

Prostitution et santé communautaire

Essai critique sur la parité

Edition et maquette établies par Jean-Yves Le Talec
Support technique Cabiria, Lyon

© 1999 - Le Dragon Lune Editions
Cabiria - BP 1145 - 69203 Lyon cedex 01

ISBN : 2-9513977-0-4
Dépôt légal juin 1999 - Imprimé en France

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illégale et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou l'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Prostitution et santé communautaire

Essai critique sur la parité

Sous la direction de
Daniel Welzer-Lang
et Martine Schutz Samson

Cabiria, Lyon
avec la collaboration de
Autres Regards, Marseille et Avignon



CABIRIA ET AUTRES REGARDS

Cabiria et Autres Regards sont des actions de santé communautaires menées avec les personnes prostituées. Leurs équipes et leurs Conseils d'administration sont composés à parité entre personnes prostituées et personnes issues du secteur sanitaire et social.

Leurs objectifs sont les suivants :

- développement d'actions de santé publique et communautaire en collaboration avec les personnes prostituées;
- prévention des MST, du VIH, des hépatites;
- réduction des risques et accès aux soins en matière de toxicomanies;
- lutte contre les exclusions, accès à la santé dans sa globalité, accès aux droits et à la citoyenneté.

Les associations Autres Regards et Cabiria favorisent et développent les projets de santé communautaire dans le respect du droit des enfants, des femmes et des hommes. Elles œuvrent dans l'esprit fédératif pour se relier aux associations analogues travaillant avec les mêmes objectifs, dans le milieu prostitutionnel au niveau national, international et européen et entretiennent des relations partenariales avec toute association ayant comme buts tout ou partie des objectifs décrits ci-dessus. Elles assurent une présence dans la rue, de jour comme de nuit, et un accueil, en vue du soutien dans l'accès aux soins et aux droits.

Cabiria : Lyon (e-mail : cabiria@wanadoo.fr)

Association issue d'une recherche-action coordonnée en 1992 par Daniel Welzer-Lang.

Cabiria est responsable, en 1999, de la coordination nationale du programme Europap/Tampep pour la France.

Autres Regards : Marseille et Avignon (e-mail : autres.regards@wanadoo.fr)

Association initiée au sein d'Aides Provence en 1993 et confortée dans une pratique de santé communautaire autonome à partir de 1995.

A Olympio

Aux ami-e-s qui ont aidé, encouragé et soutenu
les actions de santé communautaire
et les personnes prostituées,
A toutes celles et tous ceux qui nous ont quitté-e-s,
Nos remerciements et nos pensées.

« Les règles créent des fortifications
à l'abri desquelles les esprits étroits édifient des satrapies.
Etat de choses dangereux quand tout va bien,
désastreux en temps de crise. »

Coda Bene Gesserit
La Maison des Mères, Frank Herbert

SOMMAIRE

Préface

Un rêve réel <i>Claire et Eric</i>	11
---	----

Introductions

<i>Martine Schutz Samson, Daniel Welzer-Lang</i>	13
--	----

Première partie : Exclusion, santé et parité

La lutte contre les exclusions <i>Jean-Marc Beylot et Martine Schutz Samson</i>	17
La santé communautaire <i>Françoise Guillemaut et Martine Schutz Samson</i>	27
La parité <i>Françoise Guillemaut, Corinne Monnet et Martine Schutz Samson</i>	37

9

Deuxième partie : Pratique d'une parité communautaire

Prostitution, travail sexuel et rapports sociaux de sexe <i>Daniel Welzer-Lang</i>	55
Parité et exclusion <i>Jean-Yves Le Talec</i>	63
Genèse d'une politique publique : la prévention du VIH dans l'espace de la prostitution <i>Lilian Mathieu</i>	71
« Pourquoi je suis devenue militante » <i>Diane Gobeil</i>	81
Une réflexion sur la formation <i>Danièle Authier</i>	89

Troisième partie : La parité au quotidien

La parité au quotidien : premier atelier <i>Jean-Yves Le Talec</i>	95
La parité au quotidien : deuxième atelier <i>Jean-Marc Beylot et Joël Gauthier-Joubaud</i>	97

Quatrième partie : La coalition des travailleuses et travailleurs du sexe . . . 101

La coalition des travailleuses et travailleurs du sexe 103
Questionnaire 105

Conclusion 107

Contribution en guise de conclusion : « La prostituée semble souffrir le martyre »
Jean-Yves Le Talec 109

Bibliographie, index et répertoire 113

Bibliographie 115
Index 121
Répertoire des auteures et auteurs 125

Préface

UN RÊVE RÉEL

Claire & Eric



oila six ans, à Lyon, est né Cabiria, avec un rêve réel, celui de travailler pour et avec les personnes issues du milieu prostitutionnel, avec une pleine reconnaissance de leurs compétences professionnelles spécifiques. En 1973, lors de la révolte des prostituées, toutes repliées dans l'église Saint Nizier (*comme si celui qui les avait menées là pouvait les en sortir*), Ulla et les autres pouvaient-elles penser qu'un jour, la parité soit une réalité et que nous aurions droit à la parole ?

Apprenez, comme certains l'ont appris, que travailler avec nous ce n'est pas nous plaindre, nous culpabiliser, nous réinsérer, ou nous parler de la pluie et du beau temps sur un bout de trottoir (*pas toujours opportun pendant les heures de travail*), mais que peut-être nous sommes les acteurs de notre propre film et non pas de pâles figurants...

Aujourd'hui, à l'aube de l'an 2000, dans une Europe en pleine construction, encore un de ces rêves réels où presque toutes les minorités et marginalités auraient plus ou moins le droit à la parole; mais il en resterait une, à part, qui ne parlerait pas, ne penserait pas ou qui serait tout simplement muselée par ceux qui estiment avoir la légitimité du discours des prostitué-e-s.

Aujourd'hui nous brisons nos chaînes, ôtons nos baillons et nous, Claire et Eric, prostitué-e-s, nous parlons et nous disons que nous ne souffrons pas d'exercer notre métier. Mais les représentations sociales de la prostitution sont tellement stigmatisantes qu'il est difficile, pour une personne prostituée, de rester indemne. Il est temps, aujourd'hui, de changer ces représentations, il est temps pour nous, personnes prostituées, d'avancer ensemble, solidaires, de lutter contre les discours misérabilistes et déqualifiants dont on nous accable et de nous réapproprier la légitimité de la parole qui est la nôtre.

A partir de maintenant nous vous parlerons de nous, car qui, mieux que nous, sait ce que nous vivons, ce que nous cherchons, ce que nous voulons ? Je vous le demande...

11

Introductions

Martine Schutz Samson

Daniel Welzer-Lang

 et ouvrage fait suite au colloque international sur la parité dans les projets de santé communautaire, organisé à Lyon en janvier 1999 par l'association Cabiria (Lyon) avec la collaboration d'Autres Regards (Marseille/Avignon). Après six ans de travail communautaire entre personnes prostituées et personnes issues du secteur sanitaire ou social, nous nous sommes interrogé-e-s sur la parité dans l'approche communautaire de la santé.

Ce colloque a également permis la création de la Coalition des travailleuses et travailleurs du sexe, présentée en fin d'ouvrage. En France, la prostitution pourrait servir de modèle des pratiques d'exclusion. Rendue invisible par l'absence d'expression des personnes prostituées, elle est combattue par un faisceau de stigmates et par un dispositif normatif psychosocial.

Pourtant, depuis six ans, nous avons tenté de modifier le cours des choses. Cet ouvrage trouve sa source dans la pratique quotidienne, les échanges entre amis et collègues, chercheurs en sciences sociales et personnes prostituées, mais aussi les polémiques avec nos détracteurs, que nous remercions de nous avoir contraints à étayer nos réflexions. Nous devons aussi beaucoup à Grisélidis Réal, courtisane genevoise et

 a fallu aller vite en 1993, quand nous avons créé Cabiria, à la suite d'une recherche action commandée par une association traditionnelle de travail social, une recherche financée par les pouvoirs publics sur des budgets de prévention sida.

Plusieurs évidences s'imposaient à nous : associer les personnes prostituées, lutter contre l'insécurité qu'elles vivaient, combattre le sida et respecter notre promesse que cette étude, au delà de sa valeur informative et compréhensive, serve aux femmes et aux hommes prostitué-e-s. Il nous paraissait important de respecter la dignité humaine à laquelle chaque personne a droit ou devrait avoir droit.

Nous nous sommes servi des modèles d'intervention sociale disponibles. Les plus ouverts et les plus respectueux des personnes, en posant comme principe leur participation active.

Et Cabiria est né, associant dans ses actions des professionnelles de santé et des personnes prostituées. De même, sont nés, ou se sont développés d'autres projets similaires (Autre Regard à Marseille, Perles à Montpellier, Rubis à Nîmes...)

A Lyon, les chercheur-e-s sont resté-e-s dans le conseil d'administration et ont accompagné le développement de ce « jeune » projet, aidant à mettre des mots

13

militante de la cause des prostitué-e-s, qui nous a encouragé-e-s dès 1992.

La première partie de cet ouvrage retrace ce qui a fondé la pratique de la santé communautaire avec les personnes prostituées : une volonté de lutter contre les exclusions, de s'associer entre différentes classes de la société et de réfléchir sur la domination et les moyens de la déconstruire – la parité.

Dans la seconde partie, Daniel Welzer-Lang fait le lien entre rapports sociaux de sexe et prostitution, dans le champ du travail sexuel et dans une perspective féministe. Jean-Yves Le Talec souligne les risques d'exclusion que peut générer la notion de parité dans les projets de santé communautaire. Lilian Mathieu interroge le rôle de l'état dans la prévention du VIH et son incidence sur les méthodes d'intervention communautaire. Diane Gobeil illustre l'importance d'une alliance entre prostitué-e-s et institutions : son expérience nous interroge sur nos représentations. Danièle Authier pose, enfin, la question de la formation des intervenant-e-s de terrain issu-e-s des communautés marginalisées. Leur besoin de qualification correspond-il à une forme de normalisation ou à une ouverture ?

Autant de questions posées à la fois aux pouvoirs publics et aux personnes prostituées, au delà des évidences dispensées par les normes en vigueur, sur la prostitution, et plus largement sur le travail sexuel, mais aussi sur les méthodes d'intervention dans le champ sanitaire et social.

les éléments de réponse aux questions théoriques et pratiques que posait cette « alliance » entre professionnel-le-s issus de mondes qui communiquent peu.

En janvier 1999, les personnes vivant et travaillant dans ces projets et les chercheur-e-s qui continuant à les soutenir ont tenu à faire le point sur ces « nouvelles » notions qui traduisent souvent imparfaitement les réalités quotidiennes.

C'est avec un vif intérêt qu'en tant que sociologue, j'ai entendu les personnes prostituées et les professionnelles de santé confronter nos outils (les concepts, les idées humanistes) à leurs réalités de terrain. Après tout, la confrontation entre savant-e-s et professionnel-le-s de la relation d'aide est assez peu fréquente en France pour que cela mérite attention.

Mais, on le lira dans les pages qui suivent, les communications vont encore plus loin. Elles constituent tout à la fois l'émergence de paroles d'exclu-e-s, une riche attitude réflexive et un appel à tous les « logues » du social (psychologues, sociologues, etc.).

Elles traduisent aussi, de manière sensible, les difficultés toujours actuelles à dépasser les barrières, les effets de stigmatisation attachés à tout ce qui tourne autour de la sexualité. La difficulté de dire, de mettre des mots est toujours présente.

Dans le travail sexuel, dans la prostitution, dans les marges et les coulisse de la ville, se noue aussi quelque chose qui appartient à l'innommable.

Première partie

Exclusion, santé et parité

15

LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

Jean-Marc Beylot et Martine Schutz Samson



ès la rédaction en 1993 de la charte des Associations et Partenaires de Cabiria, nous rappelions que : « Toute personne a des droits, notamment celui à la sécurité, à des conditions d'hygiène décentes et au temps de pause [...] de manière commune, nous constatons l'insécurité qui règne sur les « trottoirs », agressions, vols, incitations par les clients à des pratiques à risques... » Cette « insécurité » reste fortement banalisée, voire déniée par les personnes prostituées – ce sont « les risques du métier ». Les agressions sur les lieux d'activité font partie de leur quotidien. La prégnance du phénomène oblitère souvent toute forme d'action et de réflexion; il faut d'abord se défendre et penser à sa sécurité immédiate.

Par ailleurs, les domaines d'où les personnes prostituées sont exclues sont innombrables : exclues des systèmes de soins, exclues des voies classiques d'accès à un logement, exclues des mouvements associatifs et militants... Exclues en raison de leur activité, en raison de leurs mœurs, en raison de leur origine sociale, en raison de leur état de santé... L'exclusion est multiple et variée pour la plupart des personnes, si omniprésente, si banalisée que peu d'entre eux/elles osent ou veulent porter plainte. Les formes que prennent ces exclusions, de l'agression physique sur le trottoir aux questions inquisitrices d'un-e travailleur-e social-e, sont tout aussi multiples.

L'exclusion ou l'inclusion sont à la mesure des représentations qu'on a de l'autre (quel qu'il soit). Opérer une distinction entre soi et une autre personne que l'on se représente comme différente en raison de son sexe, de ses mœurs, de son état de santé... est, selon le code pénal, une *discrimination*. Discrimination pénalisée lorsqu'elle est suivie d'actes discriminants (comme le refus de fourniture d'un service ou l'entrave à une quelconque activité économique).

Nombreux sont les exemples d'actes discriminants envers les personnes prostituées : les agressions physiques sur le trottoir, certes, mais aussi les insultes, les sous-entendus ou les préjugés stéréotypés accompagnés de sourires condescendants. Autant d'actes discriminants, autant de paroles discriminantes qui participent aux formes d'exclusion.

Paradoxalement, les lois et règlements censés répondre à chaque type de discriminations restent inappliqués, certainement par méconnaissance ou renoncement des un-e-s et des autres à la fois à leurs droits et à leurs devoirs. Il s'agit en particulier des dispositions du *Nouveau code pénal* et de la *Charte du patient hospitalisé*.

Cependant, nos expériences quotidiennes nous montrent que non seulement les cadres légaux et/ou éthiques sont généralement inappliqués, mais surtout qu'ils restent

Les dispositions pénales

« art 225-1. Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs moeurs, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'état de santé, du handicap, des moeurs, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.»

« art 225-2. La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle consiste :

- 1° - A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service;
- 2° - A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque;
- 3° - A refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne;
- 4° - A subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1;
- 5 ° - A subordonner une offre d'emploi à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1»3.

Nouveau code pénal (1997) Chapitre V, « Des atteintes à la dignité de la personne », Art. 225-1 à 225-2, Paris : Editions Dalloz, pp. 267-270.

ignorés tant par les agresseur-e-s que les agressé-e-s, en dépit de l'intérêt qu'il y aurait pour chacun-e à travailler avec, en les considérant comme des outils pour lutter contre les multiples formes d'exclusion.

Et devant le constat que des agressions physiques sont en recrudescence depuis l'été 1997, il nous semble important de faire le point sur ce phénomène – l'agression – et plus particulièrement sur ce qui le sous-tend, qui relève d'une logique d'exclusion multiple : la xénophobie. La xénophobie – au sens large d'une peur, d'une crainte, d'une haine de ce qui est étranger à soi, de l'Autre (plus simplement) – n'est pas présente uniquement sur les trottoirs, mais aussi dans diverses institutions dont les objectifs sanitaires et sociaux peuvent être paradoxalement la lutte contre diverses formes d'exclusion.

Xénophobie et stigmatisation

La plupart des agressions que l'on peut observer sont liées aux représentations que se fait l'agresseur-e de la personne agressée. Ces représentations sont de l'ordre de la xénophobie (au sens d'une peur ou d'une haine de ce qui nous est étranger). Parce que l'on connaît ou perçoit l'un des attributs d'une personne (un de ses vêtements, une de ses manières, une de ses activités ou un de ses loisirs...) comme différent de soi ou comme étranger à soi, on tend à ranger cette personne dans une catégorie stéréotypée qui fait que l'identité sociale de cette personne n'est définie qu'en fonction de l'attribut repéré. Quand cette catégorie stéréotypée est dévalorisante pour la personne, on peut qualifier ce processus de *stigmatisation*.

Rappelons les définitions du « stigmate » d'Erwin Goffman¹: « On peut distinguer trois types de stigmates. En premier lieu, il y a les monstruosités du corps – les diverses difformités². Ensuite, on trouve les tares du caractère qui, aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté, et dont on infère l'existence chez un individu parce que l'on sait qu'il est ou a été, par exemple, mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême gauche³. Enfin, il y a les stigmates tribaux que sont la race, la nationalité et la religion, qui peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer également tous les membres d'une famille.

19

1– GOFFMAN Erwin (1975) *Stigmate, les usages sociaux d'un handicap*, Paris : Les Éditions de Minuit, (1ère édition en anglais, 1963).

2– C'est l'acception courante. Cf. Le Petit Robert.

3– Dans l'index du livre de Goffman, les exemples de stigmates pour homosexualité sont cités 19 fois, les mentalement dérangés 23 fois, les emprisonnés 21 fois (criminels), les drogués 6 fois, les alcooliques 6 fois, les chômeurs 2 fois, les suicidaires et personnes d'extrême gauche aucune fois tels quels. Les autres exemples de stigmates cités plus de 10 fois sont les infirmes (28), les aveugles (26), personnes prostituées (17), les noirs (12), les sourds (11).

20

Principes généraux de la charte des patients

- 1** Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 2** Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
- 3** L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.
- 4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
- 5** Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 6** Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
- 7** La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.
- 8** Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
- 9** Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier, notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.
- 10** Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subis.

