organisation, deux trois ans plus tard, ils sont, they are stuck, y a rien après, ils sont toujours un peu très souvent quand même traités comme des cheap labour des, ils ont pas le même statut et surtout ils ont très souvent pas le background de faire l'étape suivante. Et si tu fais pas un énorme individual support sur ces individus, ils vont jamais aller dans un autre étape et donc c'est là où les conflits commencent de, conflits, les complexités commencent vraiment de grandir parce que à un moment donné c'est intenable. » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

Cette situation remet en perspective la responsabilité des structures vis-à-vis des personnes recruté.e.s. Dans un autre exemple, ce sont les partenaires qui refusent de coopérer avec les travailleur.euse.s pair.e.s de la même façon qu'avec les autres professionnels et les discriminent, traduisant là encore l'absence de reconnaissance de leurs savoirs et le racisme auquel sont exposé.e.s les TdS pair.e.s.

« Ça fait combien de temps que tu travailles à l'asso ? ça fait 14 ans, 14 ans, on a un partenariat avec le CeGGID un peu de toujours, deux fois par mois (...) si c'est moi qui y vais, ils vont dire, ils vont râler genre ah bah les médecins ne nous ont pas prévenus mais par contre si c'est [la médiatrice culturelle] qui le fait ils vont dire non non c'est pas écrit, genre c'est elle qui a tort quoi. Ça arrive pareil avec la police municipale pour le bus. On a une autorisation avec la mairie d'occupation de l'espace public avec le bus et ça fait plein de fois que la police vient et nous fait chier genre mais qu'est-ce que vous faites, qu'est-ce que vous faites là vous êtes mal garés du coup je sors le truc[l'attestation] ils font ah bah je savais pas c'est quoi comme association. Et [les deux médiatrices culturelles] ont fait ça ensemble une femme noire, une femme blanche avec un accent, ils ne les ont même pas laissées sortir le truc [l'attestation]. » (Entretien N°7- infirmière, asso)

L'article de Fassin, explicitant les discriminations et le racisme à l'encontre des personnes migrant.e.s, est clairement illustré ici.

⁴³ « Ce que L. Demailly appelle « l'émoussement du savoir expérientiel ». Sinon il faudrait supposer que le travail quotidien du MSP ne change en rien sa personne qui resterait enfermée voir aliénée dans le même rôle ; celui dont la vie n'aurait de sens que d'être un « toujours malade », un « toujours rétabli » ou un témoin de sa maladie.» (Bonnet, 2020)

Enfin existe le risque de hiérarchiser les avis des membres de l'équipe en considérant que les remarquent des pair.e.s auraient plus de poids. Ce sont les non pair.e.s qui ont abordé ce sujet en entretien. Une personne avait tendance à favoriser l'avis des pair.e.s, à leur donner raison et après un certain temps s'est dit qu'en fait si leur parole est importante, elle l'est au même titre qu'un autre membre de l'équipe. Ce qui remet de l'horizontalité et évite de mettre toute la responsabilité de la décision sur le.la pair.e. (Entretien 3- responsable de programme, ONG). Entretien N°4 et N°6.

« Moi je sais qu'au début on foutait trop la pression au pair sur le fait que ça dépendait d'elle (..) en fait je pense qu'il faut faire gaffe à pas foutre tout ça sur le dos de la travailleuse paire et que pour moi c'est quand même aussi une dynamique d'équipe » (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

D'autres exemples témoignent que les travailleuses communautaires ne peuvent pas tout, pour tout le monde, tout le temps.

« La personne, sur le fait qu'il ne faut pas qu'elle se prenne pour la TdS qui connaît tout à tout et que les autres l'entendent comme c'est elle qui sait et c'est elle qui va me former » (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

Elles ont aussi à travailler leurs représentations, à améliorer leurs niveaux de connaissances etc. (Entretien N°4- responsable de programme, ONG ; Entretien N°3- responsable programme, ONG ; Entretien N°6- intervenante communautaire, asso)

Finalement, la structure *« doit aussi pouvoir mettre un cadre qui correspond à ce que les personnes sont en capacité de donner »*. (Entretien N°4- responsable de programme, ONG) Ce qui signifie, au moment du recrutement d'être très clair sur les rôles et missions attendues les mettre en adéquation avec le profil qui sera recruté. Il s'agit aussi que le.la personne pair.e soit en mesure de comprendre les attendus du poste, les contraintes pour les accepter ou les refuser. Enfin en lien avec les pratiques des personnes concerné.e.s il est nécessaire d'imaginer que le.la personne puisse vouloir continuer à exercer le travail du sexe, consommer des substances psychoactives et de pouvoir en discuter avec ielle pour poser un cadre.⁴⁴ L'idée est aussi d'impliquer et d'informer l'équipe pour qu'il n'y ait pas d'incompréhension ou de sentiment d'être lésé chez d'autres collègues. (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG). Toute cette partie consacrée aux rôles de l'organisations des structures quant à la possibilité pour les pair.e.s de mobiliser leurs savoirs montre que des difficultés existent pour la structure, pour les pair.e.s et les non-pair.e.s. Ce n'est ni simple ni anodin de croiser des savoirs, de les articuler et de faire monter en compétences des personnes. Les difficultés

⁴⁴ *« Mais que s'adapter veut pas dire euh forcément quelque chose de différent et je pense qu'il faut faire gaffe à : est-ce que le classique est possible et correspond justement à la personne ? Si oui bah je pense qu'on a intérêt à le faire parce qu'il n'y a pas de raison de faire autrement et que par contre si la personne ou sa situation demande qu'on s'adapte bah ouais la structure doit pouvoir s'adapter pour moi. »* (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

structurelles d'adaptation d'un poste à un profil se retrouvent de la même façon que le.la personne soit pair.e ou non. Les questions de formation, d'évolution de carrière aussi et ne sont donc pas spécifiques aux pair.e.s. Néanmoins, une vigilance supplémentaire s'applique sur la spécificité des postes des travailleur.euse.s pair.e.s qui vont les isoler de leur communauté d'appartenance et les placer dans un entre-deux pouvant être inconfortable. Comment concilier un statut de professionnel avec différents savoirs, expertises, compétences qui les distingue du groupe social des TdS de rue, migrant.e.s et en même temps devoir continuer à porter l'étiquette stigmatisante de ceux qui ont l'expérience vécue du travail sexuel de rue. Le poste leur demande de monter en compétences sur tous les autres savoirs, expertises, compétences, mais paradoxalement leur dit qu'elles n'ont pas besoin de ces autres savoirs puisque c'est sur leur reconnaissance des savoirs expérientiels qu'elles sont recrutées. Pour contrebalancer un peu, parmi les travailleur.euse.s communautaire.s migrante.s interviewé.e.s, trois sont salariées depuis plus de dix ans dans des associations de santé communautaires et s'y trouvent bien mais elles ne sont pas outées comme paires TdS, seulement sur le côté paires migrantes. Par choix pour les protéger, les structures n'outent pas les personnes qui ne le souhaitent pas. Et certain.e.s personnes interviewé.e.s ne le souhaitent pas du tout.

3.2 « On est là parce qu'on s'est prostituées non non, non »⁴⁵ et la nécessité du plaidoyer
Le plaidoyer est par essence, l'activité centrale et constitutive des associations de santé communautaires et des ONG alliées. Tout le travail de terrain sert à nourrir le plaidoyer. Celui vise à rapporter les obstacles à l'accès aux soins et aux droits mais aussi à dénoncer les conséquences délétères des lois sur la santé et la sécurité des TdS. Si tout le monde est d'accord pour dire qu'il ne faut pas parler à la place des personnes concerné.e.s le stigma, puissant, empêche les personnes de témoigner « *même quand on arrive à garantir l'anonymat, ça reste difficile* ». (Entretien 3- responsable de programme, ONG)

Au sein d'une association qui ne demande pas aux pairs de s'outier, une médiatrice culturelle témoigne « *Au nigéria y a beaucoup de femmes TdS donc forcément[ça sous entend] la médiatrice nigériane elle est TdS, si c'est comme ça non je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de gens qui vont vouloir [travailler ici]. Moi en tous cas je me casse quoi, on est là parce qu'on s'est prostituées non non, non.* » (Entretien N°8 bis- travailleuse communautaire asso)

Deux postures se détachent quant à favoriser la participation des personnes concerné.e.s sur les postes de plaidoyer. Les structures qui n'outent pas les personnes qui ne le souhaitent pas et qui se présentent

⁴⁵ « *C'est pas possible il ne faut pas étiqueter médiatrice nigériane, parce qu'au Nigéria y a beaucoup de femmes TdS donc forcément la médiatrice nigériane elle est TdS, si c'est comme ça non je pense pas qu'il y a beaucoup de gens qui vont vouloir, moi en tous cas je me casse quoi, on est là parce qu'on s'est prostituées non non, non.* » (Entretien N°8 bis- travailleuse communautaire asso)

comme une structure travaillant avec des personnes concerné.e.s et non concerné.e.s. Personne de l'extérieur ne sait qui est pair.e. Et la personne qui s'exprime parle au nom du groupe. (Entretien N°8 bis- travailleuse communautaire, asso). Ou alors le fait de poser en condition insubstituable que la personne pair.e soit recruté.e dans l'optique notamment du plaidoyer et implique qu'elle puisse s'outier. (Entretien N°4- responsable de programme, ONG).⁴⁶

« Je peux parler en tant que personne concernée parce qu'au final c'est ça le plus important. Je suis outée, je peux parler à visage découvert en réunion devant plein de gens ça ne me dérange pas ». (Entretien 11- travailleuse paire, asso).

En termes de contenu du plaidoyer, les savoirs expérientiels des personnes, sont sollicités pour témoigner des situations et des stratégies d'adaptation trouvées. Ainsi ont été réalisés, auprès des TdS de rue, des entretiens enregistrés et analysés, des enquêtes, des vidéos. Régulièrement les journalistes sollicitent les personnes concerné.e.s lors de leurs interviews. Tout un travail de fond est réalisé par les équipes de terrain pour recueillir les témoignages du plus grand nombre de personnes, représentatifs des diversités de situations rencontrées dans le travail du sexe. Pour autant, les personnes qui vont prendre la parole dans les médias sont souvent les mêmes. *« Ça ne sert peut-être à rien que plein de personnes prennent un risque qu'une personne est prête à prendre en quelque sorte »* (Entretien 3- responsable de programme, ONG). Et les communautés discriminées sont moins représentées dans la prise de parole directe. Plusieurs leviers sont repérés à partir des entretiens pour permettre aux savoirs expérientiels d'être mobilisés. Il faut des compétences spécifiques pour *« organiser sa pensée »*, parler, diffuser un plaidoyer et *« pouvoir s'exprimer en fonction des interlocuteurs qu'on a »*. (Entretien 3- responsable de programme, ONG). Ce qui fait le lien avec l'article de Demailly et Garnoussi vu supra *« L'activité de pensée est essentielle. »* D'autre part, il paraît essentiel de former les acteur.ice.s au plaidoyer. Là encore les groupes sociaux, codes de gens aguerris font qu'il peut être difficile pour un.e travailleur.euse pair.e de se sentir *« avec egal voice et qui sait comment naviguer, comment ça marche, qui sait parler en public. It's a totally different game »*. (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

La question de la langue pour les personnes migrant.e.s allophones n'est pas anodine non plus : faut-il demander un interprète et ainsi leur permettre de s'exprimer plus facilement et montrer qu'elles maîtrisent le sujet car finalement parler en français avec un accent et un vocabulaire moins précis