Charte du patient hospitalisé (1995), annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés:

« Mais, dans tous les cas de stigmate, y compris ceux auxquels pensaient les grecs [marques corporelles gravées au couteau ou au fer rouge, destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel ou de détestable le statut moral de la personne ainsi désignée], on retrouve les mêmes traits sociologiques : un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmate, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions. Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux*. »

Une personne stigmatisée, hors de son milieu d'interconnaissance, voit généralement son identité sociale réduite par l'autre à son stigmate. Stigmate qui la définit aux yeux de son interlocuteur. Celui-ci lui assignera une « nature » sociale, s'attendra à certains types de comportements ou agira en fonction de ses stéréotypes surtout si le stigmate est constamment visible (inscrit corporellement), constamment perçu comme « naturel ». La personne stigmatisée se voit renvoyée à une essence sociale, à son stigmate, à cette « différence fâcheuse ». Elle est a priori exclue d'une interaction sociale « ordinaire », d'une reconnaissance « normale » de son identité. Les agressions ne sont que les épiphénomènes les plus flagrants de cette non-reconnaissance de l'autre.

Nous pouvons classer la plupart des agressions envers les personnes prostituées selon quatre types de stigmatisation : pour « homosexualité », pour « prostitution », pour « couleur de peau », pour « toxicomanie » et pour « transsexualisme ».

Stigmate « pour homosexualité » et homophobie

Par homophobie, nous entendons l'ensemble des représentations négatives portant sur des personnes – hommes ou femmes – se disant homosexuelles ou supposées homosexuelles. L'homophobie est aussi bien individuelle qu'institutionnelle⁴. Que peut vivre un garçon – considéré comme homosexuel – quand une personne habilitée à lui fournir un service lui sous-entend que son homosexualité pourrait engendrer la pédophilie dans l'exercice même de la profession qu'il vient d'obtenir dans le secteur éducatif ?

L'homophobie est si répandue qu'elle est, pour de nombreux philosophes ou sociologues, l'un des éléments essentiels des processus de différenciation qui structurent le genre et construisent l'identité d'une personne. Elle l'est l'un des constituants, pour beaucoup, de la virilité : « être homme, c'est n'être ni femme, ni homo »⁵. Un homme, parce

21

4– DUTEY Pierre (1994) «Des mots aux maux...», in Daniel WELZER-LANG, Pierre DUTEY et Michel DORAI (sous la dir.), *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Montréal : VLB Éditeur, pp. 147-196.

5– BADINTER Elisabeth (1992) *XY, de l'identité masculine*, Paris : Editions Odile Jacob.

que ses manières sont efféminées ou parce qu'il est habillé avec des vêtements de « femme », sera souvent perçu comme homosexuel et affrontera tous les préjugés d'autrui sur son homosexualité supposée. Pilier du sexism, rien n'indique que l'homophobie soit nécessaire à la construction identitaire d'un individu.

Stigmate « pour prostitution »

Une personne prostituée est souvent perçue à travers des stéréotypes misérabilistes (en termes de misère, de « manques ») faisant d'elle une victime⁶. Que peut-elle vivre, quand son interlocuteur lui laisse entendre que pour « s'adonner » à ce genre d'activité, elle est forcément issue d'une famille pauvre, sans argent et sans éducation, ou qu'elle doit venir – encore plus certainement – de la DDASS ? Ou alors qu'elle a nécessairement été violentée voire abusée dans son enfance...

D'autre part, la commercialisation de rapports sexuels sous forme de prestations sexuelles *non contraintes* reste inimaginable pour beaucoup et fortement stigmatisée. Lors de discussions avec la plupart de nos partenaires, nous avons remarqué qu'il était plus facile pour eux d'imaginer qu'un homme se prostitue pour gagner de l'argent. Ce qui ne veut pas dire que c'est reconnu comme valorisant, mais c'est admis. Quoi que fassent les « dominants », les hommes, il est toujours sous-entendu que les raisons qui les animent sont meilleures, ou en tout cas peu discutables, par rapport à celles que pourraient avancer les « dominées », les femmes. Dès lors, pour une femme, aucune alternative : soit on considère qu'elle est obligée de se prostituer, sous entendu, obligée par un homme (ou victime d'un homme), soit sa conduite est jugée immorale car indigne d'une femme. Si ce stigmate est plus lourd de conséquences chez les femmes; chez les hommes, il semble plus toléré et pouvoir s'expliquer ou s'oublier⁷.

22

Stigmate « pour couleur de peau »

Le discours raciste est né au cours du XVIII^e siècle pour s'affirmer au XIX^e. Il est lié à l'essor de l'Etat moderne, s'appuyant à la fois sur des institutions comme le droit ou certaines

6– « Courisane : est un mal nécessaire. Sauvegarde de nos filles et de nos sœurs tant qu'il y aura des célibataires. Devraient être chassées impitoyablement. On ne peut plus sortir avec sa femme à cause de leur présence sur le boulevard. Sont toujours des filles du peuple débauchées par des bourgeois riches. » FLAUBERT Gustave (1994) *Dictionnaire des idées reçues*, Paris : Editions Mille et une nuits, p. 25.

7– Rappelons que l'activité prostitutionnelle des hommes est plus récente et qu'encore peu de personnes imaginent un homme quand on pense « personne prostituée ». Inversement, on imagine plus facilement un homme quand on pense « maquereau » ou « souteneur »... Encore quelques représentations erronées faisant obstacle à l'analyse et en conséquence à l'action. Rappelons que depuis mai 1997, la prostitution relève du droit des femmes !

« sciences » (médecine, histoire, anthropologie biologique) et sur les présupposés xénophobes des individus⁸. Dès lors, il nous semble déplacé aujourd’hui d’employer les termes même de « race » ou de « racisme » qui ne renvoie – une fois de plus – qu’à un ensemble de présupposés xénophobes sur de simples critères de perception (critères physiques « des différences de races »), réduisant d’office un ensemble de représentations négatives à ce qui est immédiatement perçu, comme la couleur de la peau. Ces représentations xénophobes sont culturelles et il nous semble que le terme même de racisme naturalise la stigmatisation en la réduisant à un simple phénomène de perception d’une différence de couleur.

Néanmoins, la spécificité de ce stigmate est que, contrairement aux stigmates précédents, celui-ci est difficile à dissimuler à autrui : il est visible sur le corps, naturalisé. Et la plupart des exemples d’agressions dites racistes montrent que ce stigmate « de race » reste prégnant comme déclencheur et a un effet catalyseur : une personne prostituée noire (mais de quel noir s’agit-il ? Anthracite, cendré, marbré ?... visible en tout cas) aura plus de probabilités de voir l’agression se tourner vers elle que vers une autre personne prostituée, non repérée comme étant « de couleur ».

Stigmate « pour toxicomanie »

Toute personne connue comme toxicomane affronte les préjugés des autres sur sa conduite. Celle-ci est perçue négativement : les toxicomanes ne seraient pas fiables, mais plutôt incorrects, violents, délinquants voire suicidaires. Sur le trottoir ou dans diverses institutions, on désigne souvent une personne toxicomane comme étant celle qui transgresse les règles collectives (on ne relèvera pas aussi souvent la « mauvaise » conduite d’une personne non-toxicomane). Agissant sur le comportement, les divers produits psychotropes, les « drogues » licites ou illicites, sont perçus comme étant les raisons premières du comportement. Pourtant, chaque produit n’induit pas les mêmes comportements, chaque personne toxicomane diffère d’une autre aussi bien qu’une personne dite normale diffère d’une autre.

Par exemple, beaucoup pensent qu’une personne prostituée toxicomane a commencé par être « toxico », ce qui expliquerait sa mauvaise conduite ultérieure (se prostituer). En effet, nous avons pu observer que pour beaucoup, *prostitué-e-s et toxicomanes* étaient indissociables, un stigmate pour mauvaise conduite (se droguer ou se prostituer) entraînant l’autre. Or nous ne pouvons pas dire que toutes les personnes prostituées sont toxicomanes comme nous ne pouvons pas dire que toutes les personnes fascistes sont borgnes.

23

8– FOUCAULT Michel (1997) *Il faut défendre la société*, Paris : Editions Gallimard; POLLAK Michael (1993) *Une identité blessée*, Paris : Editions Métailié.

Stigmate « pour transsexualisme »

Que dire enfin du stigmate qu'affrontent les personnes transsexuelles ? En transformant leur corps, elles revendiquent des différences qu'elles visibilisent et mettent en acte. Elles renvoient alors « naturellement » à un brouillage des genres et interpellent « l'autre » sur sa propre identité en remettant en cause ce qui la fonde : un ordre symbolique qui assigne à chacun-e, dès la naissance, en fonction de son sexe, sa place dans le masculin ou le féminin.

Les formes d'agression et leurs préjudices

Des agressions physiques et verbales sur le trottoir

Les agressions verbales – les insultes – qu'elles soient de nature homophobe, de la nature du stigmate que représente l'activité d'une personne prostituée, ou plus simplement fonction du lieu géographique de l'exercice d'activité, sont d'une fréquence journalière. Ces agressions verbales peuvent être accompagnées sur les lieux d'activité des personnes prostituées par diverses agressions physiques : jets de projectiles en tout genre (pierres, eau de javel, œufs, tomates, crachats...), menaces et intimidations à l'aide d'une arme (couteau, automobile...), enfin coups et blessures de moins en moins rares...

24

Les autres lieux d'agression xénophobe

Les agressions xénophobes, hormis les plus violentes physiquement, ne se limitent pas aux lieux d'exercice de l'activité – sur les trottoirs – mais s'étendent plus largement dans les services d'accès aux droits communs (associations, hôpitaux, CCAS...). Certaines personnes prostituées peuvent bien évidemment cumuler l'ensemble de ces stigmates aux yeux de leur interlocuteur. Par habitude, celui-ci préfère souvent se fier à ses préjugés plutôt que d'essayer de les remettre en cause à chaque rencontre d'une nouvelle personne. Le personnel des associations de santé communautaire est souvent confronté à ces difficultés dans sa pratique quotidienne. Cela induit la nécessité de rappeler à chaque fois les cadres légaux ou éthiques portant sur les formes de discrimination et surtout l'intérêt qu'il y a, pour lutter contre les exclusions, à ne pas stigmatiser une personne mais à mieux la connaître.

La banalisation des agressions

La fréquence quotidienne des agressions peut expliquer en partie leur banalisation par les personnes prostituées sous-entendant que « c'est les risques du métier ». Mais on ne peut pas ne pas s'interroger sur l'absence totale de plainte pour agressions verbales dans

le monde des plus exclus alors que n'importe quel citoyen insulté devant témoins dans l'exercice de ses fonctions n'hésitera pas à porter plainte.

Il nous semble que cette banalisation s'est construite tout au long du parcours individuel d'une personne prostituée. Dès le début de son activité, elle sera mise en garde par les plus anciennes. Cette mise en garde porte sur les règles collectives – explicites ou non – à observer entre soi, vis-à-vis d'un client mais aussi vis-à-vis d'un-e agresseur-e. Ces règles collectives sont dues en partie à l'expérience individuelle de chacun-e – à la manière qu'a chacun-e de faire avec – mais aussi à l'histoire des formes de prostitution. Par exemple, la non-possibilité de porter plainte, pour viol entre autres, auprès des services de police pendant de longues années induit toujours une *résignation* à ne pas porter plainte (quelles que soient les possibilités actuelles de porter plainte)⁹.

Le plus souvent renvoyées à leur stigmate, les personnes prostituées adoptent des tactiques d'évitement et/ou de contournement de ces agressions xénophobes – en particulier vis-à-vis des institutions – quand ceci est possible (quand le stigmate n'a pas de fondement visible sur le corps, il peut rester inconnu pour l'interlocuteur). Par exemple, pour avoir accès à un logement par une filière classique, un jeune garçon évitera de préciser l'ensemble de ses activités et soulignera qu'il est étudiant.

Reproduction des agressions et leurs préjudices

25

Les exclusions produisent bien sûr de l'exclusion et nous pourrions nous poser la question de la répétition et de la banalisation des *préjudices* subis lors d'agressions. En effet, si dans la culture judéo-chrétienne il est prévu et même conseillé de tendre l'autre joue, on a pu observer dans l'histoire que des groupes en situation de préjudices extrêmes reproduisaient entre eux les agressions qu'ils subissaient. Ceci est vrai aussi pour la communauté des personnes prostituées.

Si la banalisation des agressions s'exprime dans la résignation à ne pas porter plainte, dans l'élaboration de tactiques d'évitement, elle s'exprime aussi par la reproduction de l'agressivité et des formes d'agression : par exemple la régulation des « places », des territoires ne se fait pas sans violence, ni insulte à propos des notions de race, de sexe...

Quelles autres conséquences ont ces préjudices sur l'intégrité psychique et physique de personnes agressées quotidiennement ? Les exclusions amenant inévitablement à l'isolement, nous ne pouvons que tenter de réduire les mises à l'écart produits par l'exclusion. Il n'est, à notre sens, de préjudices qui soient évaluables ou « réparables ».

9– D'autre part, le fait de porter plainte (aux différents services de police) n'a jamais été valorisé. Non sans raison : une partie des agresseur-e-s avaient à faire aux représailles violentes du « milieu ». Ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Pour conclure

Toute personne a une représentation de ce qui la différencie de l'autre. Elle lui est nécessaire pour construire sa propre identité. Nous appelons cette représentation « stigmate », quand cette représentation de l'autre porte sur sa différence considérée, présumée comme négative : un handicap (physique, social) ou un manque... S'il nous paraît nécessaire de se représenter l'autre, surtout quand celui-ci ou celle-ci nous est très distant-e socialement, *rien* ne justifie que ces représentations orientent la réflexion ou l'action.

Les représentations sont indissociables des conduites, des comportements. Ainsi légitérer les représentations est impossible sans légitérer les comportements, les conduites de chacun-e. Le *Nouveau code pénal* propose justement un cadre légal pour pénaliser certains types de représentations/comportements : les discriminations. Les agressions et discriminations quotidiennes auxquelles sont confronté-e-s les prostitué-e-s tant dans la rue que dans les services sanitaires et sociaux nous montrent que la loi reste inappliquée voire inapplicable. Les représentations/comportements semblent encore relever d'un droit coutumier, voire des « mœurs » et non du code pénal.

Ces représentations discriminantes ou stigmatisantes sont un obstacle et aux actions de promotion de la santé. En partant du principe de nécessité de la représentation de ce qui nous est étranger ou autre, et du constat que le code pénal est dans l'impossibilité d'être appliqué pour chaque cas de discrimination, nous avons choisi d'utiliser le travail¹⁰ sur ses représentations comme un outil de déconstruction permanent ouvrant un champ de possibles et permettant :

- 1– un gain d'efficacité pour les actions de santé communautaire en particulier lors d'accompagnements pour l'accès au droit commun;
- 2– un bénéfice immédiat pour les personnes en situation d'exclusion (et évidemment de respecter les cadres légaux ou éthiques comme la charte des malades).

Ceci sous-tend notre conception de la santé communautaire. La parité, la reconnaissance des compétences de terrain des personnes prostituées, l'accès des « exclus » ou des « malades » à des instances de décisions, de réflexions, de formations, la disposition d'un droit de parole face aux institutions sont parmi les réponses apportées. Ces réponses restent vaines tant que personne ne décide de mettre en questions ses représentations sur l'autre et reste campé sur ses positions, ses préjugés. Ceci est vrai autant pour les personnes prostituées que pour l'ensemble des personnes ayant à travailler avec elles.

10– Nous proposons différents moyens de travail qui permettent de déconstruire nos représentations : des lieux de rencontres, des discussions, des entretiens individuels...

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Françoise Guillemaut et Martine Schutz Samson



l'origine de l'histoire du travail communautaire, nous trouvons une double influence, celle des apports de mouvements d'origine sanitaire (mouvement de santé mentale, l'anti-psychiatrie, la santé communautaire...) et celle d'origine sociale (éducation populaire et mouvements pour le développement économique dans les pays en voie de développement). C'est en Italie et aux Etats-Unis que les démarches communautaires émergent en psychiatrie dans les années 1960, inspirés par Franco Basaglia, et complétés par les psychiatres Chiliens Juan Marconi et Luis Weinstein dans les années 1970. Ces programmes tentent d'humaniser la prise en charge psychiatrique en intégrant la communauté (famille, quartier, professionnels et non professionnels) à la démarche thérapeutique, et en atténuant la stigmatisation de la maladie mentale et l'enfermement des patients.

Définition de la santé communautaire

27

Histoire

La source d'inspiration sociale de l'intervention communautaire vient du mouvement d'éducation populaire né en Amérique latine, essentiellement développé au Brésil à partir des années 1950, sous l'influence de Paulo Freire, Fals Borda et plus récemment Maritza Montero. L'objectif central de l'éducation populaire pratiquée à cette époque était la démocratisation et la généralisation de l'éducation pour tous, à partir de la participation de la communauté dans les questionnements, solutions, compréhension de ses propres problèmes.

Le concept de santé communautaire appliqué à la santé publique a émergé un peu avant les années 1960 aux Etats-Unis et au Canada. L'OMS s'en est saisi dans les années 1965, considérant que c'était un outil pertinent, et elle a alors financé des programmes de santé communautaire dans des pays en voie de développement (Afrique subsaharienne, Amérique latine). Ce concept a été repris en France dans les années 1978-80 et est rentré en pratique par le biais des projets de développement social urbain (DSU).¹

Le recours au concept de santé communautaire s'est révélé pertinent dans tous les cas où les populations cibles n'avaient aucun contact avec quelque service social que ce soit.

1— BOURDIEU Pierre (1993) « Une mission impossible », *La misère du monde*, Paris : Seuil, pp. 229-244.

ATD Quart Monde ont été parmi les premiers en France à mettre en œuvre des programmes communautaires dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

L'épidémie à VIH qui explose en Europe dans les années 1984-86 nous a obligé à développer des réponses en terme de santé communautaire. En France, Aides en est un exemple depuis 1984. Les personnes touchées deviennent actrice de la prévention et moteur de l'accès aux soins; Daniel Defert, fondateur de l'association dira alors que le malade est un « réformateur social »².

Avant d'approfondir le concept de santé communautaire et ses outils, il convient d'ouvrir une parenthèse pour définir les deux mots « santé » et « communautaire » pour voir leurs alliances, et faire un rapide lien entre santé communautaire et santé publique.

L'idée que la santé dépend uniquement de l'acte médical est aujourd'hui dépassée. La santé des populations et des individus dépend de cofacteurs (politique, socio-économique, culturel, psycho-relationnel, démographique, géographique et bien sûr sanitaire).

La référence c'est bien sûr celle de l'OMS, qui prend en compte l'homme comme être bio-psycho-social pour définir la santé d'un individu ou d'un groupe d'individus : celle-ci est un équilibre, toujours dynamique, entre ces différentes dimensions. La santé n'est pas la non-maladie mais la capacité de l'individu, ou du groupe d'individus à gérer cet équilibre : « La santé communautaire exige que chaque individu soit acteur de sa propre prévention et porteur pour celle des autres. C'est le partage, la mise en commun d'un langage compréhensible par la communauté autour de ces pratiques, qui permet d'organiser la prévention au plus près. C'est également le respect des connaissances de chaque individu, de la communauté et des autres auteurs du projet de santé. » (Cabiria, *Rapport d'activité*, 1995)

« C'est faire de la santé publique, si c'est laisser le « rôle » de décider et de faire aux seuls professionnels de santé. C'est faire de la santé communautaire, si c'est laisser le « rôle » de décider et de faire aux membres de la communauté. Les professionnels de santé en sont les personnes ressources. »³

Nous pouvons également mettre en perspective les différents aspects de la santé publique et de la santé communautaire (tableau 1).

Différentes définitions

Tenter de définir la santé communautaire implique de se référer à d'autres définitions et de rechercher les concepts connexes à celui qui nous intéresse.

2– DEFERT Daniel (1989) «Un nouveau réformateur social : le malade», communication à la séance plénière du 6 juin 1989 à la Vème Conférence internationale sur le sida à Montréal; *Gai Pied Hebdo*, n° 376, juin.

3– INSTITUT DE MÉDECINE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE TROPICALES (1983-84) *Certificat de santé communautaire 1983-84*, document de travail destiné aux étudiants, Paris : faculté de Médecine Xavier Bichat, université de Paris VII, p. 6.

Tableau 1 : Santé publique et santé communautaire

	<i>La santé publique est une stratégie qui vise à :</i>	<i>La santé communautaire est une pratique qui vise à :</i>
But	Développer la santé, prévenir la maladie à grande échelle.	Démultiplier les acteurs en potentialisant les actions des uns et des autres, en rencontrant les partenaires.
Méthode	Identifier, repérer, planifier, etc.	Impliquer la population qui concourt elle-même à l'identification de ses problèmes et de ses potentialités.
Outils	Diagnostiquer, agir, évaluer, contrôler (épidémiologie, statistique). Niveau d'action national. Le fondement de la santé publique est l'action.	Mener des recherche-action, des évaluation formative... La mobilisation des personnes sur leurs propres capacités internes et externes à évoluer.
Philosophie	Promouvoir la santé selon trois globalités, envisagées de façon dueille : <ul style="list-style-type: none"> • individuel/collectif • préventif/curatif • sanitaire/social 	Promouvoir un partenariat entre la population et les acteurs sanitaires et sociaux. L'approche globale de la santé tient compte des co-facteurs qui l'influencent en vue de réduire le clivage sanitaire/social.
Modes de décision	Les décideurs sont des professionnels, organisation centralisée des prises de décision.	Les décisions sont prises en concertation entre la population et les professionnels, organisation locale et interactive de la prise de décision.

29

Aussi nous aborderons les notions de « communauté», puis nous étudierons les définitions que différents auteurs donnent de la santé communautaire, et nous évoquerons les notions « d'auto support », « d'éducation par les pairs » et de « participation ».

Concept de communauté

« Groupe dont les membres, en contact direct les uns avec les autres, ont fondamentalement les mêmes intérêts et les mêmes aspirations et sont liés par des valeurs et des objectifs communs. Cette communauté peut être géographique, territoriale, socio-économique, professionnelle, etc. Elle peut être de dimension modeste (quartier, usine...), ou de

dimensions plus vastes allant jusqu'à la région. Le terme communauté tend à remplacer celui de collectivité dans les aspects liés à la santé publique. »⁴

« Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socio-économique extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés. »⁵

« Le terme même de communauté fait référence à un ensemble d'individus relativement homogène. Il occulte par le fait même la différenciation sociale interne, les positions des groupes, voir les relations conflictuelles existant entre ces derniers. Dans les communautés villageoises, les voisins sont souvent des rivaux. Il masque les intérêts opposés qui existent entre les groupes sociaux du fait même des positions différentes qu'ils occupent dans le processus de production ».⁶

A la lecture de ces définitions, on remarque que le terme de communauté ne bénéficie pas d'une acceptation homogène selon les auteurs. Le point commun de ces trois textes est le fait qu'il s'agit d'un groupe d'individus repéré comme ayant des caractéristiques ou des pratiques communes ou encore un lieu de vie commun (quartier, village); en revanche, ces définitions divergent sur le point de savoir si les intérêts de la communauté sont les mêmes que ceux de chaque individu qui la compose, pris isolément. De notre point de vue, l'approche de Le Bortef est plus adaptée à la « communauté» que nous nous proposons d'observer. En fait, la population des personnes prostituées ne constitue que bien peu, pour la majorité de celles et ceux qui en font partie, une «communauté» ayant «fondamentalement les mêmes intérêt et les mêmes aspirations...». On peut dire que, hormis son existence objectivée dans les fichiers de police ou dans les rapports de travailleurs sociaux, la «communauté» des personnes prostituées n'a pas de réalité autour d'une mobilisation de ses acteurs – sauf à des moments précis de son histoire, tels que la fameuse révolte des prostituées de Lyon en 1975, par exemple.

Ainsi nous considérons que le terme de communauté procède plutôt d'un détournement théorique, qui permet de repérer une catégorie de population que l'on se propose d'observer à un moment donné ou avec laquelle on a l'intention de travailler. Une communauté n'est

4– MANCIAUX M. et DESCHAMPS J.-P. (1978) *La santé de la mère et de l'enfant*, Paris : Flammarion-Médecine sciences, p. 27.

5– OMS/UNICEF (1986) *Alma Ata, 1978 : Les soins de santé primaire*, Genève : OMS, pp. 55-56.

6– LE BORTEF G. (1982) « Vers une reformulation de l'enquête participation », *Les carnets de l'enfance*, n° 59-60, pp. 160-161.

pas un groupe totalement homogène et clos, elle est traversée par des différenciations internes, est intégrée dans des ensembles plus vastes.

Une communauté peut avoir plus ou moins d'emprise sur un individu, elle peut être un lieu de mobilisation sociale ou plus simplement un lieu de pratiques sociales communes. Nous verrons qu'en ce qui concerne la « communauté» des personnes prostituées de Lyon, l'action de santé communautaire tend à développer de la mobilisation sociale à partir d'une simple pratique : le fait de se prostituer, dans un espace géographique donné. D'ailleurs, nous pouvons constater, avec Michel Péchevis, qu'« il n'est pas neutre de parler de *communauté* plutôt que de *population* ou de *collectivité*, car plus qu'un ensemble d'individus, il s'agit de la nature des relations que ceux-ci établissent et de la dynamique de développement que ces relations permettent d'obtenir. »⁷

Concept de santé communautaire

« A première vue, il semble que les programmes de santé communautaire remettent en cause les principales caractéristiques de la conception actuellement dominante des soins de santé : ils proposent en effet de réunifier des activités qui, traditionnellement, étaient toujours séparées : les activités de santé publique (mesures préventives) et les soins médicaux personnels (mesures curatives) : ils rompent apparemment avec la conception actuelle de la médecine étant donné qu'ils se réfèrent à l'idée très ancienne selon laquelle la plupart des maladies sont causées par des facteurs liés à l'environnement; enfin, il semble que ces programmes puissent contribuer à réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé puisqu'ils prévoient d'étendre les soins de santé à des secteurs sociaux autrefois exclus des programmes. »⁸

« Le terme de santé communautaire tend à remplacer celui de santé publique, laissant à ce dernier un sens plus général, qui recouvre la désignation des organismes officiels chargés d'organiser le contrôle de l'environnement, d'appliquer la réglementation sanitaire, etc. et des actions ainsi mises en œuvre. La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de la santé : réflexion sur les besoins, les priorités; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leur problème de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. »⁹

7— PECHEVIS Michel (1990) « Diagnostic communautaire », in *La santé communautaire, concepts/actions/formation*, Paris : Centre international de l'enfance, p. 123.

8— SOMMARIBA DAS MERCES M. (1982) « Limites des programmes de santé communautaire », dos. 2, pp. 69-76.

9— MANCIAUX M. et DESCHAMPS J.-P., op. cit., p. 31.

Ces deux définitions montrent que la santé communautaire remplace ou remet en cause la santé publique; nous avons vu précédemment qu'il n'en va pas ainsi, mais que les deux disciplines sont complémentaires.

Deux éléments fondateurs sont à retenir dans ces définitions : d'une part la santé communautaire permet de réduire les inégalités sociales en intégrant des secteur marqués par l'exclusion et, d'autre part, elle implique la « participation » des personnes aux programmes de santé; on retrouve d'ailleurs ces deux principes fondateurs dans le développement historique de la santé communautaire.

« La santé communautaire peut se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. L'expression de « santé communautaire » est souvent confondue avec le terme de santé publique, médecine préventive et médecine sociale. En fait, ces différents termes désignent la même réalité et reflètent l'évolution des problèmes et des services de santé au cours du dernier siècle. »¹⁰

« Plus généralement, les questions touchant la santé des groupes humains ne peuvent être comprises que si l'on intègre dans la réflexion de nouveaux concepts et que si l'on se dote de nouveaux outils, sans bien entendu, renoncer aux anciens, mais en leur retirant leur exclusivité. Ces outils et ces concepts sont ceux de la vision collective fournie par l'épidémiologie et la démographie, ceux des sciences de l'information (informatique, théorie de la décision), ceux des sciences humaines (psychologie, sociologie, économie, sciences de l'organisation, sciences de l'éducation, anthropologie) et ceux des sciences des « systèmes complexes » (écologie, environnement, sciences politiques). Un nouveau modèle est nécessaire pour la santé : sans cesser d'être un phénomène individuel et un phénomène biologique, la santé est aussi un phénomène social. Il apparaît aussi que la protection de la santé ne peut plus se ramener à la seule restauration, mais qu'elle doit s'appuyer sur la réduction des risques (la prévention), sur la promotion de la santé par l'implication des usagers, et sur la réhabilitation de la santé, autant que sur la restauration. »¹¹

Toutes ces définitions s'accordent sur le fait que la santé communautaire développe des principes d'action novateurs, favorisant un mieux-être des personnes en étant au plus près de leur préoccupations, et en les intégrant aux différents processus de la démarche de santé, qu'elle soit préventive ou curative.

Enfin, le concept communautaire est basé sur des alliances de prévention, ce que développe Michael Pollak¹² dans son ouvrage *Les homosexuels et le sida*; il nous parle de légi-

10—ROCHON J. (1976) « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux », *Courrier CIE*, 26, n° 3 , p. 225.

11—GRÉMY François et BOUCKAERT André (1995) « L'institution médicale mise en cause », *La recherche*, vol. 26.

12—POLLAK Michael (1988) *Les homosexuels et le sida*, Paris : Matailié.

timé et renforcer le sentiment identitaire car la non-existence ou la crise identitaire est source de mise en risques. Il nous dit également que ce renforcement du sentiment identitaire permet une meilleure collaboration entre les acteurs de santé et la communauté concernée.

Synthèse

Les critères et les outils des projets de santé communautaire repérés comme les plus importants sont :

- 1– Projet concernant les groupes les plus vulnérables.
- 2– Implication des personnes concernées dans la réalisation du projet : c'est la demande du groupe concerné qui est la base de tout projet. La confiance va permettre l'expression et l'émergence des besoins et des désirs des individus.
- 3– Pratique novatrice et expérimentale qui est originale par rapport aux démarches sanitaires traditionnelles.
- 4– Mise en lumière d'un besoin non satisfait dans le cadre des institutions existantes.
- 5– Travail de terrain, action, information et formation réciproques et non par étude et recherche de type purement universitaires.
- 6– Utilité concrète et rapide de l'action en matière de santé des personnes concernées, évaluations quantitatives et qualitatives.
- 7– Création d'un réseau de partenaires ressources, constamment réactualisé aux besoins de la communauté.
- 8– Coordination avec des organismes ou des groupes existants faisant un travail identique.
- 9– Efficacité par rapport aux sommes utilisées.

A ces critères et outils peuvent s'ajouter quelques réflexions, issues de différents rapports écrits par les promoteurs du projet Cabiria au cours de son histoire ; nous reprenons ici les plus marquantes.

La parité

On peut s'apercevoir en consultant le rapport final d'EUROPAP (rapport qui fait le point des actions de santé en direction des personnes prostituées en Europe dans le cadre de la lutte contre le VIH) que peu de projets entendent la parité au sens strict. La réalité fait souvent apparaître qu'en fait, les personnes prostituées sont utilisées soit comme alibi, soit comme première ligne sur le terrain, et qu'elles sont souvent sous-payées à travail égal. On peut observer, par ailleurs, que les personnes prostituées ont quelques fois été mises dans des situations délicates de responsabilité, sans soutien pluridisciplinaire. Ce qui se passe alors, c'est qu'à un moment ou un autre, les projets deviennent caducs ou détournés de leur objet. Soyons clair, la parité n'est pas une question de principe, elle n'est pas née

d'une fantaisie ou d'une illusion pour agrémenter un décor. Les multiples compétences dont dispose une équipe de santé communautaire, et notamment les compétences de la communauté alliées aux autres compétences, sont une réelle garantie d'être et de répondre aux besoins de la communauté, une garantie d'efficacité. C'est en s'assurant de la parité dans les équipes que l'on est sûr de pouvoir disposer de toutes les compétences requises à la bonne marche d'un projet : gestion, stratégies médicales, connaissance du terrain, écoute, accompagnements, évaluation, etc.

La volonté des acteurs

La mise en acte de la santé communautaire est intimement liée à la volonté des acteurs. Lors de nos visites à certains projets, nous avons pu entendre : « on ne peut pas travailler avec les personnes prostituées car elles ne veulent pas ». Or en approfondissant la question, on se rend compte que :

1– Les professionnels ne reconnaissent pas les personnes prostituées comme des personnes. Nous retrouvons ici le poids de l'histoire abolitionniste; puisque les prostitué-e-s sont considéré-e-s alternativement comme des esclaves ou des victimes, elles ne peuvent pas, dans les représentations et l'imaginaire de ces professionnels-là, être des interlocuteurs-trices à part entière.

2– De ce fait et par conséquent, ces mêmes professionnels ne peuvent envisager que les personnes prostituées puissent avoir des compétences, puisque selon leurs critères, leurs représentations socio-culturelles et leur formation, les compétences ne peuvent être définies que par le capital professionnel et les diplômes acquis.

Définir l'autre par le stigmate par lequel il/elle est désigné-e socialement ou par sa différence, avant de penser que c'est un être humain, limite totalement la capacité que l'on pourrait développer à se l'associer.

Ainsi la démarche communautaire procède d'une transformation complète des *a priori* et des valeurs professionnelles courantes. Son application ne se décrète pas, elle implique une réelle proximité et une réelle volonté de connaissance de la communauté avec laquelle on souhaite travailler. Une infirmière ne questionne pas l'acte technique vital pour la santé d'un-e malade. En revanche, la même infirmière doit au préalable travailler sur ses représentations culturelles pour s'associer professionnellement avec les personnes prostituées dans une action de santé communautaire.

Les personnes prostituées sont les seules habilitées à parler de leur communauté, à en signifier les besoins, les seules à pouvoir changer les représentations des clients et ceci, nous devons le chiffrer en termes de compétences. Il est donc bien question ici, de changer les représentations socio-culturelles, de se référer à ce que nous a appris la santé communautaire, même si souvent elle a été appliquée dans des pays dits « sous développés ».

Comme la santé communautaire en France n'est pas encore reconnue sur le terrain comme un outil de la santé publique, elle tient aujourd'hui à la seule volonté des acteurs qui la mettent en œuvre.

Conclusion

Enfin et pour conclure l'exploration des définitions de la santé communautaire, nous pouvons ajouter quelques réflexions complémentaires. La santé communautaire semble procéder d'une démarche dont la tendance principale serait la recherche de consensus (ce qui n'exclue pas les conflits, les débats d'idées ou la négociation).

La santé publique, qui a malgré tout un caractère sanitaire et hygiéniste, avec un système décisionnel centralisé et le travail social traditionnel, qui flirte parfois avec le contrôle social, produisent souvent de la passivité ou une attitude de simple consommation chez les usagers des services, voire de la résistance passive (par exemple non compliance aux traitements ou aux prescriptions, immobilisme social, « grugeries » par rapport aux « contrats établis » avec les personnels sociaux éducatifs).¹³

En matière de prostitution par exemple, l'injonction d'arrêt et de réinsertion sociale, proposée par la plupart des services, produit une façade et un discours des usagers de type : « je veux m'en sortir » et la poursuite de l'activité prostitutionnelle en cachette des travailleurs sociaux, car l'accès au revenu minimum d'insertion (RMI), pour bénéficier d'une protection sociale et d'un logement, sont conditionnés par l'arrêt de la prostitution. Cela peut aussi produire un rapport de force individuel avec le professionnel, qui augmente le rejet, l'exclusion et la marginalisation.