⁴⁶ *« Quand on a recruté on était très clair sur le fait que pour nous ça constituait un levier fort de pouvoir dire que écoutez moi en tant que personne concernée pour le plaidoyer, donc ça a été discuté dans l'entretien et je pense que ça donnait aux personnes les moyens de refuser si elles ne voulaient pas être là-dedans ce qui a été le cas il me semble et puis d'autres qui ont assumé quoi. »* (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

peuvent à l'inverse induire une représentation négative qui va délégitimer le contenu du message et mettre à mal la personne. « *Il y a une traduction et elle paraît plus professionnelle je pense pour elle c'est ce qu'elle ressent et puis en fait la réalité c'est que je pense que les gens ressentent vraiment ça* ». (Entretien 3- responsable de programme, ONG). De plus en plus les savoirs expérientiels sont sollicités lors d'élaboration de rapports dans le cadre de recherches. Il est alors nécessaire que les travailleur.euse.s pair.e.s participent à toutes les étapes de construction du document, de la méthodologie, construction des grilles entretiens, conduite et analyse des entretiens, rédaction des supports et diffusion. De fait, elles vont, en participant, modifier la façon dont seront réalisés ces documents. (Entretien N°9- coordinateur européen et TdS) Un exemple assez marquant est la vidéo de l'association Cabiria sur le recours au traitement post-exposition en cas de rupture de préservatif⁴⁷ réalisée avec des personnes nigérianes TdS de rue. Le scénario, les termes utilisés, les dessins, les images, indiquent que ce sont des TdS nigérianes qui l'ont créé. C'est un outil particulièrement efficace qui a été construit à partir des savoirs expérientiels. L'International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE) édite régulièrement des rapports. Tous sont co-construits avec des personnes concerné.e.s par le travail du sexe. Depuis 2019 une volonté est faite de faire participer davantage des personnes TdS migrant.e.s, trans, etc. (Entretien N°9- coordinateur européen et TdS). Exemple de rapport publié : « Des victimes indignes : un rapport communautaire sur les travailleur-ses du sexe migrant-es victimes de crimes en Europe. Octobre 2020 ». ⁴⁸ Dans ce rapport, ICRSE aborde le plaidoyer pour alerter sur les confusions faites autour de la notion de la traite des êtres humains et de l'exploitation. Les savoirs expérientiels des personnes ayant eu un parcours migratoire via des réseaux de migration (et quelques fois d'exploitation) sont recherchés pour mieux décrypter les réalités et produire un discours plus réaliste des situations où la voix des personnes « victimes » est valorisée. De même le réseau European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers)⁴⁹ (TAMPEP) travaille avec des personnes concerné.e.s sur la réalisation d'outils de prévention à destination des TdS de rue, migrant.e.s. De façon logique, ce sont les TdS qui « *savent et qui décident* » et le plaidoyer doit être construit à partir de leurs savoirs expérientiels. Mais quelques fois

⁴⁷Page web : Que faire en cas de rupture de préservatif ? (Pidgin/Fr) - consulté le 29/08/2021 à l'adresse : <https://www.cabiria.asso.fr/rupture-de-preservatif>

⁴⁸Page web : « "Undeserving victims?" ICRSE launch community report on access to justice for migrant sex workers » Consultée le 29/08/2021 à l'adresse : <https://www.sexworkereurope.org/news/news-region/undeserving-victims-icrse-launch-community-report-access-justice-migrant-sex> - Traduction: "Victimes imméritées ?" L'ICRSE lance un rapport communautaire sur l'accès à la justice pour les travailleurs du sexe migrants.

⁴⁹ Traduction : Réseau européen pour la prévention du VIH / IST et la promotion de la santé parmi les travailleur.euse.s du sexe migrant.e.s

il arrive que des groupes de TdS se positionnent sur des avis qui ne font pas consensus. Et qui vont à l'encontre du plaidoyer général visant la défense des droits du plus grand nombre. (Entretien N°9- coordinateur européen et TdS). Dans l'exemple ci-dessous, les deux groupes ont des raisons, justifiées par leur vécu, qui s'opposent. Les risques pris par les TdS en Afrique sont réels et pour autant, on ne peut pas interdire le travail du sexe aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) car dans d'autres contextes, cela ne représente pas un risque de transmission.

A la question : « *selon vous quels droits pour les PVVIH ? et pas mal de répondantes d'association d'Afrique, en particulier. Bah nous on pense que les TdS qui vivent avec le VIH elles devraient pas avoir le droit de travailler parce que c'est trop risqué pour nous, parce qu'on n'a pas accès aux préservatifs, on n'a pas accès aux soins de santé et si une TdS a le VIH et continue de faire des clients sans préservatif demain c'est nous qui avons le VIH. (...) y a quand même des définitions de droits humains ou de principes de droits humains dans lesquels on dit oui mais on représente tous les TdS et tous les TdS ont le droit de travailler, euh y compris celles qui ont le VIH.* » (Entretien N°9- coordinateur européen et TdS)

Pour mobiliser les savoirs expérientiels il apparait donc important de pouvoir les replacer dans les contextes dans lesquels ils sont extraits et aux regards des différents plaidoyers menés, en comprenant les enjeux. Un autre élément est la motivation. Lors des entretiens, une des questions posées aux travailleur.euse.s pair.e.s, a été créé à partir de l'article de O. Gross qui a décrit trois types de patients experts : « engagés dans la quête d'information de santé, engagés dans l'autosupport ou impliqués au niveau politique ». Une seule travailleuse paire, a nommé le plaidoyer. Toutes les personnes paires migrantes se sont plutôt identifiées aux deux premiers types. Comme le montre le témoignage de Nyein qui expliquait qu'elle avait réussi à sensibiliser puis accompagner un TdS de rue vers la clinique où finalement il a été dépisté VIH positif et a pu bénéficier du traitement gratuitement. Elle exprimait être « *very proud of herself for saving the life of one sex worker and she was very satisfied for her work.* » (Entretien N°13- Travailleuse paire, ONG).⁵⁰ Cette citation fait écho avec la théorie des « passions conatives » (orientées vers l'action, amélioration de l'accès aux soins, accompagnement des pairs) » (Hejoaka et al., 2020). Enfin le.la travailleur.euse pair.e qui a aussi l'expérience de la migration et de plein d'autres sujets peut vouloir construire son propre plaidoyer sur les sujets qui la touchent. Ainsi lors d'un entretien une personne paire a beaucoup insisté sur les messages qu'elle faisait passer aux personnes sur la nécessité d'apprendre le français pour accéder à un travail autre que le ménage, qui renvoie une image dévalorisante des personnes noires et donc de sa communauté.

« *Mais par contre la priorité il faut que tu parles la langue quoi. (..) les noirs associés au ménage quoi on est pas que là pour faire du ménage, (...) on dévalorise pas le ménage mais par contre pas que les noirs quoi. (...) ça me donne la rage en fait* ». (Entretien N°8 bis- travailleuse communautaire, asso)

⁵⁰ Traduction : elle était très fière d'elle-même pour avoir sauvé la vie d'un travailleur du sexe et qu'elle était très satisfaite de son travail.

Plus largement les travailleur.euse.s pair.e.s vont faire bénéficier aux personnes TdS migrant.e.s qu'ils accompagnent de tous leurs savoirs expérientiels sur l'intégration en France. (Entretien 8 ter et N°8 bis, travailleuses communautaires). Ce qui nous permet de faire le lien avec l'article sur le savoir procédural soit l'acquisition de savoirs pratiques pour « savoir comment faire » de Caron-Flinterman, Broerse et Bunders cité par (Hejoaka et al., 2020). De fait il est possible qu'à un moment donné les travailleur.euse.s communautaire.s prennent leurs distances. En raisonnant par elles-mêmes, elles peuvent aller jusqu'à critiquer le positionnement, les priorités décidées par la structure. Les pair.e.s qui sont monté.e.s en compétences, ont compris comment ça marchait et peuvent s'imposer dans les débats.

« Non là maintenant on a une identité nous-même c'est pas notre priorité ce que tu nous met devant nous et en fait votre infectiologie juste c'est super mais euh c'est pas notre problème quoi nous notre problème c'est qu'on a le stigma le fait qu'ils sont dans le prison et tout ça... » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG)

Et là encore plusieurs possibilités existent, des travailleur.euse.s communautaire.s vont vouloir s'engager davantage et peut-être en créant leurs propres actions, structures dans le champ du travail du sexe ou à l'inverse dans d'autres champs hors travail du sexe. Certain.e.s, ne se sentant plus légitimes car ne pratiquant plus le travail du sexe depuis longtemps peuvent se sentir déconnecté.e.s des réalités différentes relatées par les nouvelles TdS. Avoir moins de commun.

« En plus, s'il y avait des personnes pour lesquelles c'était plutôt un choix et qui l'avaient bien vécue, alors qu'elle, c'est pas forcément une très bonne expérience pour elle (le travail du sexe) donc c'est aussi faut faire avec ça. » (Entretien 3- responsable de programme, ONG)

Finalement c'est comme si travailler sur des postes de plaidoyer va demander à faire évoluer les personnes dans leur cheminement par rapport au travail du sexe et leur demande de se positionner (aller plus loin ou quitter). Car porter un plaidoyer dans lequel on ne se reconnaît plus ou pas signifie prendre tout ce qui va avec : l'étiquette travail du sexe et donc le stigma. Etiquette valorisée, dans la théorie du renversement positif du stigma, selon Gross, où le savoir expérientiel permet de lutter et de modifier les représentations des partenaires par exemple. Mais quelques fois lourde à porter pour les personnes.

« Je me souviens de rendez-vous où quand t'as la prise de conscience de bah oui elle est TdS mais ce qu'elle dit ce n'est pas con, (...) tu vois à l'hôpital, au CeGGID, tu vois les flics, quand ils se rendent compte en fait le fait de parler à une TdS et que bah ouais en gros elle n'est pas complètement débile et euh donc ça, ça joue vachement. » (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

3.3 « Tu vois ces compétences-là, tu les as ? non bah l'autre elle les a »⁵¹ : actions croisées sur les déterminants sociaux de la santé.

Les structures étudiées revendiquent leur côté paritaire (même s'il n'y a pas toujours autant de personnes concerné.e.s que de non concerné.e.s), comme un outil de croisement des savoirs qui va permettre un meilleur accompagnement des personnes. Et finalement les entretiens montrent que c'est sans doute cette complémentarité qui permet le mieux de travailler sur les déterminants de la santé des TdS de rue, migrant.e.s. puisqu'en plus de la spécificité des pair.e.s ce croisement apporte une dimension supplémentaire en termes de richesses, support, relais, diversité, connaissance, etc.

« Après moi pour être sur le terrain, quand je suis avec une personne euh, médiatrice c'est mille fois plus intéressant hein, y a quelque chose qui se crée, qui ne se crée pas du tout si je pars en tournée avec J. par exemple, (...), ça rompt pas la glace de la même façon. » (Entretien N°8 – infirmière, asso)

Deux infirmières d'associations de santé communautaires témoignent :

« Par exemple [la travailleuse paire] elle va me dire : « les femmes elles n'osent pas te dire qu'elle a eu tel problème » ou y a plusieurs femmes qui m'ont parlé du même problème donc un peu aussi j'ai l'impression que le diagnostic des soucis qui sont plus rencontrés, c'est plus [la personne paire] qui le fait et [une autre collègue paire] avec les personnes bulgares et du coup moi je chercher un peu ou je me dis ah ça fait plein de fois que vous me parlez de ça et du coup est-ce qu'on fait un atelier sur la pose de capote. » (Entretien N°7- infirmière, asso)

Le témoignage illustre comment l'infirmière a besoin des expertises et remontées d'information de ses deux collègues paires pour mieux planifier ses actions qui vont être ensuite co-réalisées.

Moi elles m'apportent aussi beaucoup sur la connaissance du pays, sur comment on migre de ce pays-là, comment, les problématiques qu'on rencontre, voilà c'est quoi être dans un appartement avec ses compatriotes avec la peur de... parce que ça, quand on l'a pas vécu on peut un peu l'imaginer mais c'est impossible de comprendre vraiment euh, c'est normal enfin surtout qu'il y a toute une vie quoi, (...) elles m'aident aussi beaucoup à entrer en contact avec certaines personnes, elles m'aident à repérer des choses que je ne repère pas toujours, elles m'aident aussi des fois à déculpabiliser de me dire bah vas-y tu peux lui dire. Tu sais des fois on a un peu ce petit complexe euh, du blanc-là qui n'ose pas trop dire les choses donc tu vois elles m'aident aussi à être plus directe. » (Entretien N°8 – infirmière, asso)

« Enfin voilà qu'est-ce qui est bien dans l'équipe en fait c'est tellement chouette là en fait parce on est comme une famille en fait, du coup ça c'est la chance qu'on a, (...) et là c'est ça en fait c'est vraiment une confiance et on t'encourage, c'est bien, c'est bien, c'est bien de..., tous on fait des erreurs, ok tu demandes de l'aide et tu t'améliores et puis les collègues ils sont super chouette pour ça quoi. » (Entretien N°8 bis-travailleuse communautaire, asso)

Les intérêts sont nombreux, des apports complémentaires en termes de savoirs, savoir être, savoir-faire et compétences. Les personnes accompagné.e.s peuvent se sentir plus à l'aise avec certaines

⁵¹ Selon les termes de la responsable projet « Tu vois ces compétences-là tu les as ? non bah l'autre elle les a, alors elle n'a pas d'autre compétence on est d'accord, mais c'est un équilibre justement et puis on va apprendre les uns des autres et puis ...et c'est ça la collaboration » (Entretien N°1 – responsable programme, ONG)

personnes que d'autres et du côté des professionnels, cela permet aussi de porter les charges émotionnelles lors de situations complexes. (Entretien 3- responsable de programme, ONG). Les savoirs expérientiels vont se croiser avec les autres types de savoir des pair.e.s et des autres membres de l'équipe. Des compétences vont se développer de part et d'autre et permettre une complémentarité facilitant la réalisation de l'objet social de l'association. Sur cette question chaque terrain fait face à des problématiques différentes de santé, selon son contexte. Les violences, le VIH, les infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, les douches vaginales,⁵² constituent des thématiques parmi d'autres pour lesquelles les savoirs expérientiels des travailleur.euse.s communautaire.s doivent être mobilisés. Mais la stigmatisation, la criminalisation de l'activité, les environnements d'exercice et les conditions de vie constituent les déterminants qui vont le plus influencer la santé globale des personnes.