C'est là que la démarche en santé communautaire va rechercher le consensus en partant de la réalité du vécu et des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes, en tenant de se dégager des « évidences » et des *a priori* professionnels; cette démarche a largement été soutenue dans les pays en voie de développement, à savoir s'allier la population en tenant compte de ses croyances et compétences.

Cette recherche de consensus n'est pas tournée seulement vers la communauté, elle intéresse aussi les relations avec les pouvoirs publics, dans le sens où les résultats de ce travail de proximité sont communiqués aux décideurs institutionnels. Par ailleurs cette recherche de consensus produit aussi un effet de médiation avec les services institutionnels, qu'ils soient sociaux ou hospitaliers. Pour préciser encore la notion de santé communautaire et introduire celle de la participation, nous pouvons explorer des approches connexes qui sont celles « d'éducation par les pairs » et « d'auto support » (tableau 2).

13—JAVEAU C. (1990) « L'ordre social et le contrôle social », *Leçons de sociologie*, Paris : Méridiens, pp. 234-255; GOFFMAN E. (1976) *Stigmates*, Paris : Editions de Minuit.

Tableau 2 : Autosupport, éducation par les pairs et santé communautaire

	Autosupport	Education par les pairs	Santé communautaire
Principes	Organisation d'entraide, de solidarité, entre des personnes partageant un même problème ou une même pratique.	Les professionnels proposent à des personnes de la communauté d'être des « éducateurs » pour développer la prise de conscience de leurs pairs vis-à-vis d'un problème de santé (le plus souvent prévention).	Collaboration entre la communauté et les professionnels pour identifier et résoudre un problème de santé; parité dans les groupes de travail.
Forme	Groupe de parole, de soutien; réseau de solidarité, d'échange.	Formation des <i>peer educators</i> par les professionnels dans un but d'éducation à la santé.	Formation réciproque, partage des compétences, des savoirs et du travail de terrain.

L'approche en santé communautaire reste un terrain expérimental, qui tente plusieurs paris : celui d'établir un pont entre le domaine sanitaire et le domaine social, afin d'aborder chacun-e dans sa globalité; celui de rendre aux personnes concernées par les politiques de santé publique, une place et une parole; celui enfin de participer à l'élaboration d'une société où la notion de citoyenneté aurait un sens fort. Ces paris et les méthodes mises en place sont des outils du changement social, mais restent extrêmement fragiles.

« Le travail symbolique nécessaire pour s'arracher à l'évidence silencieuse de la doxa (le discours dominant) ne serait pas possible sans l'intervention de professionnels du travail d'explicitation qui, dans certaines conjonctures historiques, peuvent se faire les portes paroles des dominés sur la base de solidarités partielles et d'alliances de fait fondées sur l'homologie entre une position dominée dans tel ou tel champ de la production culturelle et la position des dominés dans l'espace social. C'est à la faveur d'une telle solidarité, non dépourvue d'ambiguité, que peut s'opérer, avec par exemple les prêtres défroqués des mouvements millénaristes du moyen âge ou les intellectuels des mouvements révolutionnaires de l'époque moderne, le transfert de capital qui permet d'accéder à la mobilisation subversive contre l'ordre symbolique établi. »¹⁴ L'un des objets de la santé communautaire est de restituer la parole, quelles que soient les difficultés, aux personnes les plus exclues. La différence avec d'autres méthodologies d'intégration des communautés dans l'action publique réside dans une recherche d'égalité entre les décideurs/acteurs/bénéficiaires. Un des moyens d'obtenir cette égalité est l'organisation paritaire.

14— BOURDIEU Pierre (1997) *Les méditations Pascaliennes*, Paris : Seuil, p. 224.

LA PARITÉ

Françoise Guillemaut, Corinne Monnet et Martine Schutz Samson

Jusqu'à ces dernières années, les méthodes de la santé publique étaient essentiellement quantitatives et centralisées; elle n'apparaissait pas dans le débat public. L'apparition de l'épidémie à VIH, l'affaire du sang contaminé et plus récemment les problèmes de « la vache folle » ont dramatiquement placé la santé publique sur le devant de la scène. Concernant le VIH, ces quinze dernières années ont été marquées par la mobilisation des usagers et des malades, sur les questions de santé et de prévention. La notion de santé communautaire, ou plus exactement d'approche communautaire de la santé, est apparue dans les discours, modifiant l'approche purement administrative de la santé publique. La parole a – plus ou moins – été concédée aux usagers. Soit que ceux-ci se soient mobilisés pour collaborer avec les pouvoirs publics de manière consensuelle (Aides), soit qu'ils se soient construits sur l'activisme d'opposition (Act Up Paris). Puis, dans le même courant de pensée, des projets de santé communautaire sont nés avec des groupes plus stigmatisés, comme les personnes prostituées (Bus des Femmes à Paris, Cabiria à Lyon, Autres Regards à Marseille, en 1992-93) ou comme les toxicomanes (Ego en 1992, Ruptures à Lyon en 1994). Ces projets, nous l'avons vu, se construisent sur des influences issues de l'antipsychiatrie et des mouvements d'éducation populaire sud-américains.¹

37

Recherche sur le terme parité

Les recherches sur le concept en santé publique et communautaire

Dans le champ de la santé communautaire, le terme de parité n'est pas utilisé. Les différents auteurs qui traitent de ces méthodes d'intervention évoquent la « participation » des personnes ou de la communauté : « La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien être comme ceux de la communauté, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de

1– SCHUTZ SAMSON Martine et GUILLEMAUT Françoise (1997) « La santé communautaire », *Cabiria Rapport d'activité*, Lyon : multigraphié; CAVALCANTI Lia (1994) « L'intervention communautaire dans le champ des problèmes liés aux drogues ».

résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement, au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaire passifs de l'aide au développement. Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent.. »²

« En principe et en pratique, la « participation populaire » s'oppose à la centralisation des décisions qui confine paysans et citadins dans un rôle d'exécutants passifs. Il existe, toutefois, plusieurs formes de participation : aux discussions, à la prise de décision (à différents niveaux), à la formation, à l'exécution, à la gestion, au contrôle, à l'éducation. L'intensité de la participation varie aussi – ceux qui participent peuvent se sentir plus ou moins engagés – pour une période plus ou moins longue... »³

On le voit, les réflexions menées jusqu'à ce jour en France sur la santé communautaire restent floues quant aux méthodes à mettre en œuvre pour faciliter la participation communautaire. Pourtant, depuis 1993, nos différents projets de santé communautaire utilisent la notion de parité : parité dans les équipes de travail, parité au Conseil d'administration. Celle-ci est évoquée ainsi dans le rapport d'activité de Cabiria en 1994, dans un climat relativement conflictuel à l'époque : « Ce travail identitaire s'est concrétisé le 1^{er} décembre 1993, où, pour la première fois, les personnes prostituées ont pris la parole en présence des institutionnels et des travailleurs sociaux. C'est alors que les institutions et les travailleurs sociaux ont vivement réagi. Diverses critiques ont été portées publiquement; pourtant, *donner la parole aux personnes prostituées est la base même du travail de santé communautaire*. Nous avons mis en œuvre, d'autre part, le concept de santé communautaire par la recherche de la parité dans toutes les instances qui doivent réfléchir sur Cabiria. Nous sommes particulièrement vigilantes à ce que ces réflexions théoriques deviennent réalité. »

Lors de la rédaction de la Charte du « Collectif Olympio », en 1996, collectif qui regroupait les associations de santé communautaires avec les prostitué-e-s en France depuis 1993, nous évoquions la notion de parité en ces termes : « Les multiples compétences dont dispose une équipe de santé communautaire, et notamment les compétences de la communauté alliées aux autres compétences, sont une réelle garantie d'être et de répondre aux besoins de la communauté, une garantie d'efficacité. C'est en s'assurant de la parité dans les équipes que l'on est sûr de pouvoir disposer de toutes les compétences requises à la bonne marche d'un projet : gestion, stratégies, médicales, connaissance du terrain, écoute, accompagnements, évaluation... »

2– OMS/UNICEF (1978) « Les soins de santé primaire », in *Rapport conjoint de la Conférence d'Alma Ata, 6 du 12 septembre 1978*, Genève et New York : OMS, pp. 21-22.

3– BUGNICOURT J. (1982) « La participation populaire au développement en Afrique », *Les Carnets de l'enfance*, n° 59/60, p. 64.

Ces extraits, s'ils sont généreux dans leur intention, manquent cependant de précision; c'est ce qui nous conduit, après six ans de pratique, à travailler sur la conceptualisation du terme de parité utilisé dans le champ de la santé communautaire.

Pour ce faire, nous nous sommes interrogé-e-s sur l'utilisation du terme « parité » dans d'autres champs du politique ou du social : les organismes de sécurité sociale, créés en 1945, sous forme d'organismes paritaires, et, plus récemment le débat public et politique sur la parité hommes-femmes dans les assemblées élues. Ce sont les seuls domaines où nous avons trouvé l'évocation de la notion de parité.

Les recherches sur le concept en politique

Le concept de parité, ou paritarisme, n'a pas de réelle existence dans le champ politique. De nombreux dictionnaires politiques ne le mentionnent pas, qu'il s'agisse des dictionnaires des termes politiques ou des dictionnaires des idées politiques. Il ne figure pas non plus dans les fichiers thématiques des bibliothèques, ce qui rend difficiles les recherches sur ce concept. Nous n'avons donc pas trouvé d'histoire politique de la parité. Quand le terme est mentionné, il renvoie alors au nouveau concept de parité apparu au début des années 1990, pour revendiquer l'égalité entre les hommes et les femmes dans la prise de décision et les instances élues.

39

- *Les organismes paritaires*

Il semblerait que les premières apparitions de ce terme remontent aux discussions sur les modes de gestion des Conseils de Prud'hommes. A l'origine, vers 1806, ces conseils étaient dominés par les patrons. A partir de 1848, le bref avènement d'une République démocratique et sociale permit par décret que le nombre des conseillers prud'hommes ouvriers soit toujours égal à celui des prud'hommes patrons et que la présidence des Conseils soit déférée alternativement par voie d'élection à un patron et à un ouvrier titulaire. Les syndicats ont influé pour que ces conseils deviennent des organes de défense des salariés.

De la même façon, la réflexion sur le mode de gestion des caisses de sécurité sociale reprend ce concept. Dès l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, figure au premier chef le principe d'une « gestion des institutions de sécurité sociale *par les intéressés* », d'une part dans une préoccupation de démocratie sociale, et d'autre part, dans le but d'éviter ainsi « le risque d'étatisme bureaucratique ».

Dès 1945, la première question, à savoir *qui sont les intéressés*, s'est posée. Le pouvoir a donc été partagé entre les employeurs (directement intéressés par le financement de la protection sociale puisqu'ils cotisent) et les salariés (intéressés et par ce financement, puisqu'ils cotisent également et par les prestations qui leurs sont reversées). En 1945, les

salariés étaient représentés majoritairement, ceci pour deux raisons : le patronat était discredité à cause de la collaboration de certains de ses membres avec le gouvernement de Vichy, et les syndicats considéraient que la mise en place d'assurances sociales était le résultat des luttes du mouvement ouvrier. L'exposé des motifs de l'ordonnance de 1945 définit les syndicats comme les représentants directs des bénéficiaires de la sécurité sociale.

La seconde question porte sur le mode de désignation des intéressés. Si, du côté des employeurs, leurs représentants ont toujours été désignés par le CNPF, nous trouvons d'importantes variations du côté des salariés. Désignées en 1945 par les syndicats, puis élus à partir de 1946, les ordonnances de 1967 établissent de profondes modifications, dont la suppression de l'élection et le retour à la désignation par les cinq syndicats alors représentatifs, et l'instauration du paritarisme, c'est à dire la répartition à égalité des sièges entre employeurs et salariés (ces ordonnances ont été fortement critiquées par les syndicats de salariés). En 1982, on retourne à la représentation majoritaire des salariés et à l'élection des administrateurs des caisses de base. En 1983, les élections ont échoué à cause d'un taux d'abstention proche de 50%. En 1993, ce sont des procédures *ad hoc* de désignation qui renouvellent les conseils d'administration.

Diverses critiques ont été portées sur le mode de gestion : d'une part, l'accentuation du pluralisme syndical l'a rendu beaucoup plus difficile, et d'autre part, le faible taux de syndicalisation des salariés pose la question de la pertinence de ce mode de gestion.

40

L'Etat a toujours exercé une tutelle et un contrôle sur la gestion de la sécurité sociale. Mais son pouvoir a été renforcé par l'intervention de l'exécutif dans cette gestion. L'importance de son rôle remet en question la conception d'une sécurité sociale gérée par les représentants des usagers.

- *La parité hommes-femmes*

Le concept de parité a été repris par des femmes luttant pour l'égalité entre les femmes et les hommes dans la représentation démocratique. Les tenantes de ce mouvement paritariste défendent toujours la nouveauté de ce concept. Quand elles en font la genèse, elles ne font pas de liens entre ce dernier et les organismes paritaires.

Le terme de parité, dans cette nouvelle acception, apparaît en France en 1987 chez des militantes politiques afin de concevoir dans les structures d'organisation un mode de fonctionnement collectif qui soit paritaire, c'est-à-dire composé pour moitié de femmes et moitié d'hommes.⁴ En 1988, les Verts reprendront le principe d'un partage paritaire des responsabilités et des candidatures aux élections. En 1989, le Conseil de l'Europe organise un

4— GASPARD F. (1994) « De la parité : genèse d'un concept, naissance d'un mouvement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 15, n° 4.

colloque sur la démocratie paritaire. Finalement, c'est en 1992 que le concept de parité va réellement se diffuser et se clarifier. La parité se fonde sur le principe d'égalité. En cela, elle est bien à distinguer des quotas, qui pour leur part nient ce même principe d'égalité. Les quotas apparaissent au mieux comme des concessions, tandis que la parité se situe au niveau de la reconnaissance d'un droit. La parité est exigée « au nom de l'égalité de statut, et non pas au nom de la représentation d'une minorité »⁵.

La lutte pour la parité repose sur plusieurs arguments qui impliquent souvent des ruptures fondamentales avec notre culture politique. La parité remet en cause les dogmes d'universalisme et d'égalité de la démocratie. L'universalisme républicain, qui ne reconnaît aucune sexuation des individus, a plutôt servi à exclure les femmes, le neutre recouvrant toujours du masculin. Distinguer les éligibles en catégories de femmes et d'hommes permettrait, sur une base égalitaire, d'instaurer une véritable démocratie, qui ne reposera plus sur l'exclusion des femmes. L'égalité démocratique est aussi critiquée puisqu'elle reste une égalité formelle qui n'assure en rien l'égalité réelle. « Plutôt que d'une Constitution qui proclame l'égalité entre les sexes, nous avons besoin d'une loi qui la réalise »⁶. Si le principe d'égalité est juste, nous savons qu'il s'accorde bien d'une mise en pratique incomplète voire nulle. Pour les paritaristes, une démocratie véritable devrait plutôt chercher à « fabriquer des égaux » qu'à les reconnaître formellement. Il ne s'agit donc pas d'une lutte pour un droit mais du décalage entre le droit et les faits. Ainsi, nous pouvons dire que ce sont les impasses de l'égalité qui conduisent à la repenser en termes de parité⁷.

Un autre point fort de l'argumentation paritariste repose sur ce que Viennot appelle un pari, qui réside dans le fait de penser que « la participation massive des femmes à la prise de décision publique améliorera la vie politique »⁸. La parité serait porteuse d'une transformation qualitative du politique. D'autre part, la parité pourrait intégrer certains débats en politique, débats touchant prioritairement les femmes, comme l'avortement, la contraception, la violence conjugale, le chômage, etc.

Après cette présentation rapide des arguments pour la parité, nous devons noter que de fortes critiques lui ont été portées par d'autres féministes. Tout d'abord, c'est la différence même entre les quotas et la parité qui est remise en cause. Cette différence ne porte pas sur la nature du principe, qui consiste dans les deux cas à corriger la sous ou la non-représentation des femmes par l'institution. « La parité est la version de quotas exactement proportionnels appliquée aux femmes »⁹.

41

5—SINEAU Mariette (1995) « Parité et principe d'égalité : le débat français », in *La place des femmes*, Paris : Ephesia.

6—VIENNOT E. (1994) « Parité : les féministes entre défis politiques et révolution culturelle », *NQF*, vol 15, n° 4.

7—PISIER E. (1995) « Égalité ou Parité ? », in *La place des femmes*, Paris : Ephésia.

8—VIENNOT E. (1994) *op. cit.*

9—VARIKAS E. (1995) « Une représentation en tant que femme ? Réflexions critiques sur la demande de la parité des sexes », *Nouvelles questions féministes*, vol. 16, n° 2.

L'idée disant que la démocratie sans les femmes n'est pas une vraie démocratie induit l'idée que si *des* femmes étaient élues pour moitié, alors *les* femmes seraient incluses dans la démocratie, ce qui n'est que rhétorique politique¹⁰. En effet, si l'on peut parler d'une non-représentation des femmes, c'est plutôt du côté de l'absence de référence aux droits des femmes en général, que ce soit dans le discours des hommes ou des femmes politiques. La revendication de parité semble remplacer toutes les autres puisqu'elle ne donne aucun engagement, ni aucun programme, comme si elle constituait en elle-même un projet politique clair et cohérent. Soutenir cette lutte, sans autre revendication précise, revient « à accepter l'effacement actuel du politique, pire encore : son exténuation absolue »¹¹. La parité avec programme serait de type démocratique, sans programme, ce n'est plus que démagogie. Si nous cautionnons l'absence de programme, nous laissons se constituer une idée de parité représentative « fondée sur l'insensibilité aux problèmes des femmes en général ».

S'il est possible qu'un Parlement paritaire prenne des décisions différentes de l'actuel, il ne faut pas oublier qu'il existe un monde entre le vraisemblable et l'effectif. Monde qui, en l'absence de programme, repose sur la fausse idée que l'appartenance de genre produirait *ipso facto* une solidarité de genre, voire une compréhension des rapports de genre.

42 L'argumentation pour la parité, pour certains auteurs, présuppose une nature féminine, qui se substitue à la connaissance des dossiers et des questions, à la réflexion et à l'engagement. Incrire cette différence féminine en droit peut ouvrir la voie aux pires réggressions et « risque de perpétuer la différenciation dichotomique sur laquelle repose toujours la marginalisation des femmes dans le champ politique »¹².

Pour d'autres, la parité en politique, même si elle n'apporte pas une réponse idéale, a le mérite de poser le débat et d'interroger ce qui procédait jusqu'alors de l'évidence : « L'établissement de la parité peut contribuer à problématiser le processus de production culturelle des identités sexuées, en l'inscrivant dans le registre du politique. En ce sens, elle est tout le contraire de la démarche « naturaliste » que ses adversaires veulent y voir. En régime démocratique, politiser une question revient à lui ôter tout fondement de nature ou de tradition, précisément en le rendant discutable. Par là, le rapport entre les genres et les identités qu'il détermine cesse d'être des données inquestionnées du monde vécu, pour devenir des objets de réflexion publique. Que l'identité sexuelle devienne réflexive, n'est-ce pas en outre le meilleur garde-fou contre une possible cristallisation aveugle des modifications en cours des relations entre les genres, en favorisant la substitution de nouveaux stéréotypes aux anciens ? »¹³

10— LE DOUEFF M. (1995) « Problèmes d'investiture (De la parité, etc.) », *NQF*, vol. 16, n° 2.

11— LE DOUEFF M. *op. cit.*

12— VARIKAS E. *op. cit.*

13— VOGEL Jean (1998) « La parité et les nouvelles figures de la citoyenneté », in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.

Synthèse des essais de définition de la parité

Nous pouvons maintenant soulever une contradiction entre la conception de parité des organismes paritaires et celle de la parité femmes-hommes.

Dans les organismes paritaires, les représentants des travailleurs par exemple représentent bien réellement leurs intérêts. Il s'agit bien ici d'une représentation au sens politique, où une personne agit pour une autre en vertu d'une délégation d'autorité. Mais il n'en va pas de même pour la représentation dans la parité femmes-hommes où « la parité n'a pas pour objectif de faire que des femmes dans les assemblées représentent les femmes »¹⁴.

Par le choix du terme parité, nous pourrions croire que l'assemblée serait comme une commission paritaire où des représentants des deux sexes chercheraient à atténuer les conflits femmes-hommes. Mais de façon contradictoire, « les femmes élues n'ont pas à se sentir responsables de leur sexe »¹⁵.

Il ne s'agit donc pas de la même représentation, la seconde permettant plutôt de problématiser une question de société, puisque l'acte de délégation n'est pas lié à une représentation de type programmatique.

Nous pouvons aussi rajouter que les représentants du peuple ne doivent pas tant représenter moralement les personnes qui ont voté pour eux mais bien plutôt leurs intérêts généraux ainsi que les choix pour lesquels ils ont été élus. L'argument paritariste est de penser la crise de la représentativité dans le fait que les images renvoyées au peuple par sa classe politique ne reflètent pas la diversité de la nation. Le Doeuff pour sa part voit cette crise dans un autre fait : « dans les choix qui sont proposés au peuple souverain, il n'y a rien qui corresponde aux intérêts moraux de pans entiers du peuple ».

Après avoir un peu creusé le sens de ces deux exemples de parité, nous en arrivons donc au constat qu'elles n'ont peut-être finalement en commun uniquement :

- sur le plan des moyens : l'exigence quantitative, de partage des décisions entre deux groupes sociaux en conflits d'intérêts;
- sur le plan des finalités : l'exigence d'éviter une discrimination, ou d'assurer que des droits seront reconnus à un groupe social victime d'oppression (les travailleurs, les femmes).

La parité est donc toujours utilisée comme un outil, un passage vers plus de justice ou d'équité. Elle peut être entendue comme une correction apportée aux exclusions que la démocratie a permises, comme une réponse pour combattre des discriminations.

C'est de cette définition que nous partirons. Elle pose donc comme préalable la reconnaissance de groupes opprimés historiquement les uns par les autres. Il est intéressant de

43

14— GASPARD E, *op. cit.*

15— LE DOUEFF M. *op. cit.*

noter que l'histoire des femmes rencontre l'histoire d'autres exclus et que le réseau d'arguments pour justifier de cette exclusion est relativement homogène : manque d'éducation intellectuelle (les ouvrier au XIX^e siècle, les femmes, les pauvres...), manque d'intelligence, manque de représentativité... Ces arguments concourent à exclure des catégories de population de la « chose publique » (république) : « L'exclusion se traduit par des empêchements ponctuels (aller dans tel ou tel lieu public, obtenir tel ou tel droit civil...), qui ont pour but principal d'interdire l'accès au politique. De fait, l'interdiction du politique n'est jamais formulée dans sa brutalité, elle se manifeste le plus souvent comme une conséquence, un effet de divers empêchements, d'interdictions partielles. »¹⁶

Il est utile de noter également que l'on rencontre un double effet de l'exclusion dans le domaine qui nous préoccupe : exclusion des personnes du fait de la prostitution et du fait d'être assimilé aux femmes en général, même si, dans de nombreuses villes de France entre 30 et 50% des personnes prostituées sont des hommes de naissance.

Enfin, la parité ouvre le débat entre communautarisme et universalisme. Le communautarisme est traditionnellement anglo-saxon. C'est aux Etats-Unis qu'il est le plus développé, et l'on sait qu'il peut conduire à des excès; En France, nous restons attachés à l'universalisme, où la République une et indivisible est sensée garantir l'égalité de tous les citoyens. L'intégration de tous à un modèle unique est la règle.

44

Contexte d'émergence de la santé communautaire

L'épidémie à VIH

L'épidémie à VIH, qui explose en Europe dans les années 1984-86, a suscité le développement de réponses en terme de santé communautaire. En France, Aides en est un exemple depuis 1984. Les personnes touchées deviennent actrices de la prévention et moteur de l'accès aux soins; Daniel Defert, fondateur de l'association, dira alors que le malade est un « réformateur social »¹⁷. D'une certaine manière, les groupes de malades se constituent « contre » le pouvoir médical, sous forme de groupe de pression : Act Up Paris, et dans une certaine mesure le groupe TRT5... Parallèlement, la parole des homosexuels masculins est rendue visible dans le champ politique, à la fois comme faisant suite à un mouvement de mobilisation antérieur à l'épidémie (en particulier aux Etats-Unis), mais aussi pour se défendre d'une stigmatisation liée au VIH. Là, la société dans son

16—FRAISSE Geneviève (1995) *La muse de la raison, démocratie et exclusion des femmes en France*, Paris : Gallimard.

17—DEFERT Daniel (1989) « Un nouveau réformateur social : le malade », communication à la séance plénière du 6 juin 1989 à la Vème Conférence internationale sur le sida, Montréal, *Gai Pied Hebdo*, n° 376, juin.

ensemble prend conscience des discriminations qu'ils subissent, et il devient possible de retourner le stigmate en « fierté ». Au travers de ce combat, on peut dire que l'organisation communautaire acquiert une certaine légitimité. Il s'agit plutôt d'une forme de « communautarisme » à l'américaine, où la communauté elle-même se mobilise pour ses propres intérêts. En l'occurrence, les homosexuels en tant que groupe disposent des outils nécessaires : capital culturel, économique et social.

En matière de prostitution les choses se passent fort différemment. La prostitution est un stigmate, l'homosexualité en était un aussi jusque dans les années 1970 au moins¹⁸. Le rapprochement s'arrête là, dans la mesure où les deux « communautés » n'ont pas de point commun. Lilian Mathieu montre dans sa thèse la difficulté historique pour les prostituées à se constituer en tant que groupe et l'absence de référence à une histoire commune lorsqu'il s'agit de revendications¹⁹. Par ailleurs l'incorporation du stigmate associé à la prostitution ne favorise pas une visibilité individuelle à long terme.

Depuis 1945, avec la fermeture des maisons closes, et 1960, avec les ordonnances qui font de la prostitution un fléau social, depuis la ratification par la France de la convention de Genève, la prostitution et par extension les prostitué-e-s sont considéré-e-s comme devant être réinséré-e-s hors de la pratique prostitutionnelle. Un dispositif de contrôle social est mis en place, qui empêche toute possibilité de parole publique et différente de la part des intéressé-e-s. L'état d'esprit du législateur dans cette période est largement influencé par le contexte de la fin de la seconde guerre mondiale. Les tenanciers de maisons closes étaient souvent des collaborateurs, et le proxénétisme contrôlait le milieu de la prostitution. Les courants abolitionnistes prônent l'idée que la réglementation entérine une forme d'esclavagisme des femmes, soumises au proxénétisme international. Il était important, à l'époque, de lutter contre le proxénétisme et la corruption. Entre 1945 et 1980, cette lutte a porté ses fruits : la corruption, au moins dans le milieu de la prostitution, n'est plus un problème majeur en France. Pourtant, l'esprit et le cadre d'intervention sur les questions de prostitution sont restés les mêmes. Les personnes prostituées sont toujours considérées comme des esclaves et de ce fait elles doivent être sorties, même malgré elles, de la prostitution. Une intention à priori généreuse, mais qui présente le désavantage d'occuler leur parole et de leur interdire l'accès à une reconnaissance sociale.²⁰ Dans le contexte social de la fin des années 1990, un système de discrimination aussi flagrant ne

45

18— Retrait de l'homosexualité du registre des désordres mentaux par l'*American Psychiatric Association* en 1974, et par la suite, du *DSM III* (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). En France il faudra attendre 1982 pour que l'homosexualité ne soit plus classé parmi les maladies mentales.

19— MATHIEU Lilian (1998) « L'action collective des prostituées - Le cheminement incertain de la constitution d'un groupe », thèse pour le doctorat en science politique, université de Paris X, Nanterre.

20— On pourra consulter à ce propos la circulaire du Service du droit des femmes, Direction de l'action sociale de mai 1997.

va plus de soi, d'autant plus qu'une grande partie des pays voisins de la France sont réglementaristes. Non que nous considérons le réglementarisme comme la solution idéale, mais nous voulons seulement relever le décalage entre les différentes réglementations nationales en Europe. Par ailleurs dès 1975 et en 1982, des mouvements de prostituées ont fait entendre un discours nouveau, réclamant par exemple le droit d'exercer librement la prostitution.²¹

L'épidémie à VIH accélère la mise en lumière de certains dysfonctionnements ou de certaines idées fausses. En effet, l'AFLS, en 1990, demande une enquête sociologique sur la prostitution et, en 1993, le Centre de surveillance épidémiologique du sida produit également un rapport sur les conditions de vie des personnes prostituées. Apparaissent alors des constats inattendus :

- dans les grandes villes, près de la moitié des personnes prostituées sont des hommes de naissance;
- près de 40% des personnes prostituées n'ont pas de couverture sociale;
- un grand nombre d'entre eux-elles vivent dans des situations de logement précaire et/ou excessivement onéreuses.

Par ailleurs, les conditions d'émergence de l'épidémie à VIH nous font nous re-interroger – comme au temps de la syphilis – sur la situation sanitaire des prostituées. Cependant le contexte a changé, d'une certaine manière la tolérance est plus grande.

46

C'est dans ce contexte que des équipes de terrain se mobilisent, presque de manière concomitante à Paris, Lyon et Marseille. Quelques points sont à relever :

- la mobilisation s'articule autour de la prévention du VIH, préoccupation sanitaire;
- ce sont des professionnels (médecins, sociologues, personnels de santé) qui impulsent l'organisation pratique de la mobilisation, mais en s'associant d'emblée avec les personnes prostituées;
- le financement est institutionnel (AFLS d'abord, puis DGS), assortis d'autres financeurs privés qui sont Ensemble Contre le Sida et la Fondation de France. Localement les collectivités territoriales s'associent au financement.

A partir de 1992-93, la question de la place des personnes prostituées se formalise, la notion de parité est employée, les personnes dans les équipes sont salariées au même titre et selon la même convention collective que leurs collègues issus du milieu professionnel. Ceci a créé et crée encore des réactions souvent vives chez les détracteurs de ces projets; l'idée qu'une personne peut acquérir sa légitimité professionnelle à partir de son histoire

21– Il s'agit de l'occupation des églises à Lyon, puis à Paris et Marseille, et de la création du Comité international pour le droit des prostitué-e-s dans les années 1980. Les revendications adressées aux autorités étaient par exemple de « dériminaliser la prostitution, garantir aux prostituées les droits dont jouissent les autres citoyens, protéger l'indépendance, la santé et la sécurité des personnes exerçant cette profession, soutenir les groupes d'auto assistance de prostituées » etc; ces mouvements ont été largement analysés par Lilian Mathieu dans sa thèse, op cit.

de vie ne semble pas acceptable aux yeux des travailleurs sociaux en particuliers, car ils se sentent délégitimé dans leur statut professionnel.

Enfin, la démarche qui consiste à donner légitimité et parole aux prostitué-e-s pose en filigrane la question de la prostitution en tant que métier²², ou du fait d'être prostitué-e en tant que statut. Nous ne discuterons pas ces questions ici car nous considérons que c'est aux personnes qui exercent la prostitution d'y répondre. Cependant, notre position est de constater que la prostitution est une réalité incontournable, et que les personnes prostituées ont, depuis vingt ans au moins des « revendications ».

La parité en pratique de santé communautaire

La proximité est un préalable dans tous les projets de santé communautaire. Elle se repère à plusieurs niveaux, à la fois sur le terrain et dans tous les moments conviviaux qui créent du lien social.

Principes

L'histoire sociale des personnes prostituées nous montre qu'à travers les siècles leur place est toujours la même : la prostitution est constatée, reconnue, tolérée, acceptée, alors que la parole des prostituées reste inexistante. En effet, les mouvements abolitionnistes développent qu'elles sont esclaves et victimes, que l'on doit donc s'en occuper voir les occuper mais en aucun cas les entendre. Il suffit de suivre les diverses réactions de rejet, d'exclusion, de peur, lorsque vers les années 1990, elles en viennent réellement à s'exprimer à travers les actions de santé communautaire.

Comment pourrions-nous oublier l'accusation si violente de proxénétisme, lorsque Cabiria, dès 1993, laisse librement s'exprimer des personnes prostituées au côté des chercheurs dans un colloque public ?

Nous pouvons faire le pari que la caution du label santé (VIH) a joué fortement en leur faveur pour qu'enfin nous puissions les entendre. Jusqu'alors, la manière d'appréhender la parole des personnes prostituées était contenu dans la vision élaborée par les abolitionnistes. Ceux-ci, par une solidarité toute caritative avec la condition des personnes prostituées, ont été à leur côté, au moment de l'occupation des églises en 1975 et au moment des procès de Grenoble en 1982. Mais c'est précisément sur la question de la sortie de la prostitution que la divergence est apparue. Le courant humaniste des abolitionnistes peut se situer dans un registre de conscientisation; partant du principe que ce sont des opprimées, il s'agissait pour

22— On pourra consulter à ce propos la thèse de Stéphanie PRYEN (1997) « Stigmate ou métier, approche socio-logique de la prostitution à Lille », Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille.

les abolitionnistes de faire émerger à la conscience des personnes prostituées la nécessité de rejeter l'activité prostitutionnelle. Or ce processus pour les prostituées ne semble pas aller de soi, elles ont elles-mêmes manifesté leur rejet de leurs alliés de l'époque. S'il nous a semblé pertinent de considérer comme préalable leur place et leur parole à parité au sein des projets de santé communautaire, c'est bien dans une volonté d'égalité, dans un souci de rétablir une forclusion délibérée. Car les laisser parler nous fait tout à coup entendre d'autres paroles, même une grande diversité de parole, celle des femmes, celle des transgenres (jeunes hommes, travestis, transsexuelles), celle des personnes toxicomanes. Et tout à coup, une visibilité, oh combien crainte, se fait jour : celle des clients. En effet, lorsque les actions de santé communautaire émergent, elles posent de façon directe la question de la prévention du VIH et des MST chez les clients.