« C'est le fait de potentiellement d'avoir des problèmes d'hébergement, potentiellement d'avoir des problèmes de santé mentale, de souffrance psychique quoi, de violence, de manque d'argent, de précarité, d'impacts et de politiques migratoires et lié à la prostitution qui fait que tout ça nuit à ta santé et ça fait beaucoup pour les TdS en fait. » (Entretien N°4- responsable de programme, ONG)

Sans être complètement exhaustif, nous avons recensé en grande partie les déterminants sociaux de la santé des TdS de rue, migrant.e.s. Ils sont détaillés en annexe N°2. Ils montrent, de par leur nombre et leur diversité, l'étendue du champ d'action des équipes, qui travaillent au sein des associations et des ONG auprès des TdS de rue.

Différents exemples, cités à travers les témoignages, montrent que les actions réalisées ciblent ces déterminants. Que ce soit à travers des actions qui permettent un accès à de l'information, un accès effectif aux services de santé ou encore lors d'actions de plaidoyer qui visent par exemple à lutter contre la stigmatisation.

3.4 Vouloir changer le monde

Grâce à leurs savoirs issus de l'expérience, à leur connaissance du vécu de faire partie d'un groupe social stigmatisé et discriminé, les travailleur.euse.s pair.e.s sont les personnes les mieux placée.s pour vouloir changer leur environnement, voire « le monde ». Ce dernier paragraphe vient illustrer plusieurs concepts vus dans la première partie. La théorie de Olivia Gross où elle énonce que les types de savoirs

⁵² « J'ai une idée fixe, c'est lutter contre les douches vaginales (...) ici, les tout le monde, toutes les femmes TdS ou pas, sont persuadées que les douches vaginales c'est super important et efficaces contre les pregnancy là, les euh, les grossesses, contre les IST, le VIH, même le forum des TdS qui est donc cette espèce de plateforme regroupant plusieurs militantes TdS (...), même elles en fait, elles véhiculent les douches vaginales aux antiseptiques. » (Entretien N°2- responsable programme, ONG)

permettent finalement « d'acquérir du pouvoir sur sa vie, sur les autres et le monde ». Ainsi que les « *éclairages uniques* » que leur « participation apporte » (Gross & Gagnayre, 2017 : 4). Mais aussi le fameux « savoir y faire avec la domination » de Demailly et le « dirty care » de Elsa Dorlin. Et enfin la dimension collective des savoirs lorsqu'ils sont partagés entre pairs reprise par plusieurs auteurs dont T. Borkman. . Il s'agit ici de viser un changement social pour plus d'équité, de respect des droits, un accès effectif à la santé pour tous et la décriminalisation du travail sexuel. Deux stratégies cohabitent ; les actions dirigées en interne qui visent l'amélioration de la situation du groupe social des TdS par les TdS elleux-mêmes : il s'agit de solutions travaillées en groupe en non mixité, de type auto-support. L'auto-organisation en non-mixité va permettre de partager les savoirs entre personnes concerné.e.s et de créer de l'alliance pour répondre aux besoins des personnes dans le groupe. Cela participe non pas à changer le monde mais à se créer un monde où l'on peut se sentir bien, non jugé.e, sécurisant et protecteur. « *Des endroits un peu safe (...) où tu peux être toi entière et complète* » (Entretien N°6-intervenante communautaire, asso). Ainsi des « gouters putes » sont régulièrement organisés par des associations, en non-mixité.

« Moi dans mes projets euh, d'asso ce serait vraiment de créer une liste de médecins safe avec leur accord, et une black list aussi quoi. Aussi parce que j'ai déjà eu des problèmes avec une doctoresse que je suis allée voir en urgence » (Entretien N°11- Travailleuse paire, asso)

La constitution de listes de médecins bienveillants (et de listes noires) ou encore la mise en place de groupe d'auto-support pour agir lors des situations de violence vécues dans le cadre du travail sexuel constituent d'autres exemples. « *Si une personne s'est faite agressée ou quoi, ou si ça va pas bah, (...) y a toujours quelqu'un qui va te répondre et qui va essayer de trouver une solution pour euh venir ou pour te téléphoner* ». (Entretien N°11- Travailleuse paire, asso).

L'autre stratégie concerne les actions extériorisées visant le changement de l'environnement et se trouve illustrée dans l'expression « *former nos partenaires* » (Entretien N°11- Travailleuse paire, asso) où une travailleuse paire témoigne de postures jugeantes, de la part de structures médicales et souhaite s'impliquer dans des actions de formation à destination de ceux-ci. Le but serait d'améliorer l'accès aux soins de TdS qui souhaiteraient ou auraient besoin de s'outer. Beaucoup de structures sont engagées dans ces actions de formation et de sensibilisation qui aident à déconstruire les représentations et le stigma, mais lorsque les personnes concerné.e.s sont associé.e.s, l'impact est plus important.

Un dernier exemple, à type d'innovation, proposé lors d'un entretien, serait la possibilité pour les TdS, de pouvoir se faire dépister facilement via une procédure simplifiée leur garantissant un accès facilité et sans jugement. La travailleuse paire explique que des TdS qui ont besoin de faire des dépistages

régulièrement ne savent plus où aller. Le fait d'avoir à répondre, à chaque fois, aux mêmes questions des professionnels de santé, qui peuvent avoir des attitudes jugeantes et victimisantes les découragent d'aller se faire dépister. Ainsi elle souhaiterait que l'association puisse réaliser les entretiens de counseling pré-test, qu'un médecin du centre de santé délivre l'ordonnance, juste sur sollicitation de l'association et que le.la personne TdS puisse aller dans un labo réaliser ses auto-tests et prise de sang.

« Quand tu dis [cite le nom de l'association] et ben on ne te pose pas de questions par rapport à tes pratiques, on te donne direct une ordonnance pour aller au labo faire les tests. » (Entretien N°11-Travailleuse paire, asso)

Cet exemple illustre à la fois les concepts de vérité et de sagesse de T. Borkman où la personne sait exactement comment prendre soin de sa santé et détermine les conditions dans lesquelles elle se sent respectée pour le faire. Mais aussi le « caractère subversif » qui permet de questionner les pratiques, les organisations, (Demailly & Garnoussi, 2015 : 19). Enfin, il peut aussi renvoyer à la deuxième stratégie face au stigma, où l'auteur expliquait que certain.e.s TdS n'internalisent pas le stigma et se posent en tant que professionnel.le.s revendiquant une expertise et une posture éthique . (Comte, 2010 : 12)

4 CONCLUSION : REPONDRE A LA PROBLEMATIQUE ET ENONCES DES RECOMMANDATIONS

Il nous faut maintenant tenter de répondre aux hypothèses et à la problématique posées. **Comment la mobilisation des savoirs expérientiels participe à la réduction des inégalités sociales de santé de personnes précaires et stigmatisé.e.s** : L'exemple de l'accompagnement des travailleuses du sexe de rue, migrant.e.s au sein des associations de santé communautaire.

Cet écrit permet de valider les deux hypothèses mais en y apportant des nuances et en mettant en lumière aussi des paradoxes. Ce travail a permis d'éclaircir les spécificités des apports des travailleur.euse.s communautaire.s dans le cadre spécifique du travail du sexe. Il est primordial que leurs compétences soient reconnues par l'ensemble des acteurs (collègues, partenaires, financeurs) pour que la mobilisation de leurs savoirs expérientiels soit effective.

Dans la première hypothèse, l'organisation structurelle porte une responsabilité quant à l'ensemble des personnes qu'elle accompagne. Aussi bien les membres de l'équipe salariée pair.e.s ou non, les bénévoles pair.es ou non, que les TdS de rue, migrant.e.s. Car c'est le croisement des savoirs qui va le mieux permettre d'influencer les déterminants de la santé et donc viser la réduction des inégalités sociales de santé des TdS de rue, migrant.e.s.

Une attention particulière doit toutefois être accordée à l'accompagnement des travailleur.euse.s pair.e.s qui sont toujours vu.e.s comme appartenant à deux groupes sociaux distincts et quelques fois

ont l'impression de n'appartenir à aucun des deux. Le risque pour elleux, de se sentir isolé.e.s doit faire partie des points de vigilance de l'équipe. Un des constats est le risque d'enfermement dans un statut de pair, TdS difficile à porter lorsque les personnes ont quitté l'activité, ont une vie de famille ou aspirent à évoluer professionnellement.

De même, lorsque la personne est intéressé.e, à mobiliser davantage, les autres sources de savoirs, que celles liées à son expérience, alors l'adéquation entre son profil et les tâches et rôle qui lui sont confiés, n'est plus là. Se pose alors la question de possibilités d'évolutions pour les travailleur.euse.s pair.e.s vers d'autres postes.

La piste explorée par une ONG à Paris et par une association de santé communautaire de donner aux travailleuses paires le statut de médiatrice en santé paraît intéressante dans le sens où elle donne une reconnaissance statutaire qui permettrait à la personne de postuler ailleurs, dans un autre domaine que le travail du sexe, pour continuer en tant que professionnel.le, dans la médiation en santé. (Profession reconnue aujourd'hui par la Haute Autorité en Santé (HAS)).(Haute Autorité de Santé, 2017). Cependant, elle paraît aussi dommageable au statut de pair en soi, qui, lui, est peu reconnu et sous-entendrait qu'il n'est pas pérenne ou viable à long terme.

L'autre piste qui a été choisie par les premières associations de santé communautaires a été de donner une appellation neutre aux personnes⁵³ qui permet de ne pas divulguer leur statut de pair.e et plus de dix ans après leur recrutement, les personnes travaillent toujours au sein de ces associations.

Dans la deuxième hypothèse, le travail de plaidoyer constitue un levier de mobilisation des savoirs expérientiels qui va permettre d'améliorer les environnements des personnes (conditions de vie et d'exercice), de lutter contre la stigmatisation et de requalifier la parole des personnes concerné.e.s. Nous avons pu démontrer le rôle essentiel des savoirs expérientiels, pour l'élaboration des plaidoyers, ainsi que la place majeure qui doit être donnée aux personnes concerné.e.s, via la participation. Une place qui doit se trouver à toutes les étapes du processus.

Organisé ainsi, le plaidoyer représente un réel outil qui peut influencer les déterminants sociaux de la santé. Mais là encore des nuances sont nécessaires. Il existe un paradoxe entre les structures qui ont besoin de faire entendre la parole des personnes concerné.e.s et leurs savoirs expérientiels et le désir, majoritaire, de ceux-ci de ne pas être aouté.e.s du fait du stigma. Comment faire avec ces deux injonctions ?

⁵³ Tous les salariés de l'association ont un intitulé de poste identique parmi les appellations : médiatrice culturelle, animatrice de prévention, de chargées de projet que les personnes soient paires ou non. Rien de ne les distinguent les unes des autres.