Lorsque nous avons mis en place ces projets se réclamant d'une approche communautaire, nous avons eu une motivation fondamentale, qui était celle de lutter contre la discrimination sociale et politique dont les prostitué-e-s sont l'objet, de lutter contre l'exclusion. Dans le contexte de l'épidémie à VIH, nous considérions, comme les recherches l'ont par la suite confirmé, qu'il n'y a pas de prévention et d'accès aux soins possibles sans un minimum de dignité, de reconnaissance et de droit²³. Aussi, avons nous construit notre méthodologie sur plusieurs principes ou objectifs, relevant à la fois d'une forme d'éthique et de militantisme politique ou, en tout état de cause humaniste :

- stratégie d'alliance : allier des compétences et des expériences différentes pour favoriser l'émergence de l'existence sociale du groupe concerné. Cette stratégie d'alliance devrait permettre de faire valoir les points de vue et les intérêts des personnes prostituées, vis à vis des pouvoirs publics et des décideurs;
- contester les rapports de domination et de dépendance des personnes prostituées vis-à-vis des institutions sanitaires et surtout sociales. Un engagement réciproque à parité devrait garantir plus d'autonomie aux personnes prostituées;
- mobiliser les personnes prostituées sur leur propre prévention et sur l'appropriation des dispositifs de prévention et de soin;
- rendre visible le phénomène de manière non monolithique (en interrogeant par exemple l'axiome : « la prostitution est un esclavage ») et lutter contre l'image négative associée à la prostitution, en particulier aux personnes prostituées, et leur restituer leur dignité citoyenne;
- permettre la continuité entre deux mondes à priori antagonistes, le monde de la rue et celui des professionnels sanitaires et sociaux. Lilian Mathieu évoque dans sa thèse « l'injonction morale d'égalité » (p. 483), et nous disions nous même en 1995 (Cabiria, *Rapport d'activité*, p. 35) : « il s'agit de questionner chaque jour le pouvoir que nous

23– Voir à ce propos les positions de Jonathan Mann et les écrits de Michael Pollak.

confère notre statut social et de garder une grande vigilance pour ne pas imposer nos valeurs en restant dans une dynamique de partage »;
– permettre un partage horizontal des responsabilités entre les personnes impliquées et travailler de manière démocratique, où chaque protagoniste a une place et une parole reconnues.

Écueils

Nous avons depuis lors repéré plusieurs limites à l'utilisation de la parité comme méthode de travail. Les limites sont tout d'abord théoriques. Les travaux sociologiques sur la déviance montrent que les catégorisations nous font courir un risque de renforcement du stigmate, contraire aux objectifs initiallement affichés.

Lilian Mathieu montre quant à lui comment la catégorie « prostituée » a été créée à la fois par les courants réglementaristes et par les courants abolitionnistes, les premiers pour « mettre en carte » les prostituées à des fins de contrôle, les seconds pour désigner et circonscrire un stigmate, « incompatible avec la dignité et la valeur de la personne humaine » (convention de New York) :

« Dans cette lutte de classement, les prostituées ont toujours été trop dénuées de ressources pour pouvoir faire entendre leur voix propre et contribuer à leur propre objectivation, [jusqu'à se voir] dénier toute compétence à la prise de parole publique et à l'expression autonome de leurs souhaits et doléances. »²⁴

On peut s'interroger sur le fait que la notion de parité ferait courir le risque de renforcer cet état de catégorie désignée de l'extérieur, en atomisant et en aliénant la parole des personnes plutôt qu'en la libérant. Peut-on vraiment envisager de restaurer une forme de fierté et de dignité sur une désignation discriminante construite dans un esprit de contrôle ?

A ce titre, notre référence est clairement inscrite dans l'histoire du mouvement homosexuel, aux Etats-Unis, mais aussi en Europe. En effet les catégories « homo », « pédé », « gouine », étaient largement stigmatisantes jusque dans les années 1970-80. Les ordonnances de 1960 rangent l'homosexualité parmi les fléaux sociaux à combattre et les manuels de référence en psychiatrie classent le phénomène au rang des troubles mentaux. Ce sont, en France, les luttes militantes des années 1980 et 1990, qui ont permis un renversement des valeurs attachées à l'homosexualité et imposé la nécessité de respecter les différences d'orientation sexuelle. Le stigmate s'est retourné en fierté, avec un symbole, la *Gay Pride*.

Si le militantisme homosexuel a porté ses fruits, c'est sans doute parce que cette « communauté » disposait de ressources internes en terme d'organisation et d'outils, qui

24—MATHIEU Lilian (1998) op. cit., pp. 145-146.

semblent faire défaut aux prostitué-e-s. La stratégie d'alliance induite par la parité, telle que nous l'avons décrite, peut-elle y remédier ?

Le risque est que la parité, loin de produire du changement, pourrait avoir un effet « conservateur » en figeant chaque partie dans son rôle initial. Elle pourrait ne pas rendre chaque partie solidaire de l'autre, et avoir paradoxalement une fonction de renforcement des antagonismes, en consolidant les positions respectives. La stratégie d'alliance se heurterait au fait que l'identification des personnes à la catégorie prostituée reste trop « infamante » socialement, et que même le soutien d'une catégorie sociale moins dominée – les professionnel-le-s militant-e-s – ne suffirait pas à retourner le stigmate et le sentiment d'in-dignité, ou à invalider la catégorisation négative.

Par ailleurs, le critère d'exclusivité lié à la parité induit un autre risque, celui que s'instaure un nouveau processus d'exclusion. Jean Yves Le Talec le montre²⁵, en soulignant que « le principe de parité offre une solution binaire, reposant sur une catégorisation hiérarchisée ». On retrouve ici les limites du communautarisme, qui, si il représente un levier du travail identitaire et de reconnaissance sociale (les noirs aux États Unis, les gays, les femmes), reste paradoxalement limitatif de l'expression de l'universalité, voire de la diversité.

Nous avons rencontré des obstacles d'ordre pratique dans notre utilisation de la parité. L'une des difficultés réside dans le recrutement des personnes qui ont en charge l'animation des projets. Que ce soit les personnes issues de la prostitution ou les personnes issues du secteur sanitaire, il reste difficile de trouver des individu-e-s qui participent au changement et à l'élaboration des projets, tout en assurant la vie quotidienne, l'accueil, les tournées etc...

L'innovation nécessite du temps, beaucoup de temps. Il n'existe pas de modèle théorique ou de cadre historique qui soutienne notre action. La notion même de parité, on l'a vu, est en discussion sur le plan théorique. Aussi, chaque jour, chaque personne impliquée dans l'action se trouve mise au défi de créer sa fonction et de préciser son rôle.

C'est une position particulièrement délicate, difficile, et insécurisante. Les salariés impliqués dans les équipes y sont tous confrontés : les professionnel-le-s issus du secteur sanitaire, parce qu'ils et elles sont obligés d'abandonner certains repères professionnels, et les personnes issues de la prostitution, parce qu'elles sont dans une double définition d'elles-mêmes, à la fois péripatéticiennes – et, d'une certaine manière, mises en injonction d'être représentatives de leur groupe d'origine – et à la fois professionnelles du secteur sanitaire et social, avec l'obligation d'intégrer les valeurs d'un milieu qui leur était étranger jusqu'alors.

Au sein même des équipes se posent des questions de compréhension mutuelle, d'ajustement réciproque des systèmes de valeur et de référence. Dans les équipes des per-

25– Voir l'article de Jean-Yves Le Talec, en deuxième partie du présent ouvrage.

sonnes nous ont fait remarquer que les professionnel-le-s issu-e-s de la prostitution pourraient incarner le mouvement et les professionnels sanitaires, la stabilité. Encore faut-il que ces derniers aient une maturité, une éthique et une expérience solide; encore faut-il que de la confrontation entre mouvement et stabilité naîsse une dynamique constructive. Ce sont autant de défis auxquels les équipes sont quotidiennement confrontées, ainsi que les bénévoles ou les volontaires qui les accompagnent au quotidien.

L'innovation requiert du temps mais aussi du soutien. Or, la précarité des budgets et leur insuffisance chronique réduisent la possibilité de disposer de ce temps. Les premières années d'exercice des projets de santé communautaire ont été marquées par de nombreuses oppositions dans les réseaux de partenaires. Plutôt que de permettre la réflexion et l'amélioration des méthodes, ces oppositions ont affaibli les projets ou les équipes.

Heureusement, des projets analogues existent ailleurs, en Amérique (FEDAEPS, Quito, Equateur), au Canada (Cactus, Stella à Montréal), dans la Communauté européenne (dans le réseau Europap/Tampep) et en Suisse. La rencontre avec ces projets permet le soutien réciproque et l'échange d'idées et de savoirs. Nos amies de la FEDAEPS à Quito nous ont montré l'exemple de la diversité ethnique, dans leur pays où Indiens, Hispaniques et Métisses se côtoient. Nos collègues de TAMPEP nous ont aidé à réfléchir sur la fonction de « médiateur culturel », etc.

51

Pour conclure, malgré les limites de l'outil « parité » dans l'approche communautaire, celui-ci a au moins permis, depuis maintenant six ans, d'ouvrir le débat, de placer la parole des personnes prostituées dans un champ social dont l'accès leur était jusqu'à présent interdit. Il reste encore beaucoup à faire. L'analyse des limites de la parité devrait nous permettre d'adapter nos méthodes d'intervention.

Tenter de rectifier l'aspect trop dichotomique de la parité peut se faire en travaillant sur la diversité des origines et des personnes qui constituent nos groupes de travail. Depuis le début, nous avons travaillé avec des prostitué-e-s, des chercheurs en sciences humaines, nous avons fait appel à des militants gais et des militantes féministes et lesbiennes, à des activistes de la lutte contre le sida, à des partenaires institutionnels favorables à l'innovation, à des personnes prostituées d'autres pays, leaders de mouvements.

Nous devons maintenant accentuer cette approche de la diversité dans le respect des différences. Au sein même de la « communauté» des prostitué-e-s, de nombreuses identités d'appartenance se manifestent : étranger-e-s, de différentes parties du monde de surcroît, hommes, femmes, travestis et transsexuelles, jeunes prostitué-e-s, personnes plus âgées, personnes toxicomanes ou non, prostitué-e-s dit-e-s « occasionnel-le-s », etc. La liste ne sera jamais exhaustive et tel n'est pas le but.

L'alliance, dans le respect de la diversité ouvre de nouvelles perspectives de travail, par rapport à la parité au sens strict.

Deuxième partie

Pratique d'une parité communautaire

53

PROSTITUTION, TRAVAIL SEXUEL ET RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE

Daniel Welzer-Lang



uand, avec Odette Barbosa et Lilian Mathieu, nous avons proposé aux personnes prostituées qui avaient collaboré à notre recherche, de créer *avec elles et eux* un lieu pour lutter contre l'insécurité, de nombreuses et nombreux prostitué-e-s furent sceptique. A force d'être maltraitées par les spécialistes des sciences humaines, de voir leurs paroles volées par des journalistes, d'être insultées par des gens se présentant comme défenseur-e-s de *la femme*, les personnes prostituées avaient du mal à faire confiance à une énième promesse. Mais nous avons tenu bon.

L'existence de Cabiria, des bus prostitution, mais aussi de ce colloque, montre qu'il est possible de nouer d'autres rapports, des rapports humains, des rapports d'altérité, entre personnes d'origines différentes.

Cette analyse succincte en terme de rapports sociaux de sexe peuvent aider à une meilleure compréhension de ce secteur d'activité de la prostitution. On comprendra aisément qu'il ne s'agit ici que d'un survol. Celles et ceux qui veulent en savoir plus pourront lire des analyses plus complètes dans le livre publié sur la prostitution, *Les uns, les unes et les autres*.

En tant que chercheur engagé depuis quinze ans dans l'étude des rapports hommes-femmes et des rapports sociaux de sexe, notre collaboration avec les personnes prostituées montre que l'on peut penser différemment la résolution des problèmes sociaux vis à vis des pouvoirs public, du travail social et des « spécialistes ». La « victimologie » plus ou moins matinée de morale chrétienne n'est pas la seule réponse aux exclu-e-s, aux « déviant-e-s », aux opprimé-e-s de notre système social : ils et elles sont citoyen-ne-s comme tout le monde.

Lorsqu'Odette Barbosa et moi-même avons travaillé avec les personnes prostituées de Lyon, et proposé de créer Cabiria, nous avons à l'époque été traités de « faux scientifiques ». Je crois aussi que cette étude n'a pas été étrangère à mon éviction de l'université de Lyon... Aujourd'hui, nous prouvons la richesse des liens entre mouvements sociaux, projets de santé communautaire, personnes prostituées et chercheur-e-s.

Je ne peux aborder les rapports sociaux de sexe dans les projets de santé communautaire sans proposer quelques hypothèses sur l'évolution de la prostitution aujourd'hui : comment appréhender l'arrivée massive de travestis et des transsexuelles, la baisse du nombre de clients et le développement simultané des autres formes de travail (ou de commerce) sexuel ?

Les rapports sociaux de sexe en sciences sociales sont apparus à partir des années 1970, à l'initiative du Mouvement des femmes (MLF) et de la critique féministe de la domi-

nation masculine. Ce qui nous paraît aujourd’hui une évidence (voir comment ce thème a été repris par Bourdieu dans *Télérama* en 1998) ne l’était pas à l’époque. Christine Delphy, Colette Guillaumin et Nicole-Claude Mathieu, qui ont produit ces analyses féministes, ont été maltraitées à l’époque et, depuis, ont eu du mal à obtenir des postes académiques. Rappelons nous que Christine Delphy a écrit son texte, *L’ennemi principal*, sous un pseudonyme : elle y théorisait ce qui fait que globalement les hommes se partagent tous les pouvoirs, politique, scientifique, économique. La sociologie féministe s’est donc organisée à partir du mouvement social des femmes.

L’arrivée de la gauche au pouvoir a produit une première rupture. En 1982, le colloque « Femmes, féminisme et recherches » a réuni huit cents chercheuses à Toulouse ! Leurs revendications en terme de postes ont été entendues par Maurice Godelier, un anthropologue ayant étudié la domination masculine chez les Baruyas de Nouvelle Guinée, et qui venait d’être nommé à la tête du CNRS.

Les tâches ménagères, dévolues aux femmes, sont devenues un sujet de recherche, et ont été analysées comme un « travail domestique » au même titre que le travail professionnel. Cette approche a aussi permis d’expliquer comment les femmes sont pénalisées dans leurs carrières et leurs revenus.

Une deuxième rupture s’est produite vers 1985. Alors que les études féministes avaient quinze ans, et que le mouvement des femmes s’était battu depuis 1968 pour le droit à l’avortement et à la contraception, et contre la suprématie des hommes, on ne pouvait que constater que la domination masculine perdurait dans la société. C’est à ce moment que les sociologues ont proposé le terme de « rapports sociaux de sexe » pour étudier et décrire de façon plus fine, non seulement cette domination, mais aussi les rapports liés au genre (les *gender studies* des anglo-saxons).

Ce terme de rapports sociaux de sexe présente deux avantages :

- il coupe court au naturalisme, qui consiste à dire qu’il serait normal ou « naturel » que les femmes soient dominées, simplement parce ce que ce sont des femmes. La nature a souvent servi de seule justification à bon nombre d’oppressions ! Le terme « rapports sociaux » ancre la domination dans le social et le politique et signifie qu’elle n’est pas immuable;
- il coupe également court à l’essentialisme, qui consiste à dire que les hommes et les femmes auraient des qualités intrinsèques, qu’il y aurait une essence masculine (active, violente, etc.) et une essence féminine (passive, douce, etc.), que les conflits de pouvoir entre sexes n’ont qu’un support biologique ou physiologique. Parler de rapports sociaux de sexe, c’est affirmer qu’il s’agit de social, pas de biologique, qu’on peut donc mener des luttes et obtenir des transformations.

L’analyse de la prostitution en terme de rapports sociaux de sexe, mais plus encore l’attitude pratique avec les personnes prostituées, a produit deux courants principaux :

- un courant que l’on peut qualifier de « féminisme social » qui, prenant appui sur le fait

que les personnes prostituées sont aussi des femmes, a cherché à comprendre ce qui unissait les femmes prostituées et les autres femmes. On y trouve Simone Iff (du Mouvement français du planning familial) qui soutenait le mouvement des prostituées en 1975. On y trouve également Paola Tabet (une anthropologue italienne), qui interroge les rapports de la prostituée et de la femme mariée. Dans le *continuum* des échanges économico-sexuels (du sexe contre de l'argent) la prostituée ne donne rien et tarife tout, la femme mariée donne tout et ne tarife rien. « Qui est la plus heureuse ? » demande Paola Tabet... Malgré un certain nombre de biais (voir à ce propos la thèse de Lilian Mathieu), cette vision, certes très théorique, intègre la question de la prostitution dans l'ensemble des rapports hommes-femmes et permet de réfléchir sur le travail sexuel *avec* les personnes prostituées.

– Le second courant, qui est assez largement adopté (aujourd'hui) par la délégation interministérielle aux droits des femmes, est plus influencé par les catholiques et les abolitionnistes. Il considère que la prostitution n'est pas un travail mais un esclavage. Il faut donc aider les prostitué-e-s « à s'en sortir »; il faut les « réinsérer ». C'est l'attitude traditionnelle du travail social, du Mouvement du nid ou de l'Amicale du nid. Mais en même temps, ce courant abolitionniste se déclare féministe depuis quelques années.

Aujourd'hui, la sociologie féministe française a intégré des hommes : elle travaille parallèlement sur les femmes et le féminin et sur les hommes et le masculin, en comparant les analyses et les pratiques et en intégrant les sexualités homo ou hétéro. Depuis deux ans, on commence même dans certains groupes féministes (comme à Toulouse) à articuler homophobie, hétérosexisme et domination masculine. On assiste à la formation d'un *appareil théorique* qui permet d'appréhender globalement les rapports hommes-femmes, qui permet d'analyser finement ce que vivent les femmes (ce que la sociologie féministe effectue depuis longtemps), mais aussi ce que vivent les hommes : les dominants. L'avantage de ces réflexions transversales est aussi d'aider à analyser ce que vivent les marges des rapports hommes-femmes : les transsexuel-le-s, les travestis... Même si le débat n'est pas clos, même s'il reste encore des chapelles théoriques (parfois sectaires), ce que l'on qualifie aujourd'hui d'analyses féministeS et proféministeS (et j'insiste sur les « S ») ouvrent sur des débats importants, notamment pour celles et ceux dont l'objectif est la suppression de la domination masculine, et l'analyse de ses effets sur les dominées et les dominants.