Beaucoup de structures s'interrogent sur ces questions et le fait de devoir « protéger ses pairs ». Deux stratégies co-existent, lorsque la structure est paritaire, quelqu'un peut porter le discours de celle-ci sans s'outier ou alors une personne accepte de porter le plaidoyer en tant que personne concerné.e et est recruté.e et formé.e dans ce sens. Dans cette deuxième situation la place des personnes migrant.e.s et des femmes est moins représentée et est d'autant plus recherchée.

Les entretiens apportent un éclairage intéressant et à plus long terme sur cette question. D'abord la place du stigma, énorme qui vient freiner la possibilité pour les personnes de s'engager dans le plaidoyer. Par voie de conséquence, le rôle des organisations, des structures, des non concernés doit se situer là, dans la lutte contre la stigmatisation et dans le fait de créer des alliances avec les TdS. Enfin apparaît la nécessité, à un moment donné que des personnes de la communauté s'exposent et témoignent à visage découvert parce que « *c'est une vraie personne, ça change totalement la perspective des gens* » (Entretien N°5, responsable thématique pair-aidance, ONG).

Là encore les structures et les non pairs ont un rôle pour accompagner ces prises de paroles et ces personnes. Mais en ayant conscience qu'un jour, les personnes concerné.e.s, qui ont pris tous les risques, qui sont monté.e.s en compétences, n'ont plus besoin des non pairs et vont porter une voix qui ne sera plus celle de la structure, mais la leur.

Finalement tout ce travail montre que les savoirs expérientiels participent du processus de construction de la personne. Cette personne chemine, évolue dans un parcours professionnel et de vie. Le contexte professionnel auquel la personne va se retrouver confrontée, va affecter aussi bien la personne que ses savoirs. Il s'agit donc pour la structure, qui est allée chercher cette personne, de proposer un cadre éthique permettant la mobilisation des savoirs expérientiels dans le but de réaliser son objet social mais aussi de garantir à la personne de pouvoir se réaliser personnellement et professionnellement (formation, développement des compétences) dans le respect de ce qu'elle accepte de faire et de le porter dans le cadre du plaidoyer.

Ainsi il pourrait être pertinent de développer des pôles ressources comme la Plateforme pour la promotion et le développement du travail pair Région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA°)⁵⁴ mais dans le champ du travail sexuel afin de mieux accompagner les personnes paires et les structures en tenant compte de leurs contextes, plus spécifiques.

⁵⁴ (Schweitzer, 2020) Initialement financée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), cette plateforme l'est actuellement par l'Agence régionale de santé (ARS), la Direction régionale et départementale jeunesse et sport cohésion sociale (DRDJSCS), la Métro grenobloise et le Grand Lyon.

Cela permettrait aussi de documenter davantage les réalités auxquelles sont confrontées les personnes et les structures.

Pour terminer, nous proposons quelques recommandations.

ENNONCES DES RECOMMANDATIONS

Travailler une organisation structurelle qui va favoriser l'expression des savoirs expérientiels pour agir sur les déterminants de la santé des TdS migrant.e.s de rue

1. Accorder de l'importance au recrutement, contours du poste, rôle et tâches à définir pour déterminer le profil recherché. Proposer un cadre précis et discuté en équipe.
2. Prendre le temps en équipe pour que l'équipe monte en compétence ensemble, reconnaisse les expertises et apports de chacun. Travailler les représentations.
3. Accompagner la personne dans son parcours professionnel et lui proposer des évolutions possibles (Pas une « lifelong position »)
4. Développer les plateformes comme celle de la région AURA qui permettent d'accompagner les structures et les pairs TdS. Visibiliser et documenter les difficultés. Constituer des savoirs expérientiels de la pair-aidance
5. Constituer un plaidoyer auprès de la HAS pour que la pair-aidance soit reconnue et définie comme une profession.

Développer un plaidoyer enrichi des savoirs expérientiels pour agir sur les déterminants de la santé des TdS migrant.e.s de rue

6. Déterminer et accompagner les compétences spécifiques liées au rôle de plaidoyer et de leadership des travailleuses communautaires TdS (puisque portant la voix et représentant la communauté)
7. Développer la place des pairs TdS migrant.e.s, dans la recherche universitaire qui permettrait de visibiliser les apports des savoirs expérientiels et compétences des personnes concerné.e.s.
8. Faire du plaidoyer auprès des financeurs pour favoriser les financements des postes de travailleur.euse.s communautaire.s dans le champ du travail du sexe.
9. Documenter sur la criminalisation et la stigmatisation du travail du sexe comme déterminants majeurs affectant la santé des TdS en général et particulièrement des TdS de rue
10. Favoriser la participation des TdS de rue, migrant.e.s aux travaux menés par TAMPEP et ICRSE et favoriser la diffusion des ouvrages

5 BIBLIOGRAPHIE

Andreo, C., Bernard, O., & Bolo, P. (2013). *Histoires et principes de la Réduction des Risques. Entre santé publique et changement social* (Médecins du Monde).

ATD Quart Monde. (s. d.). *Promouvoir la participation des plus pauvres Le Croisement des savoirs et des pratiques*®. ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde. Consulté 14 avril 2021, à l'adresse <https://www.atd-quartmonde.fr/nos-actions/action-pour-laces-a-la-parole/le-croisement-des-savoirs-et-des-pratiques-3/>

Aubin, C., Jourdain-Menninger, D., & Emmanuelli, J. (2012). *rapport IGAS : Prostitutions : Les enjeux sanitaires*.

Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.-S., & Moreau, D. (2015). « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique. *Sciences sociales et sante, Vol. 33(3)*, 5-14.

Blog ma lumière rouge. (2018, mars). « Depuis la pénalisation des clients, on n'arrive plus à imposer la capote ». *Libération*. https://www.liberation.fr/debats/2018/03/03/depuis-la-penalisation-des-clients-on-n-arrive-plus-a-imposer-la-capote_1633814/

Boisvert, R. (2013). Réduction des inégalités sociales de santé : Dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés. *Nouvelles pratiques sociales, 26(1)*, 197-214. <https://doi.org/10.7202/1024988ar>

Bonnet, C. (2020). Professionnalisation des pairs aidants : Une impasse ? *Pratiques en sante mentale, 66e année(3)*, 26-39.

Calvès, A.-E. (2009). « Empowerment » : Généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde, n° 200(4)*, 735-749.

- Comte, J. (2010a). Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Deviance et Societe*, Vol. 34(3), 425-446.
- Comte, J. (2010b). Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Deviance et Societe*, Vol. 34(3), 425-446.
- David, M. (2014). *penser le fait prostitutionnel : Enjeux moraux et politiques de la question sanitaire dans le traitement sociétal d'une activité stigmatisée*. [Thèse de doctorat de sociologie].
- Définod 714701, L., & Foutre 713832, N. von. (2015). Le quartier rouge de la ville rose. *Z : Revue itinérante de enquête et de critique sociale*, N° 9(1), 112-117.
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail*, 5, Article 5. <https://doi.org/10.4000/nrt.1952>
- Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, N° 75-76(1), 37-46.
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Année 2015 : Empowerment, participation, activation... Des concepts aux pratiques d'intervention sociale*, 1. <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers-n-1/18-le-savoir-faire-des-mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale-entre-experience-technique-et-style>
- Farge, A. (1979). A. Corbin, Les Filles de Noce : Misère sexuelle et prostitution aux XIXe et XXe siècles. *Annales de Démographie Historique*, 1979(1), 467-469.
- Fassin, D. (2021). *La santé des migrants : Notes pour une généalogie*. 455, 5.
- Fédérations des Acteurs de la Solidarité FAS. (s. d.). Projet de loi de finances 2019 : L'accompagnement des personnes en situation de prostitution, toujours pas une priorité. *Fédération des acteurs de la solidarité*. Consulté 10 août 2021, à l'adresse

<https://www.federationsolidarite.org/actualites/projet-de-loi-de-finances-2019-laccompagnement-des-personnes-en-situation-de-prostitution-toujours-pas-une-priorite/>

Fleury, C., & Tourette-Turgis, C. (2018). Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la Chaire de philosophie à l'Hôpital. *Le sujet dans la cite, Actuels N° 7(1)*, 183-196.

France 3. (2019). *Toulouse : L'arrêté anti-prostitution élargi après les nombreuses plaintes de riverains du quartier des Minimes*. France 3 Occitanie. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/haute-garonne/toulouse/toulouse-arrete-anti-prostitution-elastic-apres-nombreuses-plaintes-riverains-du-quartier-minimes-1742263.html>

Franjou, M.-H., Théry, G., Scelles, Y., & Quidet, C. (2021). *La situation de la prostitution en France : Analyse des associations de terrain sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 et recommandations pour une phase II*.

Gautier, C. (2011). La domination en sociologie n'est-elle qu'une fiction ? *Actuel Marx, n° 49(1)*, 32-45.

Gil, F. (2008). La prostituée, une invention sociale. *Societes, n° 99(1)*, 21-32.

Gonzalez, O. L. (2018). L'imbrication classe et sexe à l'œuvre : Parcours identitaires et migratoires chez les personnes trans MtF latino-américaines. *Genre, sexualité & société, 20*, Article 20. <https://doi.org/10.4000/gss.5230>

Gonzalez-Quijano, L. (2015). Lilian Mathieu, La fin du tapin. Sociologie de la croisade pour l'abolition de la prostitution. Éditions François Bourin, Paris, 2014, 280 pages. *Travail, genre et societes, n° 34(2)*, 207-209.

Gross, O. (2020). Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : Enjeux pour leur formation initiale et continue. *Rhizome, N° 75-76(1)*, 164-173.

- Gross, O., & Gagnayre, R. (2017). Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : Implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie*, n° 201(4), 71-82.
- Guillemaut, F. (2006). Victimes de trafic ou actrices d'un processus migratoire ? *Terrains travaux*, n° 10(1), 157-176.
- Guillemaut, F. (2008). Femmes africaines, migration et travail du sexe. *Sociétés*, 99(1), 91-106.
Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soc.099.0091>
- Guillemaut, F. (2009). Prostitution et immigration. *Vacarme*, N° 46(1), 40-41.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES*.
- Hejoaka, F., Simon, E., Halloy, A., & Arborio, S. (2020). Définir les savoirs expérientiels en santé : Une revue de la littérature en sciences humaines et sociales. *Questions de communication. Série actes*, 40, 49.
- IGAS. (2019). *Evaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées*.
- International HIV/AIDS Alliance,. (2015). *Good practice guide for employing people who use drugs*.
- IREPS, B. (2015). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé, dossier technique N°7*.
- Le Bail, H., & Giametta, C. (2018). *Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel »*.
- Lemerle, P. (2020, décembre 16). L'espoir d'une politique moins répressive pour les travailleuses du sexe. *Rue89Lyon*. <https://www.rue89lyon.fr/2020/12/16/prostitution-a-lyon-vers-la-fin-des-arretes-municipaux-anti-camionnettes/>

- Lochard, Y. (2007). L'avènement des « savoirs expérientiels ». *La Revue de l'Ires*, n° 55(3), 79-95.
- Loretti, A. (2021). *La Fabrique des Inégalités Sociales de Santé : Enquête sur la prise en charge des malades atteints du cancer* (PRESSES de l'EHESP).
- Mathieu, L. (2003). Prostituées et féministes en 1975 et 2002 : L'impossible reconduction d'une alliance. *Travail, genre et sociétés*, N° 10(2), 31-48.
- Mathieu, L. (2013). *la fin du tapin. Sociologie de la croisade pour l'abolition de la prostitution* (les Editions Nouvelles François Bourin).
- Mathieu, L. (2016). Le mouvement abolitionniste français dans l'après-guerre. *Deviance et Societe*, Vol. 40(1), 79-100.
- Mauger, G. (2009). Sens pratique et conditions sociales de possibilité de la pensée « pensante ». *Cites*, n° 38(2), 61-77.
- Décret no 2017-281 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique, (2017).
- Mondada, L., & Oloff, F. (2015). « Hetero oder homo ? » La performance d'un coming out hétérosexuel à la radio. *Langage et societe*, n° 152(2), 17-40.
- Niard, C., & Franck, N. (2020). *APPORTS DE LA PAIR-AIDANCE AUX DISPOSITIFS DE SANTÉ MENTALE EN FRANCE Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ?* 03, 50 à 57.
- OMS. (1986). *Charte d'OTTAWA, PROMOTION DE LA SANTE*.
- OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé Genève*.
- Plumauzille, C., & Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmaté ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypotheses*, 17(1), 215-228.

- Prochaska, B. (1998). Language and Enjoyment—Heidegger and Eliot. In A.-T. Tymieniecka (Éd.), *Enjoyment : From Laughter to Delight in Philosophy, Literature, the Fine Arts, and Aesthetics* (p. 237-245). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-1425-9_18
- Réseau Mondial des Projets sur le Travail Sexuel. (2018). *L'impact des lois visant à mettre fin à la demande de sexe rémunéré sur les travailleuses du sexe—DOCUMENT DE POLITIQUE GÉNÉRALE*.
- Rodier, C. (2014). Le business de la migration. *Plein droit*, n° 101(2), 3-6.
- Schweitzer, L. (2020a). « On est des (ex-) quelque chose »... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, N° 75-76(1), 56-66.
- Schweitzer, L. (2020b). « On est des (ex-) quelque chose »... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, N° 75-76(1), 56-66.
- Sourisse, M. (2007). Saint augustin et le problème du mal : La polémique anti-manichéenne. *Imaginaire Inconscient*, n° 19(1), 109-124.
- Taïbi, N. (2007). Du corps des personnes prostituées. *Sens-Dessous*, 1(1), 30-42. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sdes.001.0030>
- Troisoeufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : Quelles figures de la pair-aidance en santé ? *Rhizome*, N° 75-76(1), 27-36.
- UNAIDS. (2019). *COMMUNITIES make the difference Wold AIDS Day*.
- Zeitler, A., & Barbier, J.-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche et formation*, 70, 107-118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1885>

6 LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Tableau reprenant épisodes migratoires par région des années 70 à 2000	Page 77
ANNEXE 2	Tableau des déterminants sociaux de santé des TdS de rue, migrant.e.s	Page 78
ANNEXE 3	Grille entretien auprès des structures	Page 81
ANNEXE 4	Grille entretien auprès des travailleur.euse.s pair.e.s	Pages 87
ANNEXE 5	Explicitation des notions de sagesse et de vérité selon T. Borkman	Page 93
ANNEXE 6	Encart sur le parcours de sortie instauré par la loi du 13 avril 2016	Page 94
ANNEXE 7	Risk assement circle	Page 96
ANNEXE 7	Synthèse de l'enquête sur les conséquences de la loi anti-prostitution réalisée par Médecins du Monde et les associations de santé communautaires	Page 97

ANNEXE 1 : tableau reprenant épisodes migratoires par région des années 70 à 2000

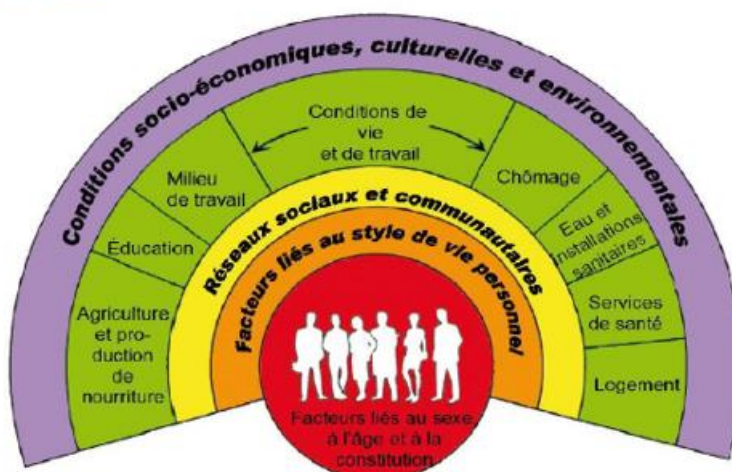
EPISODES MIGRATOIRES			
avant 1990 (1)	années fin 90 (1)	années 2000 (1)	années 70 à 90 (2)
RÉGIONS AYANT DES LIENS AVEC LE PAYS DE DESTINATION Maghreb, Cameroun	PAYS DE L'EST EUROPEEN Albanie, Roumanie, Bulgarie, etc	AFRIQUE SUB- SAHARIENNE Nigéria	LES PERSONNES TRANSGENRES LATIO- AMÉRICAINES Pérou, Equateur, Bolivie, etc
Prostitution libre, obtention de visa. Réussissent à être vite régularisées. Liens familiaux en France (fondent une famille ou font venir leurs enfants)	Contrat avec passeurs, dette . Volonté de s'émanciper société patriarcale. Pas de projet d'installation définitif en France. Liens possibles d'amitié avec leurs proxénètes	Dettes de passage élevées. Exposées à des violences pendant le trajet. La prostitution est implicite au départ, mais ne connaissent pas les conditions d'exercice du TDS. Souhaitent partir en europe. Obstacles à la régularisation, plus ou moins d'adhésion à l'usage d'un rituel vaudou	Rassemblent de l'argent ou empruntent à des inter- -médiaires issus de la communauté. Non accès au marché du travail, barrière linguistique, discrimination, émancipation/ Rigidité rôles de genre au pays
(1) TIRÉ DE LA THÈSE DE MARION DAVID, PAGES 360 À 366.			
(2) TIRÉ DES ARTICLES DE F. GUILLEMAUT ET GONZALES			

ANNEXE 2- tableau des déterminants sociaux de santé des TdS de rue, migrant.e.s

Pour nous intéresser aux déterminants de la santé des personnes migrant.e.s travailleuses du sexe de rue, nous avons choisi un des modèles théoriques, celui proposé par Dahlgren et Whitehead. Selon ces auteurs, « les ISS sont le résultat d'interactions entre différents déterminants de la santé » (IREPS, 2015) décrits ci-dessous.

Catégorisation des déterminants de la santé

(DAHLGREN & WHITEHEAD, « Policies & Strategies to promote social equity in health ». Institute of Future Studies, Stockholm : 1991)



Facteurs liés au sexe, à l'âge et à la constitution

- Le genre : femme, les personnes transgenres sont plus facilement discriminées.
- Le statut de personnes migrant.e.s et le parcours migratoire
- Personnes qui peuvent arriver mineures
- Pays d'origine (Afrique Sub-Saharienne, Europe de l'Est, Amérique du Sud) de forte endémie (VIH, TB, hépatites)
- TdS vieillissantes (part en augmentation dans les files actives des associations)

• le niveau « **Facteurs liés au style de vie des individus** » recouvre les comportements et les styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité ;

- Possible consommation de substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, (faible prévalence chez les personnes migrant.e.s)
- Comportements alimentaires : coût des aliments venant de l'extérieur supérieur, plus difficiles à trouver. Prix plus bas de la junk food. Ne savent pas cuisiner les aliments donnés par les associations caritatives
- Comportement spiritualité : participation aux rituels religieux, offices, chants, cérémonies
- Comportement activité physique : peu développé

• le niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs ;

- Isolement du fait de la distance avec la famille
- Stigmatisation liée à l'activité,
- Isolement lié à l'activité
- Contrôle social de la communauté possible
- Pas toujours de soutien mutuel
- Barrière de la langue
- Illettrisme
- Clandestinité
- Isolement lié à une précarité du statut administratif en lien avec le droit au séjour (Situation irrégulière)
- Peur d'être aouté

• le niveau « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » se rapporte à l'accès au travail, aux services et aux équipements essentiels : l'eau, l'habitat, les services de santé, la nourriture, l'éducation, mais aussi les conditions de travail ;

- Scolarisation variable, certain.e.s ne savent ni lire, ni écrire, d'autres ont des cursus universitaires dans leur pays. La plupart n'ont pas terminé le secondaire
- Niveau de littératie en santé hétérogène
- Conditions de travail : rue, climat, position debout, pollution, hygiène limitée : pas accès à l'eau, stigma, jugement social, exposition au regard des autres, stress, nuit
- Conditions de travail : Risque contamination IST, VIH, violence, Santé sexuelle (grossesses, IST, IVG, ...), trouble sommeil, troubles anxieux
- Environnement : Endroit où elles travaillent sont isolés, peu passants, peu éclairés,
- Environnement : contexte politique qui influe sur les conditions de travail, fluctuation des prix, client qui prennent le risque d'être pénalisés et imposent leurs exigences, doivent négocier avec le client
- Condition de travail : activité cachée et invisible sur internet, pas de contact avec les associations ni accès au matériel de RdR si internet
- Conditions de travail : risque de violence car sont identifié.e.s comme ayant de l'argent liquide sur elles, vulnérables si migrant.e.s, (méconnaissance de

la langue du pays d'accueil et de leurs droits) et pouvant avoir peur de la police.

- Conditions de travail : Tensions intra-communautaires, inexpérience du travail du sexe pour les nouvelles, mise en concurrence par les clients, forte mobilité, diversité des formes de travail du sexe,
- Difficulté consensus sur la définition du travail du sexe, une partie des personnes ne se reconnaissent pas TdS « étiquette stigmatisante »
- Conditions de vie si exploitation, trafic, contrainte : violence psychologique et/ou physique
- Violence policière, stationnent là où elles travaillent, les prennent en photos, viennent en civil les contrôler, risque selon leur statut du droit au séjour, stress,
- Inégalités de revenus
- Inégalités de conditions de vie et d'accès à un logement décent : habitat indigne, insalubre, à plusieurs, pas contrat de bail protecteur, peuvent être mises à la porte du logement, condition d'accès au logement difficiles, pas toujours d'intimité, d'espace à soi, logement contre services sexuels
- Tensions avec les riverains : plaintes, menaces, insultes
- Malveillance des passants : insultes, jets de projectiles, prises en photo,
- Jugement de certains professionnels de santé envers les TdS migrant.e.s
- Accès interprétariat difficile
- Accès aux soins et aux droits : barrières nombreuses : langue, méconnaissance des droits et du système de santé, complexités administratives, Rupture de droits et de soin, Réforme AME et CSS défavorables aux personnes migrant.e.s, hiérarchisation des besoins
- Barrière numérique
- Illettrisme

● le niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail, ont une incidence sur toutes les autres strates.

- Cadre juridique spécifique au travail du sexe qui stigmatise et éloigne les personnes du soin et des droits, renforce la stigmatisation. Exemple : Loi de pénalisation des clients
- Législation droit au séjour défavorable aux personnes migrant.e.s
- Peur de la police qui n'est pas perçue comme protectrice.
- Méfiance envers les « blancs » et les institutions assimilés à la police
- Méconnaissance du cadre juridique, pensent que le travail du sexe en France est interdit
- Législation qui encadre le travail du sexe : Loi « parcours de sortie de prostitution » qui renforce le stigma des personnes qui n'arrêtent pas l'activité
- Municipalités qui prennent des arrêtés anti-prostitution dans les rues connues où il y a du travail de rue
- Loi sur le proxénétisme de soutien

ANNEXE 3 - Grille entretien auprès des structures

Problématique : Dans quelles mesures les savoirs expérientiels participent à la réduction des inégalités de santé de personnes précaire.s et stigmatisé.e.s : L'exemple de l'accompagnement des travailleur.euse.s du sexe de rues migrant.e.s au sein des associations de santé communautaires.

Ma présentation :

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de master 2 en prévention et promotion de la santé à l'EHESP. La thématique du mémoire porte sur la spécificité des savoirs expérientiels des travailleur.euse.s pair.e.s et l'impact de leurs actions sur l'amélioration de la santé des TDS de rue accompagnée par l'association ? Les liens entre l'accompagnement réalisé par le.la travailleur.euse pair.e grâce à sa posture, ses savoirs tirés de l'expérience et l'amélioration de la santé des TDS de rue.

L'entretien portera sur 4 thématiques

- La première relative à l'organisation de la structure quant à la place et rôle des travailleur.euse.s pair.e.s
- La deuxième portera sur la perception et la reconnaissance des savoirs expérientiels
- La troisième concerne la santé des TDS de rue migrant.e.s et les actions spécifiques en lien avec la santé
- La quatrième concerne la participation communautaire/ empowerment /stigma

Je vous informe également que l'entretien est anonyme. Dans un souci de retranscription fidèle de vos propos, je souhaiterais enregistrer l'échange si cela ne vous dérange pas.

Quelques éléments de contexte :

- Pouvez-vous me raconter en quelques mots votre intitulé de poste et vos missions
- Pouvez-vous me décrire la composition de l'équipe
- Pouvez-vous me décrire comment est venue la décision de recruter un.e travailleur.euse pair.e?
-pour quelles raisons ?