Dans ce contexte, où en est-on sur la prostitution ? Cela dépend bien entendu du courant auquel on se réfère. Si l'on est abolitionniste, le plus urgent, c'est de sauver les esclaves, y compris « malgré eux », c'est-à-dire sans trop faire confiance à ce qu'ils ou elles peuvent dire...

Pour ma part, je ne pense pas que la prostitution soit un objet sociologique, c'est à dire une catégorie bien circonscrite, aux limites claires et nettes. Je pense qu'elle fait partie d'un ensemble bien plus vaste, celui du travail sexuel et du commerce du sexe. Ce point de vue conceptuel a de grandes conséquences sur la façon de considérer la prostitution de rue.

A l'occasion des recherches que j'ai menées sur le milieu échangiste, j'ai constaté que pour quatre ou cinq cents francs, un homme pouvait passer une soirée dans un club en étant au chaud, avec de la nourriture et de la boisson, et « obtenir » un ou plusieurs rapports sexuels, ou être spectateur, ou encore participer à une « partouze »... La concurrence est rude : dans la rue, cet homme ne trouverait pas tout cela au même prix.

Comme le souligne Lilian Mathieu, l'image de la prostitution de rue s'est également dégradée. Les jeunes ne se font plus « dépuceler » par une prostituée, comme l'indique l'enquête « vingt mille français-e-s » sur la sexualité. La séduction est valorisée, même dans un cadre « tarifé » : c'est ce que cherchent, et trouvent, les clients des clubs échangistes. Les hommes seuls, aisés, préfèrent affirmer devant leurs collègues qu'ils sont « libertins » ou « non-conformistes », plutôt que de dire « samedi soir, je suis allé sur les quais ». D'autant que les patrons de clubs multiplient les offres : soirées « couple », soirées « trio » (un couple et un homme seul), après-midi « mixte » (ouvert à tout le monde; et c'est moins cher que d'aller à l'hôtel avec sa maîtresse). Pour rompre l'ennui des hommes seuls, les patrons engagent des « animatrices » : ce ne sont pas des prostituées puisqu'elles ne sont pas payées à l'acte, même si il leur arrive d'utiliser les matelas...

Reste que l'argent des consommations revient au patron et non à la « travailleuse du sexe-animateuse », même si les patrons en question n'aiment pas du tout l'expression « commerce du sexe »... Ce que les prostituées avaient gagné en combattant les « macs », ces animatrices en sont à nouveau dépossédées par ceux qui tiennent les clubs (des hommes, en général...).

Je peux également parler du « téléphone rose » : une entreprise, à Toulouse, emploie environ cent quarante personnes à mi-temps, en majorité des femmes, et quelques hommes gais. Les contrats de travail sont explicites, il ne s'agit ni de pornographie ni de prostitution, d'ailleurs c'est interdit par la loi. Mais il faut maintenir le TMC, « temps moyen de connexion » du client, qui paie 2,23 F la minute sur le réseau et 10 F la minute pour « l'amour au tel ». Le TMC de chaque salarié est contrôlé par ordinateur. Les personnes (en général des femmes) qui réalisent les taux de connexion les plus bas sont convoquées immédiatement et menacées de licenciement si « ça ne remonte pas ». Et on pourrait multiplier les exemples : certaines conversations téléphoniques réalisées le jour sont enregistrées de manière à être diffusées la nuit. Et dans ce cas, bien sûr, l'animatrice n'est pas payée en plus. Les salarié-e-s sont fortement incité-e-s à ne pas se réunir en dehors du travail : « inutile de remuer la merde », leur dit-on... En fait, on se trouve bien dans le domaine du travail sexuel, c'est une nouvelle forme de bordel, où l'on retrouve le contrôle du temps, la contrainte, l'interdiction de se rencontrer, le rendement... Où c'est une machine, un robot, qui aide au contrôle des salarié-e-s. On a à faire avec ce que l'on peut qualifier de « proxénétisme industriel ».

Par ailleurs, parmi les hommes clients de ces services téléphoniques, il y a ceux qui se branchent depuis leur lieu de travail : ce sont nécessairement des cadres ou des patrons,

et c'est là qu'on retrouve les rapports sociaux de sexe. Ces hommes bénéficient d'avantages « en nature », et font payer leurs services sexuels par leur entreprise.

Je fais l'hypothèse d'une double transformation de la prostitution de rue :

- d'une part, un accroissement du nombre d'hommes travaillant en femme, ce qui peut accroître la concurrence entre les hommes et les femmes. Certains intérêts sont communs, certains sont contradictoires. Comment néanmoins travailler ensemble, hommes et femmes, hétéros et gais, travestis et *transgenders*? Il faut reconnaître aux personnes les plus opprimées le droit dire ce qui leur est insupportable. En d'autres termes, les travestis doivent pouvoir entendre les revendications des femmes; les hétérosexuels, celles des gais; etc.
- d'autre part une paupérisation liée à l'arrivée de personnes prostituées étrangères, souvent illégales, ce qui les rend plus fragiles, plus précaires et les constraint à accepter des tarifs plus bas.

Certaines confrontations peuvent être éclairées par les études de psychodynamique du travail (Pascale Molinier et Christophe Dejours, CNAM). Bien que la psychologie crée à mes yeux un ordre normatif souvent essentialiste, certains courants cherchent à exprimer les rapports ou les divisions entre hommes et femmes. La virilité ou la féminité peuvent être un obstacle au débat entre hommes et femmes.

Christophe Dejours a montré que la virilité extériorisée par les travailleurs de chantiers est une stratégie défensive contre la peur et les risques, et qu'elle concorde avec une attitude de domination dans la sphère privée. Pascale Molinier, pour sa part, a étudié la « muliarité », l'équivalent féminin de la virilité, chez les infirmières. Elle a mis en évidence un surinvestissement du stéréotype de genre féminin comme protection des difficultés de ce métier. Evidemment, et là encore, ce surinvestissement s'exprime également dans la sphère privée.

De telles analyses fournissent d'intéressantes pistes de recherches : on peut penser que ces réactions de défense existent *aussi* dans le travail sexuel.

Une dernière question se pose, et elle n'est pas si « marginale » qu'elle en a l'air. Pourquoi y-a-t'il tant de lesbiennes qui animent les projets de santé communautaire dans la prostitution ? On sait que les féministes lesbiennes ont revendiqué, à la suite de Monique Wittig, le fait « qu'elles n'étaient pas des femmes », car elles échappaient aux rapports de domination des hommes. On constate également que les médias considèrent les femmes homosexuelles visibles comme des non-femmes (voir les commentaires sur les performances de la joueuse de tennis Amélie Mauresmo...). Comme le développe Françoise Guillemaut, on peut imaginer que les femmes lesbiennes trouvent une plus grande proximité avec les femmes prostituées parce qu'elles ressentent une plus grande distance avec les femmes hétérosexuelles, dites « normales », mères de famille. Ce « décalage » a permis d'établir un cadre d'alliance et une liberté de la différence. Et cette

alchimie a plutôt bien réussi, malgré les différences, justement : différences de choix sexuel, différences économiques, politiques. Ce droit d'être différent-e a permis de pouvoir travailler ensemble.

Pour conclure, je pense que la parité renvoie à la solidarité, aux alliances dans la prévention et à la manière de transformer nos différences en richesses. Nous avons vu que la prostitution change, au rythme de la société dont elle est un miroir. C'est un commerce et le commerce s'adapte.

La parité est nécessaire, mais elle n'est pas suffisante. Les divergences ne se résument pas à deux blocs, les hommes et les femmes, ou les professionnel-le-s et les prostitué-e-s. Tous les clivages, les hiérarchies, les « petites boîtes » dans lesquelles nous sommes, sont définis par des rapports d'oppression et de domination. Pour progresser, nous devons mettre ces rapports à plat, en prendre conscience, les déconstruire. Pour certain-e-s individu-e-s, l'évolution des rapports sociaux de sexe a été rapide ces vingt dernières années. Mais d'un point de vue collectif, anthropologique et social, ce laps de temps est extrêmement court. Il reste beaucoup à étudier, à comprendre et à faire.

Bibliographie

- DELPHY Christine (1998) *L'ennemi principal*, Paris : Syllepse.
- DEJOURS Christophe (1995) *Le facteur humain*, Paris : PUF.
- DEJOURS Christophe (1998) *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Seuil.
- GODELIER Maurice (1982) *La production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruyas de Nouvelle-Guinée*, Paris : Fayard.
- GUILLAUMIN Colette (1992) *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*, Paris : Côté Femmes.
- GUILLEMAUT Françoise (1994) « Images invisibles : les lesbiennes », in Daniel WELZER-LANG, Pierre DUTEY et Michel DORAI (sous la dir.), *La peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Montréal : vlb éditeur, pp. 225-237.
- IFF Simone, BESSE Marcel et IFF Werner (1975) *Demain, la société sexualisée : le combat du Mouvement français pour le planning familial*, Paris : Calmann Lévy.
- MATHIEU Lilian (1998) *L'action collective des prostituées – Le cheminement incertain de la constitution d'un groupe*, thèse pour le doctorat en science politique, université Paris x-Nanterre.
- MATHIEU Nicole-Claude (1991) *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies de sexe*, Paris : Côté Femmes.
- SPIRA Alfred (1993) *Les comportements sexuels en France, rapport au ministère de la Recherche*, Paris : La Documentation Française.
- TABET Paola (1998) *La construction sociale de l'inégalité des sexes : des outils et des corps*, Paris et Montréal : L'Harmattan.
- WELZER-LANG Daniel, BARBOSA Odette et MATHIEU Lilian (1993) *Prostitution : les uns, les unes et les autres*, Paris : Métailié.
- WELZER-LANG Daniel (1998) (sous la dir.), *Entre commerce du sexe et utopies : l'échangisme, Actes du premier séminaire européen sur l'échangisme, Toulouse, mars 1998*, Toulouse : université de Toulouse - Le Mirail, département de sociologie; Tarragone : université Rovira y Virgili, département d'anthropologie sociale et de philosophie.
- WITTIG Monique (1973) *Le corps lesbien*, Paris : Editions de Minuit.
- WITTIG Monique (1980), « On ne naît pas femme », *Questions féministes*, n° 8, pp. 75-84.
- WITTIG Monique (1992) *The Straight Mind and Other Essays*, Boston : Beacon Press.

PARITÉ ET EXCLUSION

Jean-Yves Le Talec



xaminer la notion de parité peut permettre de voir comment elle s'articule ou interfère avec celle d'exclusion. C'est aussi une manière de prendre conscience des zones d'ombre où diriger notre vigilance. Le mot parité, qui vient du latin *paritas* (de *par* « égal, pareil », donne pair), a plusieurs définitions. Selon le *Petit Robert* (1994), c'est « le fait d'être pareil (en parlant de deux choses); égalité, ressemblance, similitude. « Cette absolue parité d'idées » (Maupassant). Parité de deux situations, entre deux cas. Parité des traitements du secteur public avec ceux du secteur privé. 1738 (économie) : Egalité de la valeur d'échange des monnaies de deux pays dans chacun de ces pays (cf. pair). Parité de changes. Parité de deux monnaies. » Pour le *Petit Littré* (1990), parité signifie « ressemblance entre deux objets de même nature, de même qualité. Mettre en parité deux choses. Egalité entre deux personnes. »

Nous sommes à peu près tous d'accord, intuitivement, sur le sens que nous donnons au terme « parité » ou « paritaire », appliqué aux projets de santé communautaire qui nous relient. Cette distinction est d'ailleurs implicitement comprise comme une qualité positive : il ne s'agit pas de sous-entendre cette caractéristique paritaire, mais bien de la mettre en avant, comme un « plus », un avantage, un progrès (par rapport à d'autres associations ou actions, qui se réclament du courant « abolitionniste »). Cela ne doit pas nous empêcher de nous interroger sur ce concept de « parité », et tout particulièrement sur ses relations avec la notion d'exclusion. Si la parité constitue l'une des réponses possibles à l'expression de l'inégalité ou de la domination, elle peut à son tour générer des phénomènes d'exclusion, par la nécessaire catégorisation qu'elle instaure. Une position *a priori* « paritaire » implique *a posteriori* une vigilance particulière quant aux catégories désignées.

63

La parité : principe et exemples

La parité décrit ou tend à établir l'égalité ou la similitude de deux choses. La vérification du caractère paritaire est possible par la comparaison selon un seul critère, que l'on établit comme absolu, ou supérieur à tout autre. Ainsi, le principe de parité appliqué à la représentation politique et à l'égalité des hommes et des femmes prend comme critère absolu le sexe, au détriment d'autres causes d'inégalité, comme la race, la religion, la classe sociale, etc. L'application du principe de parité sous-entend donc qu'il y ait un consensus suffisant quant au choix d'un critère discriminant absolu, permettant de déterminer deux catégories (une paire) que l'on compare et que l'on cherche à rendre égales sur le plan du pouvoir.

Les exemples connus dans le domaine politique et social donnent une image simple de l'application de la parité : les instances dites paritaires (conseils de prud'hommes, commissions paritaires, conseil d'administration des caisses de sécurité sociale ou de l'Unedic) visent à donner un pouvoir de décision égal à deux groupes discriminés selon le critère du capital : les « patrons » d'un côté (ou parfois l'Etat), et les salariés de l'autre (ou plus exactement les organisations syndicales en tant que représentantes des salariés). Dans ce cas, tout autre critère discriminant est considéré comme secondaire, par exemple le sexe des patrons ou des syndicalistes, leur appartenance politique (celle-ci est un enjeu, et non un critère...), leur orientation sexuelle et ainsi de suite.

Dans cet exemple, la parité fige la paire patrons-salariés autour d'un enjeu de pouvoir : elle ne remet pas en cause le capitalisme; tout au contraire, elle le consolide dans une dynamique de négociation ou d'affrontement sans fin. En bref, la parité n'a rien de révolutionnaire. C'est un outil de dialogue social puissamment conservateur.

La parité femmes-hommes en politique donne une illustration légèrement différente. L'enjeu reste l'accès au pouvoir et à son exercice, selon le critère discriminant absolu du sexe. C'est sur ce même critère que reposent la domination masculine et la discrimination à l'égard des femmes, qui a depuis toujours réservé la part « publique », donc politique, de la vie sociale aux hommes. Mais la catégorisation absolue selon le critère du sexe comme support d'une égalité des femmes et des hommes en politique renvoie à une problématique théorique (Millard et Ortiz, 1998) : « [...] il existe deux conceptions du principe de parité. Soit il est envisagé comme le seul principe de différenciation autorisé, en matière de « représentation » politique et il ne peut pas sérieusement se réclamer de la représentativité. Soit il est envisagé comme une revendication de représentativité, alternative au modèle républicain unitariste, et il ne peut pas se réclamer longtemps de l'exclusivité. D'autres catégories sociales, fomentées dans d'autres logiques de domination, pourront s'en revendiquer, en tenant pour secondaires les rapports de genre en leur sein au regard de leur oppression principale (minorités noires dans les TOM, basques, bretons, savoyards, tsiganes). La boîte de Pandore est ouverte.

La première conception suppose l'acceptation de la naturalité de la différence des sexes; la seconde conception suppose l'acceptation de la relativité de la différence des sexes. Les implications théoriques de l'une et l'autre sont aussi insupportables pour le féminisme égalitaire. »

Il n'est pas évident de sortir de ce dilemme théorique, même si, en pratique, l'idée et la revendication de parité offrent une perspective de renouveau politique et d'évolution des rapports sociaux de sexe vers une plus grande égalité femmes-hommes. A défaut d'apporter une réponse définitive aux questions théoriques, l'instauration de la parité en politique aurait le mérite d'ouvrir durablement le débat (voir Jean Vogel, 1998, cité page 42). Si l'application du principe de parité tend à figer les situations dans un certain conservatisme, les choses ne vont plus forcément *de soi*, on peut en débattre.

Il est enfin intéressant d'identifier des domaines ou des situations où le principe de parité n'a jamais été recherché, alors qu'il aurait pu (ou pourrait) être mis en place. Dans la communauté gaie, par exemple, la parité entre femmes lesbiennes et hommes gais a pu être questionnée, mais jamais tentée. C'est le fait d'être ensemble qui semble là le plus important (Delphy, 1997) : « [...] le regroupement des lesbiennes et des gays, [...], amorcé il y a 27 ans, se poursuit. Sous des formes variées : séparément ou ensemble, pour faire de la politique ou du vélo, ou les deux. Et toujours les deux, pourrait-on dire. Car en se mettant ensemble, que ce soit pour chanter ou pour écrire à leur député, les lesbiennes et les gays font un acte, des actes, éminemment politiques; quelle que soit leur analyse de la société, quelles que soient leurs revendications, elles et ils ont franchi un pas énorme. Etre ensemble ? Cela paraît élémentaire. Et pourtant, pour le faire, il a fallu briser bien des tabous. »

Ce n'est pas le lieu, ici, de discuter des relations entre hommes gais et lesbiennes, ni des stratégies d'affrontement ou d'alliances qui ont été choisies : constatons simplement que la parité n'en fait pas partie, alors que parmi les enjeux en question figure, tout autant qu'en politique, la domination masculine et la discrimination à l'égard des femmes... On peut ajouter également que la parité entre hétérosexuelles et lesbiennes n'a pas non plus été le chemin choisi dans la dynamique du Mouvement des femmes.

Autre domaine où la parité n'a pas fait partie des modes de gestion : la lutte contre le sida. On aurait pu imaginer qu'elle puisse être instaurée entre personnes séropositives et séronégatives, dans les instances de pouvoir des associations. Il n'en n'a rien été; tout au contraire, cette question était plutôt éludée, au nom d'un idéal égalitariste. Cet idéal rate pourtant ses objectifs, puisqu'au début des années 1990 se créent plusieurs associations de séropositifs, c'est à dire réservées aux personnes atteintes (comme Positifs, Solidarité Plus, etc.). D'une forme de non parité, on passe à une forme d'exclusion...