Thématique 1 : l'organisation de la structure quant à la place et rôle des travailleur.euse.s pair.e.s

- ROLES ET MISSIONS
 - Pouvez-vous me raconter comment avez-vous préparé l'arrivée des travailleur.euse.s pair.e.s au sein de votre structure ?
 - Comment avez-vous préparé l'entretien d'embauche
 - Avez-vous rédigé une fiche de poste détaillée concernant ses missions ?
 - Pour vous est-ce que les pairs agissent plutôt sur le côté prévention (diffusion de savoirs) / le côté aider les autres/ le côté plaider ? les 3 ?
 - Qui définit leur rôle ? est-ce fonction des besoins de la structure ?
 - Est-ce fonction des appétences du pair ?
 - A quel point le poste peut-il être adapté pour le pair ? (Volume horaire, horaires, types de tâches, maîtrise du français, de l'outil informatique, etc...)
- EQUIPE
 - Pouvez-vous me raconter comment se passe la vie d'équipe entre les travailleur.euse.s pair.e.s et non pairs ?
 - Comment se prennent les décisions
 - Quel est le niveau de co-construction entre tous les membres ?
 - Comment l'information circule-t-elle ?
 - Avez-vous eu besoin d'aménager/adapter des choses pour favoriser l'intégration des travailleur.euse.s communautaire.s ?
 - Pouvez-vous me décrire comment se situe la complémentarité dans votre équipe ?
 - -A quel niveau
 - -comment cette complémentarité se vérifie ?
 - -Quel rôle jouez-vous pour faciliter les choses ?
 - Pouvez-vous me décrire quels regards posent les partenaires extérieurs sur le fait de travailler en partenariat avec un.e travailleur.euse pair.e?
 - -le.la travailleur.euse pair.e est-il reconnu en dehors par les autres professionnels ?
- FORMATION
 - Pouvez-vous me parler de la formation des membres de votre équipe ?
 - -quelles formations sont proposés aux travailleur.euse.s pair.e.s ?
 - -comment accompagnez-vous les personnes pour monter en compétences sur les sujets phares du programme : santé, prévention, RdR, ...
 - -a quel point selon vous les pairs doivent maîtriser les questions de santé, sociales, juridiques ?
 - comment accompagnez-vous les personnes pour monter en compétences sur les postures à avoir dans l'équipe : non jugement, accueil bas seuil, RdR,...
 - -Quelles sont leurs demandes de formation ?

Thématique 2 : la perception et la reconnaissance des savoirs expérientiels

- SPECIFICITE
 - Pouvez-vous me raconter pour vous c'est quoi un.e travailleur.euse pair.e?
 - -qu'est-ce qu'il permet/ apporte ?
 - -quel est sa force ?
 - -est-ce que pour vous cela reste un peu flou comme métier ou avez-vous réfléchi aux contours de son poste ?
 - -Pensez-vous que le fait que le.la personne pair.e ait exercé le TDS a un impact sur le lien créé avec les personnes ?

- -Pouvez-vous me donner des exemples que vous avez observé de choses qu'elle a pu réaliser, obtenir parce qu'elle est paire ?
- POSTURE
 - Pouvez-vous me parler de l'accompagnement proposé aux travailleur.euse.s pair.e.s pour développer sa posture de pair-aidant ?
 - comment l'accompagner dans son savoir être ?
 - comment l'accompagner dans son savoir-faire ?
- SAVOIRS
 - Pouvez-vous me décrire quels sont les types de savoirs acquis par les pairs ?
 - -comment se fabrique le savoir expérientiel selon vous ?
 - -Comment passer de l'expérience au savoir ?
 - -l'expérience ne suffit pas à être pair, il faut qu'elle serve à trouver des solutions pour les autres : avez-vous des exemples ?
- LIMITES :
 - Pouvez-vous me donner des exemples où les personnes accompagné.e.s sont allé.e.s s'adresser aux autres membres de l'équipe, non pairs ?
 - Y a-t-il des situations où le fait d'être accompagné par un pair insécurise les personnes ?
 - Y a-t-il des personnes qui « rejettent » les travailleur.euse.s pair.e.s? si oui pour quelles raisons ? dans quelles situations ?

Thématique 3 : la santé des TDS de rue migrant.e.s et vos actions spécifiques en lien avec la santé

- DETERMINANTS DE LA SANTE
 - D'après vous, pouvez-vous me décrire les problématiques de santé principales rencontrées par les TDS de rue migrant.e.s ?
 - La santé est-elle une demande fréquente des personnes ?
 - -quelles sont leurs demandes prioritaires ?
 - Quels sont leurs besoins ?
 - Quelle est leur situation en termes de précarité ?

Pouvez-vous me décrire leur contexte de travail et de vie ?

- -contexte du travail de rue
- -logement
- -ressources
- -conditions de vie
- liens social
- loisirs

Pouvez-vous me parler des femmes migrant.e.s, que savez-vous de leurs profils ?

- Age
- Sexe
- Origine
- Niveau d'éducation

- ACTIONS SUR LA SANTE

- -Pouvez-vous me décrire les actions que la structure en place sur la santé ?
- -En quoi l'accompagnement proposé peut permettre d'améliorer leur santé ?
- -quelle est la plus-value en tant que travailleur.euse.s pair.e.s que les questions de santé ?

- -Pouvez-vous me raconter quelle est la plus-value des travailleur.euse.s pair.e.s dans l'accès aux soins des personnes précaires et stigmatisé.e.s ?
- -Pouvez-vous me raconter en quoi les personnes accèdent moins facilement aux soins du fait qu'elles sont migrant.e.s et TDS ?
- -Pensez-vous qu'il leur ait plus facile de parler de leurs difficultés aux personnes pairs plutôt qu'à des collègues non pairs sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits ?
- -discrimination, racisme
- -Jugement des professionnels du fait de l'activité

- Pensez-vous que l'expérience des pairs est un plus notamment dans l'approche de RdR ou pas forcément ?
- la RdR requiert -t-elle un savoir expérientiel ?

- Pouvez-vous me dire si les travailleur.euse.s pair.e.s ont une plus-value sur les questions autour de la santé mentale ?
- Comment protégez -vous les pairs lorsque des situations les mettent en difficulté (santé mentale, violence, ...)

Thématique 4 : la participation communautaire/ empowerment/stigma

- PASSER DU « JE » AU « NOUS »
 - Pouvez-vous me raconter comment est perçu par la communauté le fait d'avoir des travailleur.euse.s pair.e.s au sein de l'équipe salariée ?
 - -qu'est-ce que les personnes vous disent ?
 - -Pensez-vous que de par sa présence d'autres personnes de la communauté se sentent encourager à participer (donner leur avis, bénévolat, autre)
 - est-ce que cela favorise la participation ?

 - PARTICIPATION ET CO-CONSTRUCTION
 - Pouvez-vous me décrire comment les autres personnes de la communauté sont encouragé.e.s à participer (donner leur avis, bénévolat, autre)
 - Proposer vous des actions en co-construction avec les personnes ?
 - Sur quelles actions peuvent-elles donner leur avis ?
 - A quel moment peuvent-elles s'impliquer ?
 - Quel niveau de co-construction : élaboration/ mise en place/ evaluation / décision
- Pouvez-vous me donner des exemples qui montrent que vous prenez en compte la situation des personnes pour faciliter leur participation
- Niveau de littéracie en santé

- Traduction
- Outils accessibles et compréhensibles
- Centre d'intérêt des personnes

Pouvez-vous me dire comment vous motivez les personnes à participer ?

- Accueil particulier
- Garde des enfants
- Remboursement transport
- Incentives
- Sujet qui les intéresse

Pouvez-vous me raconter comment favoriser vous la participation de toutes les communautés ?

- Y a t- il des communautés qui viennent plus que d'autre ?
- Que mettez-vous en place pour les autres communautés ?

Pensez-vous que toutes les personnes TDS migrant.e.s de rue ont le sentiment d'appartenir à une même communauté ?

- selon vous qu'est- ce qui crée du commun entre les travailleur.euse.s pair.e.s et les personnes accompagné.e.s ?
- -comment le.s travailleur.s pair.s est/sont-il.s perçu par les différentes communautés
- -selon vous peut-il représenter les communautés ?
- -lui demande -on de représenter la communauté des TDS pour des actions de plaidoyer ?

Pouvez-vous me raconter comment les travailleur.euse.s pair.e.s utilise son expérience personnelle pour qu'elle suivre servir au groupe des personnes concerné.e.s ?

- -quelles sont les conditions pour que cela fonctionne
- Comment travaillez-vous ça avec lui

- EMPOWERMENT

Pouvez-vous me parler de votre façon de faire sur le programme pour redonner du pouvoir d'agir aux personnes que vous accompagnez ?

- -le fait d'avoir des travailleur.euse.s pair.e.s favorise-t-il l'empowerment des personnes ? (identification, ne plus se sentir seul dans la situation, reprise confiance en soi...)
- -comment favorise-t-il le pouvoir d'agir des personnes ?
- -quelles activités développez-vous pour renforcer l'estime de soi des personnes ?

- STIGMA

Pouvez-vous me raconter comment la structure gère la possibilité de s'aouter ou non pour les travailleur.euse.s pair.e.s?

- Comment protéger vous les travailleur.euse.s pair.e.s de l'équipe sur cette question ?
- Comment gérez-vous les interviews où est donnée la parole des personnes concerné.e.s

Pouvez-vous me dire à quel point le stigma lié à l'activité a des conséquences sur la vie des TDS accompagné.e.s. ?

- Comment cela se traduit-il dans leur vie de tous les jours
- Comment cela se traduit-il avec les professionnels de santé ?
- Comment accompagnez-vous les personnes sur cette question ?
- Pensez-vous que le fait que vous occupiez un poste de salarié aide à diminuer le stigma ?
- -Comment travailler vous la question du stigma avec les personnes ? votre statut peut-il permettre aux personnes de lutter contre leur sentiment d'auto-stigmatisation ?

Comment prenez-vous en compte les sources potentielles de stigma ?

- DISCRIMINATION

Pouvez-vous me dire comment vous garantissez un accueil inconditionnel, non jugeant entre toutes les communautés qui se côtoient ?

- Comment prenez-vous en compte les sources potentielles de discrimination ?
- A quelles difficultés êtes-vous confrontés (racisme, ...)
- Certaines communautés vous disent-elles qu'elles se sentent rejetées ex : personnes transgenres

ANNEXE 4- grille entretien auprès des personnes travailleuses paires

Problématique : Dans quelles mesures les savoirs expérientiels participent à la réduction des inégalités de santé de personnes précaires et stigmatisé.e.s : L'exemple de l'accompagnement des travailleuses du sexe de rues migrant.e.s au sein des associations de santé communautaire

Ma présentation :

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de master 2 en prévention et promotion de la santé à l'EHESP. La thématique du mémoire porte sur la spécificité des savoirs expérientiels des travailleur.euse.s pair.e.s et l'impact de leurs actions sur l'amélioration de la santé des TDS de rue accompagnée par l'association ? Les liens entre l'accompagnement réalisé par les travailleur.euse.s pair.e.s grâce à sa posture, ses savoirs tirés de l'expérience et l'amélioration de la santé des TDS de rue.

L'entretien portera sur 4 thématiques

- La première relative à l'organisation de la structure quant à la place et rôle des travailleur.euse.s pair.e.s La deuxième portera sur les savoirs expérientiels en pratique
- La troisième concerne la santé des TDS de rue migrant.e.s et vos actions spécifiques en lien avec la santé
- La quatrième concerne la participation communautaire/ empowerment /stigma

Je vous informe également que l'entretien est anonyme. Dans un souci de retranscription fidèle de vos propos, je souhaiterais enregistrer l'échange si cela ne vous dérange pas.

Quelques éléments de contexte :

Pouvez-vous me raconter en quelques mots comment êtes-vous devenu travailleur.euse.s pair.e.s?
-pour quelles raisons ?

Thématique 1 : l'organisation de la structure quant à la place et rôle des travailleur.euse.s pair.e.s

- ROLES ET MISSIONS
 - Pouvez-vous me parler de votre journée type ?
 - Pouvez-vous me parler de vos missions ?
 - Avez-vous l'impression que vos missions sont floues par rapport à celles de vos collègues ?
 - Comment s'est passé votre entretien d'embauche

- Avez-vous une fiche de poste détaillée concernant vos missions ?
-
- EQUIPE
 - Pouvez-vous m'expliquer la composition de l'équipe et votre rôle au sein de celle-ci ?
 - Pouvez-vous me raconter comment cela se passe au sein de l'équipe ?
 - Comment se prennent les décisions
 - A quelles réunions participez-vous
 - Vous sentez-vous à l'aise au sein de l'équipe ? structure ?
 - Pouvez-vous me décrire dans quelles situations vos collègues reconnaissent votre savoir de pair ?
 - -A quel niveau se situe la complémentarité dans votre équipe ?
 - -comment cette complémentarité se vérifie ?
 - Pouvez-vous me raconter vers qui vous vous tournez lorsque vous avez des questions ?
 - -Qui est facilitateur pour vous ?
- LEGITIMITE :
 - Pouvez-vous me dire si vous avez vécu des situations où vous ne vous êtes pas senti à votre place ?
 - -Vous sentez-vous légitime ?
 - Vous sentez-vous reconnu par les membres de votre équipe pour vos compétences ?
 - -vous sentez-vous reconnu en dehors par les autres professionnels ?

Thématique 2 : les savoirs expérientiels en pratique

- SPECIFICITE
 - Pouvez-vous me raconter comment vous avez construit votre façon de devenir travailleur.euse.s pair.e.s?
 - -comment réussissez-vous à créer du lien ?
 - Pouvez-vous me raconter comment avez-vous développé votre façon de faire en tant que pair ?
 - -Comment avez-vous compris ce que ça voulait dire travailleur.euse.s pair.e?
 - Qui vous l'a expliqué ?
 - -A quel moment l'avez-vous compris/ressenti dans votre métier ?
 - Vous sentez-vous plutôt engagé sur le côté prévention (diffusion de savoirs) / le côté aider les autres/ le côté politique et militant
- POSTURE
 - Pouvez-vous me parler de votre posture lorsque vous accompagnez une personne ?
 - -Comment travailler vous les questions de RdR avec les personnes. Pouvez-vous me donner un exemple ?
 - -Quel regard posez-vous sur les personnes accompagné.e.s ?
- SAVOIRS
 - Pouvez-vous me décrire quels savoirs avez-vous acquis ?
 - -Comment les avez-vous acquis ?
 - -Comment utilisez-vous votre expérience pour aider les autres ?
 - Pouvez-vous me décrire : Quels sont vos savoirs faire spécifiques ? savoir être spécifiques ?

- -A quel point partagez-vous votre vécu avec les personnes ?
- -dans quelles situations et quels buts ?
- -y a -t-il des situations où c'est plus facile que d'autres ?
- -Y -a-t-il des personnes avec lesquelles cela fonctionne plus que d'autres ?
- Pouvez-vous me raconter dans quelles situations vos collègues vous demandent de l'aide ?
- -y a -t-il des situations où vous êtes le seul à intervenir ?
- Quelle différence percevez-vous dans vos façons de faire par rapport aux autres professionnels de l'équipe

- FORMATION

- Pouvez-vous m'expliquer comment vous vous êtes formés ?
- -Avez-vous reçu une formation dans la structure si oui laquelle et pourquoi ?
- -souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation et si oui sur quelle thématique ?

Thématique 3 : la santé des TDS de rue migrant.e.s et vos actions spécifiques en lien avec la santé

- DETERMINANTS DE LA SANTE

D'après vous, pouvez-vous me décrire les problématiques de santé principales rencontrées par les TDS de rue migrant.e.s ?

- La santé est-elle une demande fréquente des personnes ?
- -quelles sont leurs demandes prioritaires ?
- Quels sont leurs besoins ?
- Quelle est leur situation en termes de précarité ?

Pouvez-vous me décrire leur contexte de travail et de vie ?

- -contexte du travail de rue
- -logement
- -ressources
- -conditions de vie
- -liens social
- -loisirs

Pouvez-vous me parler des personnes migrant.e.s, que savez-vous de leurs profils ?

- Age
- Sexe
- Origine
- Niveau d'éducation

- ACTIONS SUR LA SANTE

Pouvez-vous me décrire les actions que vous mettez en place sur la santé ?

- -En quoi l'accompagnement proposé peut permettre d'améliorer leur santé ?

Pouvez-vous me raconter quelle est votre plus-value en tant que travailleur.euse dans l'accès aux soins des personnes précaires et stigmatisé.e.s ?

- Pouvez-vous me raconter en quoi les personnes accèdent moins facilement aux soins du fait qu'elles sont migrant.e.s et TDS ?

- Pensez-vous qu'il leur ait plus facile vous parler à vous plutôt qu'à des collègues non pairs sur les difficultés d'accès aux soins et aux droits ?
- -discrimination, racisme
- -Jugement des professionnels du fait de l'activité

Pensez-vous que votre expérience est un plus notamment dans l'approche de RdR ou pas forcément ?

- La RdR requiert -t-elle un savoir expérientiel ?

Pouvez-vous me dire comment abordez-vous les questions autour de la santé mentale ?

- Y a-t-il des sujets qui vous mettent en difficulté (santé mentale, violence, ...)
- Vous sentez-vous toujours légitime sur toutes les questions ?
- -vers qui vous tournez vous lorsque vous vous sentez en difficulté ou mis à mal par une situation/personne ?

Pouvez-vous me donner votre avis quant à la question de s'aouter auprès des professionnels de santé ? (Stigma)

- -Comment travailler vous la question du stigma avec les personnes ?
- -Que conseillez-vous aux personnes lorsqu'elels vous demandent votre avis ?
- -A quel point le stigma représente un frein pour aborder des questions de santé en lien avec le TDS ?
- -votre statut peut-il permettre aux personnes de lutter contre leur sentiment d'auto-stigmatisation ?

Pouvez-vous me décrire quels sont vos partenaires friendly où vous pouvez orienter les femmes ?

- Intersectoriels santé/ social/ juridique

- SPECIFICITE

- Pouvez-vous me raconter quel est votre rôle dans l'accès aux soins des personnes précaires et stigmatisé.e.s ?
- -Pensez-vous que le fait que vous ayez exercé le TDS a un impact sur le lien créé avec les personnes ?
- -Pensez-vous qu'il leur ait plus facile vous parler à vous plutôt qu'à des collègues non pairs ?

Thématique 4 : la participation communautaire/ empowerment/stigma

- PARTICIPATION ET CO-CONSTRUCTION

Pouvez-vous me parler de ce qui créé du commun entre vous et les personnes accompagné.e.s ?

- Pensez-vous que toutes les personnes TDS migrant.e.s de rue ont le sentiment d'appartenir à une même communauté ?
- -Comment êtes-vous perçu par les personnes de la communauté ?

Pouvez-vous me raconter comment est perçu par la communauté le fait que vous soyez salarié parce que vous êtes issus de la communauté des TDS ?

- -qu'est-ce que les gens vous disent ?

Pensez-vous que de par votre présence d'autres personnes de la communauté se sentent encourager à participer (donner leur avis, bénévolat, autre)

- Proposer vous des actions en co-construction avec les personnes ?
- Sur quelles actions peuvent-elles donner leur avis ?
- A quel moment peuvent-elles s'impliquer ?
- Quel niveau de co-construction : élaboration/ mise en place/ évaluation / décision

Pouvez-vous me donner des exemples qui montrent que vous prenez en compte la situation des personnes pour faciliter leur participation

- Niveau de littéracie en santé
- Traduction
- Outils accessibles et compréhensibles
- Centre d'intérêt des personnes

Pouvez-vous me raconter comment favoriser vous la participation de toutes les communautés ?

- Y a t- il des communautés qui viennent plus que d'autre ?
- Que mettez-vous en place pour les autres communautés ?
- -Vous sentez-vous sur le même plan horizontal que les personnes accompagnée.e.s ? si oui qu'est-ce que cela permet ?
- -Vous demande – t-on de représenter le reste de la communauté lors de certaines occasions ?
- -qu'en pensez-vous ?
- -vous sentez-vous représentatif ?

- EMPOWERMENT

- Pouvez-vous me parler de votre façon de faire pour redonner du pouvoir d'agir aux personnes que vous accompagnez ?
- -Comment travailler vous l'empowerment, autonomie des personnes ? y a-t-il des différences dans votre façon de faire par rapport aux autres membres de l'équipe ?
- -Votre statut de trav pair favorise-t-il l'empowerment des personnes ? (identification, ne plus se sentir seul dans la situation, reprise confiance en soi...)
- -quelles activités développez-vous pour renforcer l'estime de soi des personnes ?

- STIGMA

Pouvez-vous me raconter comment vous gérez le fait de dire ou non que vous avez été TDS ?

- Y a -t-il des personnes à qui décidez-vous de le dire ?
- Y a -t-il des situations où vous choisissez de le dire ?

Pouvez-vous me dire à quel point le stigma lié à l'activité a des conséquences sur la vie des pers que vous accompagnez ?

- Comment cela se traduit-il dans leur vie de tous les jours
- Comment cela se traduit-il avec les professionnels de santé ?
- Comment accompagnez-vous les personnes sur cette question ?
- Pensez-vous que le fait que vous occupiez un poste de salarié aide à diminuer le stigma ?

- DISCRIMINATION

- Pouvez-vous me dire comment vous garantes un accueil inconditionnel, non jugeant entre toutes les communautés qui se côtoient ?
- A quelles difficultés êtes-vous confrontés (racisme, ...)
- Certaines communautés vous disent-elles qu'elles se sentent rejetées ex : personnes transgenres

ANNEXE 5 - explicitation des notions de sagesse et de vérité selon T. Borkman

La notion de sagesse :

« The type of information is wisdom and know-how gained from personal participation in a phenomenon instead of isolated, unorganized bits of facts and feelings upon which a person has not reflected. This wisdom and know-how tend to be concrete, specific, and commonsensical, since they are based on the *individual's actual experience, which is unique, limited, and more or less representative of the experience of others who have the same problem* ».

Traduction : « Le type d'information est la sagesse et le savoir-faire acquis par la participation personnelle à un phénomène plutôt que par des fragments de faits et de sentiments isolés et non organisés auxquels une personne n'a pas réfléchi. Cette sagesse et ce savoir-faire tendent à être concrets, spécifiques et de sens commun, car ils sont basés sur l'expérience réelle de l'individu, qui est unique, limitée et plus ou moins représentative de l'expérience de ceux qui ont le même problème ». (Hejoaka et al., 2020)

La notion de vérité :

« *What one experiences becomes indeed knowledge. Thus the term "experiential knowledge" denotes a high degree of conviction that the insights learned from direct participation in a situation are truth, because the individual has faith in the validity and authority of the knowledge obtained by being a part of a phenomenon. Self-help groups frequently strengthen this faith among their members* ».

Traduction « Ce que l'on expérimente devient effectivement un savoir. Ainsi, le terme "savoir expérientiel" dénote un degré élevé de conviction que les connaissances tirées de la participation directe à une situation sont véridiques, car l'individu a confiance dans la validité et l'autorité de la connaissance obtenue en tant que partie prenante d'un phénomène. Les groupes d'entraide renforcent souvent cette foi parmi leurs membres ». (Hejoaka et al., 2020)

ANNEXE 6 : encart sur le parcours de sortie instauré par la loi du 13 avril 2016

Si la pénalisation des clients a été promue tout de suite, après le passage de la loi en 2016, la mise en place du parcours de sortie n'a pas débuté avant 2018 (près de deux ans après la mise en place de la pénalisation). Les femmes pendant ce temps ont subi les changements dans la rue, baisse du nombre de client, augmentation de la précarité et de la violence, donc du stress et de l'anxiété, sans autre alternative que le travail du sexe de rue. Ensuite le nombre de personnes admises depuis le début des parcours est totalement insuffisant, même les associations abolitionnistes le disent dans le rapport FACT-S⁵⁵ (Franjou et al., 2021). Mais par contre ils ne détaillent pas pourquoi. Lorsqu'on regarde du côté de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) qui est engagée dans l'accompagnement de femmes dans le parcours de sortie de prostitution. Ils corroborent le démarrage « *très tardif* » du dispositif, ils déplorent « *l'insuffisance des financements alloués aux associations* », en effet aucun financement supplémentaire pour la mise en place du parcours n'a été versé aux acteurs qui le mettaient en place, or cet accompagnement nécessite du temps, des personnes qualifié.e.s. Cette absence de moyens financiers met les associations dans des situations de tension. Les rendant soit incapable de prendre en charge des personnes dans le cadre de ce parcours, soit les mettant dans l'obligation de le faire au détriment d'autres actions⁵⁶. (Fédérations des Acteurs de la Solidarité FAS, s. d.)

Une autre réalité est que peu d'associations, en dehors de celles abolitionnistes qui elles ont reçu des financements dédiés supplémentaires, s'impliquent dans le parcours de sortie, expliquant ses disparités et son inaccessibilité sur le territoire. D'autres interrogations sont relevées par la FAS : la baisse du budget de l'état, entre 2017 et 2019, allouée à ce dispositif semble « *contradictoire* », enfin la problématique de l'hébergement global et de qualité, qui n'est pas prévu dans la loi et qui n'est financé au niveau des associations plonge les personnes concerné.e.s ainsi que tous les acteurs en plein désarroi et a pour conséquence une sélection des personnes pouvant entrer dans le dispositif.

⁵⁵ Texte tiré du rapport FACT-S : Fédération des Actrices et acteurs de Terrain et des Survivantes de la Prostitution aux côtés des personnes prostituées, page 57 : **Le bilan national demeure faible**. Au 1er mars 2020, 75 commissions départementales étaient installées (toutes en métropole), ce qui représente 75% des départements français. Mais ces commissions ne sont pas toutes actives, certaines ne se sont même pas réunies depuis leur installation officielle. **Au niveau national, seules 45 commissions (soit 60% installées) étaient actives en mars 2020** (avec des réunions régulières et l'encadrement de parcours de sortie de la prostitution). L'Amicale du Nid et le Mouvement du Nid sont agréés dans 25 commissions. Seules 18 d'entre elles ont engagé des parcours de sortie de la prostitution. (Franjou et al., 2021)

⁵⁶ Site web : <https://www.federationsolidarite.org/actualites/projet-de-loi-de-finances-2019-laccompagnement-des-personnes-en-situation-de-prostitution-toujours-pas-une-priorite/>

(Fédérations des Acteurs de la Solidarité FAS, s. d.)⁵⁷. En effet il peut apparaître, pour un responsable de structure, de privilégier une personne qui a déjà un hébergement chez un tiers, qui a déjà acquis les bases du français et qui pourra donc s'insérer plus rapidement étant donné le peu de moyen donné aux associations pour les accompagner.

Néanmoins les réalités du dispositif sont celles-là : l'obligation de prouver et de s'engager dans l'arrêt du travail du sexe pour pouvoir intégrer le parcours, une allocation financière l'AFIS d'un montant de 330€ et pas d'hébergement⁵⁸. Si l'on rajoute le caractère stigmatisant d'un parcours dédié à des femmes qui auraient besoin d'un accompagnement spécifique du fait de la prostitution, alors que d'accompagnement spécifique il n'y en a pas les moyens et qu'il n'est pas prouvé qu'il en faille un.

Enfin dernier élément d'explication et non des moindres, pour que des personnes migrant.e.s accèdent au parcours de sortie et qu'elles bénéficient d'une autorisation provisoire de séjour, cela sous-entend que la préfecture accepte de les régulariser. Or le contexte en France relève plutôt d'un durcissement des conditions d'accès au droit au séjour plutôt que d'un accès facilité, même pour des femmes victimes d'exploitation et de prostitution. Et à nouveau, des sélections, des critères apparaissent, peu officiels et disparates encore une fois selon les départements. Mais il ressort des acteurs associatifs présents lors de ces commissions qu'une personne pour être acceptée dans le parcours de sortie ne doit pas avoir eu d'Ordre à Quitter le Territoire Français (OQTF) dernièrement, ne pas relever de la procédure DUBLIN III⁵⁹, etc.

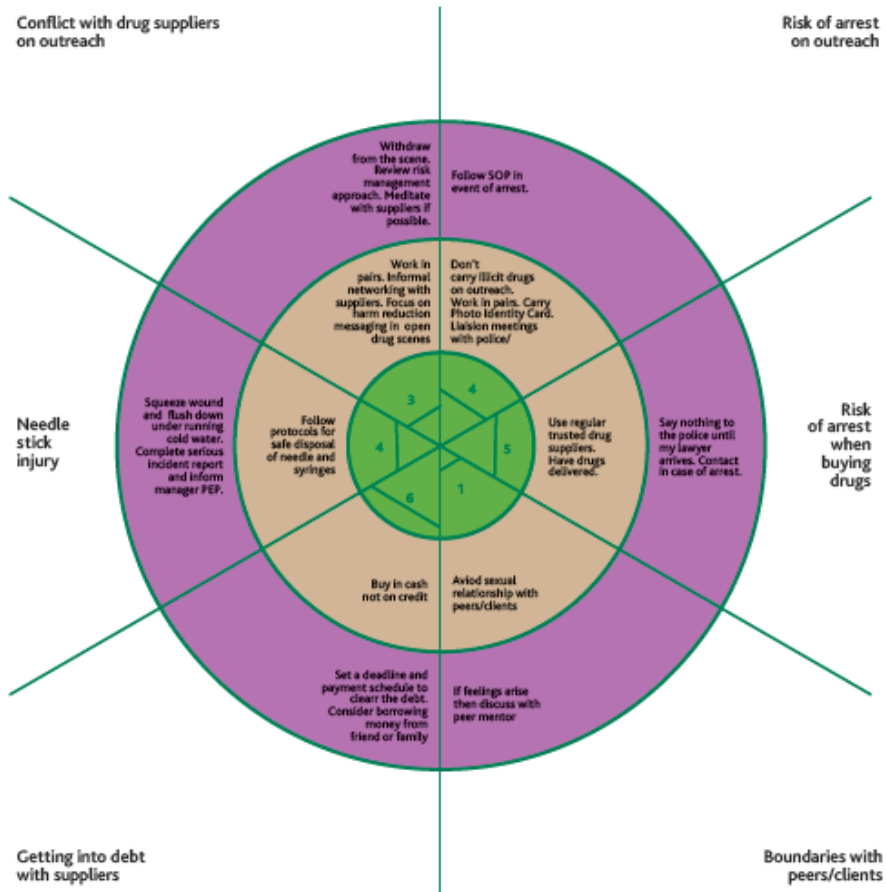
⁵⁷ « le risque de sélection des publics en fonction de leur possibilité de participation financière et de leurs capacités » d'insertion et d'autonomie » (Fédérations des Acteurs de la Solidarité FAS, s. d.)

⁵⁸ « Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'hébergement est déjà le maillon faible du parcours de sortie de la prostitution dans la mesure où les associations agréées ne disposent pas, dans la plupart des cas, de places dédiées à l'accueil des bénéficiaires du parcours et ne peuvent pas toujours les héberger dans leur structure actuelle. Or l'absence d'hébergement est un frein évident à la sortie d'un réseau de prostitution ou à l'arrêt de l'activité prostitutionnelle. C'est d'ailleurs une question qui se pose dans la période préalable au parcours de sortie de la prostitution, dans la mesure où l'on demande aux personnes d'avoir arrêté la prostitution pour entrer dans le parcours de sortie ». (Fédérations des Acteurs de la Solidarité FAS, s. d.)

⁵⁹ Selon [le règlement « Dublin III »](#), un seul État membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne (UE). Source : Gisti. Site WEB : <http://www.gisti.org/spip.php?article5153>

ANNEXE 7 : Risk assement circle

Risk assessment circle



Risk Areas

RISK OF ARREST ON OUTREACH

RISK OF ARREST WHEN BUYING DRUGS

PERSONAL/PROFESSIONAL BOUNDARIES WITH PEERS/CLIENTS

GETTING INTO DEBT WITH SUPPLIERS

NEEDLE STICK INJURIES

CONFLICT WITH DRUG SUPPLIERS IN BUYING/USING VENUE ON OUTREACH

Appendices 47

Source : Tiré du guide (International HIV/AIDS Alliance, 2015)

ANNEXE 8 : synthèse de l'enquête sur les conséquences de la loi anti-prostitution réalisée par Médecins du Monde et les associations de santé communautaires

« Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi prostitution ? :

Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel » réalisée par **Hélène Le Bail**, chargée de recherche Sciences Po-CERI, CNRS et **Calogero Giametta**, chercheur pour le projet européen ERC "Sexual Humanitarianism : Migration, Sex Work and Trafficking". Kingston University et Université Aix-Marseille.

DEPUIS L'ADOPTION DE LA LOI DU 13 AVRIL 2016...



88% des travailleur.se.s du sexe¹ sont opposé.e.s à la pénalisation des clients



38% des travailleur.se.s du sexe¹ rencontrent plus de difficultés à imposer le port du préservatif



63% des travailleur.se.s du sexe¹ ont connu une détérioration de leurs conditions de vie.

- La raréfaction des clients a augmenté le pouvoir de ceux-ci à négocier des pratiques sexuelles à risque.

- La diminution du temps de négociation entrave la capacité des travailleuses du sexe à imposer leurs conditions aux clients.

- La loi pousse les travailleur.se.s du sexe à exercer dans les lieux plus isolés ou sur internet et les oblige à travailler plus longtemps pour maintenir leur niveau de vie.

- Les travailleur.se.s du sexe sont plus confrontées aux situations de stress avec un impact négatif sur leur santé physique et psychologique.



70% des travailleur.se.s du sexe¹ constatent que leurs relations avec la police ne se sont pas améliorées voir se sont détériorées.

- Des arrêtés municipaux et des opérations de contrôles d'identité font que les travailleur.se.s du sexe restent plus souvent pénalisées ou arrêtées que les clients.



78% des travailleur.se.s du sexe¹ sont confronté.e.s à une baisse de leurs revenus

- La méfiance envers la police entrave l'accès aux droits notamment pour les personnes victimes de violence.

- La loi engendre un appauvrissement des personnes, surtout pour celles déjà en situation de précarité, en particulier les femmes migrantes travaillant dans la rue.

- La baisse du nombre de clients et la concurrence accrue entre travailleur.se.s du sexe a entraîné une baisse des tarifs.



39% seulement des travailleur.se.s du sexe connaissent l'existence du parcours de sortie de prostitution et, parmi elles, seulement 26% ont l'intention d'en faire la demande.



42% des travailleur.se.s du sexe¹ sont plus exposé.e.s aux violences depuis l'adoption de la loi

- Si une majorité des personnes expriment le souhait de changer d'activité, le dispositif du « parcours de sortie » ne répond pas aux besoins de la plupart des personnes.

- Pour rester caché la négociation avec le client s'effectue de manière plus succincte réduisant la capacité de sélection.

- La conditionnalité de l'accès aux parcours de sortie

Tableau N°5 : Synthèse de l'enquête sur les conséquences de la loi anti-prostitution réalisée par Médecins du Monde et les associations de santé communautaires- (Le Bail & Giametta, 2018)

HENRIQUET	Maïwenn	30/08/2021
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
Comment la mobilisation des savoirs expérientiels participe à la réduction des inégalités de santé de personnes précaires et stigmatisé.e.s : L'exemple de l'accompagnement des travailleur.euse.s du sexe de rues migrant.e.s au sein des associations de santé communautaires.		
Promotion 2020-2021		
<p><i>Résumé :</i></p> <p>A partir d'une revue de littérature documentant l'apport des savoirs expérientiels dans le champ de la santé mentale, ce travail s'est intéressé à étudier les freins et leviers de leur mobilisation dans un autre contexte. L'accompagnement des Travailleur.euse.s Du Sexe (TdS) de rue, migrant.e.s, au sein d'associations de santé, qui promeuvent les compétences des personnes concerné.e.s.</p> <p>Différents concepts : la migration, le cadre juridique et le travail sexuel ainsi que leurs articulations ont été explicités. Une analyse des déterminants sociaux de la santé des TdS a démontré que leurs conditions d'exercice et de vie, affectent leur santé.</p> <p>Une méthode d'analyse qualitative a permis, en croisant deux points de vue situés, de documenter les conditions qui favorisent la mobilisation des savoirs expérientiels des travailleur.euse.s pair.e.s. Le but étant d'agir sur les déterminants sociaux des TdS, afin de réduire les inégalités sociales de santé. Des recommandations ont ensuite été proposées.</p>		
<p>Mots-clés : travailleur.euse.s du sexe, pair-aidance, travailleur.euse. pair.e, savoirs expérientiels, associations de santé communautaires,</p>		