L'adoption du principe de parité n'est donc que l'un des moyens possibles de résoudre un conflit de pouvoir, de dénouer une situation de domination, de faire progresser un constat d'inégalité.

Un peu de mathématiques

Afin d'assurer l'égalité ou un meilleur partage du pouvoir, le principe de parité offre une solution binaire, reposant sur une catégorisation hiérarchisée : un critère est retenu comme absolu, les autres sont secondaires. D'une certaine manière, la parité oblige à compter; en cela, elle diffère de la mixité (Servan-Schreiber, 1998) : « Le Mouvement pour la parité a relancé la question de l'égalité des femmes et des hommes en introduisant l'idée selon laquelle l'égalité, c'est quelque chose qui passe aussi par le fait de compter. Que voit-on, en effet, quand on se met à compter combien de femmes et combien d'hommes ici et là ? On se rend compte que même si la mixité est aujourd'hui plus ou moins la règle dans

la plupart des domaines de la vie sociale, la notion de mixité est en réalité un cache sexe. La mixité masque la domination des hommes qui, par leur présence massive, souvent exclusive, aux échelons les plus élevés de la hiérarchie politique, économique, culturelle, exercent le pouvoir entre eux. Partout où il y a du pouvoir mais aussi des honneurs, il n'y a ni égalité des chances ni égalité de traitement entre les femmes et les hommes. »

Avec la notion de parité, impossible d'échapper à une analyse quantitative. Il faut compter, combien sont comme-ci et combien sont comme ça. Et non seulement le nombre, mais la quantité de pouvoir. A quoi servirait une exacte parité femmes-hommes au Parlement et dans les assemblées territoriales, si la moitié masculine conserve l'essentiel des pouvoirs politiques, économiques, sociaux, religieux, intellectuels...

La parité peut donc masquer des situations où l'inégalité demeure (elle doit même pouvoir les légitimer, si le groupe dominant est assez habile...). Elle écrase par ailleurs tout autre critère discriminant : dans un système politique – électoral – paritaire strict femmes-hommes, les questions de représentativité demeurent, sans être résolues pour autant, en terme d'origine sociale et de classe par exemple.

On pourrait imaginer des systèmes de « parité multiple », mais un peu de mathématiques montre que l'on aboutit vite à des situations très complexes. Imaginons que l'on veuille respecter deux critères discriminants binaires, a et b. Cela donne les groupes suivants : le groupe a+ b+, le groupe a- b+, le groupe a+ b- et le groupe a- b-, soit d'emblée quatre groupes. Avec trois critères discriminants, on obtient huit groupes, avec quatre critères, seize groupes et ainsi de suite. Pour n critères, le nombre de groupes atteint 2^n .

Cette analyse mathématique est une manière d'aborder le débat entre universalisme et communautarisme. La parité multiple conduit au communautarisme. Le communautarisme, dont la pratique est plutôt anglo-saxonne et particulièrement américaine, prétend que toute particularité peut devenir le support d'une identité, et à ce titre être représentative et tenter d'être représentée.

L'universalisme, dont la pratique est très française, tient le communautarisme en horreur : la République, une et indivisible, prétend considérer tous les citoyens (dont environ la moitié sont des citoyennes...) comme des égaux, et en conséquence leur réserver le même traitement. Ce qui est, bien entendu, un affreux mensonge : les effets du sexism ou de l'homophobie d'Etat en sont les tristes illustrations. Le débat entre universalistes et communautaristes est bien vite évacué par les premiers, sous prétexte de « complot contre l'unité de la Nation » (Delphy, 1997). Pourtant, depuis une dizaine d'années, la théorie *queer* a permis d'approfondir la réflexion sur la dynamique communautaire en ce qui concerne les identités de sexe et de genre. L'universalisme républicain n'est pas une fatalité ! Quoi qu'il en soit, le principe de parité peut être appréhendé comme une forme de communautarisme et, à ce titre, être critiqué et combattu avec toute la panoplie des arguments universalistes.

Un dernier point mérite attention : la parité suggère et sous-entend la notion de *paire*. On peut s'interroger sur les effets symboliques de cette contrainte binaire : le choix d'un

critère discriminant n'implique pas forcément la création de deux catégories, et seulement deux. Ce type d'alternative fermée a d'ailleurs conduit à certaines impasses, dans le champ des identités de sexe et de genre. La combinaison, par exemple, des paires masculin/féminin, homo/hétéro, blanc/ethnique a généré, au cours des années 1970-80, un morcellement communautaire aux Etats-Unis, et entraîné d'inévitables exclusions : quelle place pouvaient occuper, dans un tel système, les transsexuels *female to male*, par exemple ? La théorie *queer* a remis en cause cette catégorisation binaire fermée au profit d'une notion de *diversité* ouverte et d'une communauté d'intérêt ou de lutte politique (en l'occurrence, l'affirmation anti-hétéronormative et antisexiste).

Encore une fois, la principe de parité n'est pas l'unique moyen d'organiser une démarche militante : l'alliance dans le respect des diversités offre une perspective différente.

La parité appliquée aux actions de santé communautaire

Comment, à présent, le principe de parité peut-il s'appliquer aux actions de santé communautaire concernant les personnes prostituées de la rue ?

Intuitivement et pratiquement, nous partageons les objectifs de participation des personnes prostituées à la conduite de ces actions, tout en favorisant leur accès à la citoyenneté sous tous ses aspects (accès aux soins, au logement, aux droits sociaux, à la nationalité, etc.).

Cependant, une organisation dite paritaire répond, comme nous l'avons vu, à certaines contraintes qu'il convient d'évaluer sur le plan des exclusions qu'elles peuvent générer.

UN critère, quel critère ?

Le principe de parité repose donc sur un critère de discrimination absolu. Nous partageons assez intuitivement le critère suivant : la parité s'exerce (doit s'exercer) entre intervenant-e-s professionnel-le-s et personnes prostituées, au niveau des instances de pouvoir des associations et au niveau des actions quotidiennes.

Ce n'est toutefois pas le critère de *professionnalisme* qui entre en jeu, puisque de part et d'autre, c'est bien de professionnel-le-s dont il s'agit. La parité s'exerce alors sur le *secteur d'activité professionnelle* : d'un côté, ceux et celles qui commercialisent des services sexuels dans la rue, de l'autre, ceux et celles qui sont rémunérés par une structure pour rendre des services sanitaires et sociaux. Les premier-e-s sont réputé-e-s être exposé-e-s aux effets de l'exclusion sociale, les second-e-s en sont relativement protégé-e-s.

Ce critère de discrimination qui fonde les projets *paritaires* est-il parfaitement inclusif ? En d'autres termes, tout le monde peut-il s'y reconnaître, ou bien fonde-t-il des poches d'exclusion ? Les personnes prostituées occasionnelles se sentent-elles, par exemple, *professionnelles*, bien qu'elles fassent partie du « public cible » sur le plan de la prévention, de la sécurité dans la rue, etc. ? Les personnes toxicomanes qui se prostituent dans le but d'assurer leur

approvisionnement en produit se sentent-elles *professionnelles*, bien qu'encore une fois, elles entrent dans les objectifs de l'association en terme d'accès aux soins et à la citoyenneté ? Le caractère *paritaire* de nos projets peut donc être imparfait, ce qui demande une vigilance constante.

D'un point de vue différent, ce critère de *professionnalisme* peut être interprété comme étant stigmatisant, du côté de ceux qui travaillent dans la rue. La marginalité créée, entre autres, les conditions de sa désignation sociale, que l'on ne fait alors que sur-désigner (Coulon, 1997) : « [...] on peut affirmer que si certains groupes sociaux demeurent marginaux et développent des cultures intermédiaires, hybrides, sans jamais s'assimiler totalement à la culture dominante, c'est parce que l'homme marginal possède une ambiguïté fondamentale : s'il est un homme créatif, qui invente de nouvelles formes de sociabilité et de nouveaux traits culturels, il est aussi celui qui subit cette situation duelle de manière douloureuse, avec notamment des manifestations psychologiques qui le révèlent et le désignent à la fois comme déviant social. »

On peut enfin se poser les mêmes questions du côté des *professionnels* des projets. Où cela commence-t-il et où cela s'arrête-t-il en terme d'implication et de conscience « paritaire » ? Une infirmière voit-elle sa place de la même manière qu'une comptable ? La parité a-t-elle un sens pour le commissaire aux comptes, pourtant rémunéré ? Et qu'en est-il des administrateurs et administratrices, qui en principe échappent à la définition, puisqu'ils ne sont pas *professionnels* dans cette fonction ? Là encore, la démarche paritaire mérite une réflexion approfondie...

68

UNE discrimination binaire, ou plus si affinités ?

Comme nous l'avons vu, le critère de discrimination absolu qui fonde toute approche paritaire écrase et efface tous les autres critères de distinction au sein du groupe considéré.

Qu'en est-il des identités de sexe et de genre ? Justement, le travail de prostitution de rue présente de multiples réalités : hommes, femmes, travestis, transsexuelles... Il y a les considérations d'origine ethnique : origines et cultures sont multiples. Il y a l'âge, la manière de travailler (le jour, la nuit, en minibus, en studio...), le mode de vie (habiter à l'hôtel ou avoir un « chez soi », être en bonne santé, ou malade, ou dépendant d'un ou de plusieurs produits...). Il y a la vie privée, la sexualité « pour soi », homo ou hétéro, le couple ou la solitude, les ami-e-s, les sorties, l'éducation... L'approche paritaire *professionnelle* a l'avantage de globaliser les choses, de tenter d'inclure chacune et chacun, mais elle n'en efface pas moins les différences. Dans une telle démarche paritaire, on peut vite se sentir exclu, tout simplement parce qu'on a le sentiment de ne pas exister.

Il faut peut-être ajouter ici le possible glissement symbolique qui peut accompagner une démarche paritaire : il y a ce que l'on fait, et ce que l'on en perçoit. Par exemple, les projets paritaires sont majoritairement animés par des femmes, Daniel Welzer-Lang le sou-

ligne dans sa contribution. Il est tout à fait possible que cet état de fait soit symboliquement assimilé à la qualité « paritaire » de ces projets, par une sorte de superposition des représentations, presqu'inconsciente... D'une parité organisée autour d'un critère discriminant de nature *professionnelle*, on passe à une représentation « paritaire », fantasmée, substituée, fondée sur le genre, qui entraîne à son tour des sentiments d'exclusion tout aussi fantasmés, mais dont les effets sont bien réels.

Ce n'est pas là porter une critique négative sur l'idéal dit « paritaire »... Celui-ci demeure en effet, de faire en sorte que les personnes concernées par nos actions en soient partie prenante, et dans les faits et dans les décisions.

Mais il y aurait peut-être avantage à désigner différemment cet objectif, ou du moins à se référer différemment à la notion de parité. Car ce qui nous importe peut se rapporter simplement à deux phénomènes :

- d'une part, la *prise de conscience* à la fois des personnes prostituées de la rue et des professionnel-le-s qui animent nos projets qu'il existe des liens, des enjeux communs, une même analyse politique, sur des thèmes comme la « citoyenneté », l'accès égal aux soins et aux services sociaux, mais aussi d'autres thèmes comme le respect de l'identité, la notion de communauté, la solidarité...

- d'autre part, la volonté d'organiser nos associations de manière à rendre possible la *participation* de chacun-e aux décisions et aux actions.

Il y aurait donc peut-être avantage à faire évoluer la désignation de nos projets, d'autant qu'en fonction de ce qui a déjà été dit plus haut, « paritaire » et « communautaire » ne font pas forcément bon ménage ! Et à tout prendre, je préfère personnellement la notion de « communautaire » dans le sens d'*« alliance fondée sur la diversité »*, telle qu'elle a évolué sous l'impulsion du mouvement *queer* (et dans une certaine mesure de la théorie *queer*) à la notion de « paritaire », qui me paraît trop porteuse d'un potentiel d'exclusion.

Tout cela ne peut nous faire oublier notre principal objectif, qui est aussi notre principale difficulté : s'affranchir du lien négatif entre santé et exclusion sociale, comme le souligne Jean-François Girard (Girard, 1998) : « La santé a ainsi une dimension incontestablement sociale; prendre l'homme dans sa globalité, c'est aussi (ou surtout) le saisir dans sa position au sein de la société [...] à considérer les faits dans leur globalité, le statut socio-économique des individus demeure de loin le facteur qui pèse le plus lourd sur les inégalités de santé. La conclusion s'impose à toute analyse objective. » Que l'on parle donc de « parité », de « communauté », de « diversité », de « participation », d'*« implication »*, voire de « co-gestion », c'est bien le mode de prise de décision, d'intervention et de travail sur le terrain qui doit nous distinguer, et fonder la légitimité de nos projets, y compris en terme de compétence.

Bibliographie

- COULON Alain (1997) *L'école de Chicago*, Paris : PUF [Prem. Ed. 1992].
- DELPHY Christine (1997) « L'humanitarisme républicain contre les mouvements homo », *Politique La Revue*, juillet-septembre, pp. 19-22.
- GIRARD Jean-François avec la coll. de EYMERI Jean-Michel (1998) *Quand la Santé devient publique*, Paris : Hachette Littératures.
- MILLIARD Eric et ORTIZ Laure (1998) « Parité et représentations politiques » in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.
- SERVAN SCHREIBER Claude (1998) « La parité, histoire d'une idée, état des lieux », in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.
- VOGEL Jean (1998) « La parité et les nouvelles figures de la citoyenneté » in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.

GENÈSE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE : LA PRÉVENTION DU VIH DANS L'ESPACE DE LA PROSTITUTION

Lilian Mathieu



science politique, le champ d'étude des politiques publiques concerne tout ce qui relève de l'action de l'Etat, que ce soit dans ses formes les plus ordinaires et routinières (le fonctionnement quotidien des services administratifs), ou dans ses aspects plus exceptionnels et marqués par le changement ou l'innovation (par exemple la mise en place d'une grande réforme au sein des services de l'Etat, la création d'une nouvelle administration, les modalités d'élaboration et d'application concrète d'une nouvelle réglementation, etc.). Mon propos a donc pour objet de traiter du rôle joué par l'Etat français dans la mise en place de la prévention de l'épidémie à VIH dans l'espace de la prostitution. Pour le dire autrement, il s'agit de retracer les grandes étapes de l'attitude des services de l'Etat face à la question du sida dans le monde prostitutionnel — thème qui m'a paru intéressant du fait qu'il permettra sans doute de tracer des comparaisons avec les politiques suivies en la matière dans d'autres pays. De même, se rappeler des conditions de mise en place de la santé communautaire permettra peut-être de réfléchir sur leurs évolutions futures (souhaitées ou redoutées).

Toutefois, parler de politique publique pour aborder cette question de la prévention du sida n'est pas sans présenter quelques risques. Tout d'abord, cela semble présupposer une définition *a priori*, précise et stable, de l'objet de la politique en question, en l'occurrence la prévention du sida. On verra pourtant que cet objet a été redéfini et remodelé au fur et à mesure du temps et des usages ou, plus exactement, la définition de ce qu'est ou doit être cette politique publique a elle-même fait partie intégrante de sa mise en place. Pour le dire autrement, on n'a pas une politique (un modèle de ce qu'il convient de faire face au VIH) qui serait définie au préalable et que l'on appliquerait ensuite concrètement. Ici, la politique a été définie progressivement, en même temps qu'on la mettait en place et qu'on la réalisait, et elle s'est de ce fait trouvée soumise à des redéfinitions, à des improvisations, à mesure qu'on l'appliquait. On n'est pas ici face à un processus cohérent, linéaire et logique, mais face à des tâtonnements, à des hésitations, à des revirements.

Le deuxième risque consiste, en se penchant en priorité sur le rôle de l'Etat, à lui accorder un surcroît d'importance, à en faire une sorte de maître d'œuvre d'un processus dans lequel pourtant les individus ou les groupes extérieurs au monde administratif ont également joué un rôle crucial. On gardera donc à l'esprit que l'approche en termes de politiques publiques est une des voies d'entrée possibles pour rendre compte de la mise en place de la prévention en milieu prostitutionnel, mais qu'elle n'est pas la seule (on

aurait pu tout aussi bien aborder cette question du point de vue de l'activité associative). On rejoint un constat de longue date opéré par les analystes des politiques publiques, et notamment par Patrice Duran qui faisait remarquer que « bien des problèmes publics sont l'objet d'une véritable « cogestion » entre acteurs publics et acteurs privés, au point qu'il devient bien difficile de tracer les frontières de la sphère publique »¹. Du fait de ces liens de dépendance mutuelle (ou d'interdépendance) unissant différents groupes ou univers sociaux dans la mise en place des politiques publiques, la science politique a dû se doter d'instruments permettant d'intégrer cette dimension comme un élément de première importance pour l'analyse (notamment au travers du concept de système d'action)².

Un dernier risque tient au vocabulaire, et tout particulièrement au terme d'« Etat » que j'ai plusieurs fois employé. Il convient de garder à l'esprit que parler de l'Etat au singulier, comme une totalité cohérente et unifiée (voire d'en parler comme s'il s'agissait d'une personne dotée de volonté propre) est sans doute très pratique, mais empêche de prendre en compte sa pluralité interne, c'est-à-dire le fait que l'Etat est en réalité composé d'une multitude d'administrations ou de services hétérogènes, qui fonctionnent chacun selon leur logique propre et qui, le plus souvent, entretiennent les uns avec les autres des rapports faits non de complémentarité fonctionnelle, mais de concurrence ou de rivalité. On verra que dans le cas de la prévention du VIH en milieu prostitutionnel, cet aspect a été très important.

72 Enfin, il ne m'échappe pas que la plupart des personnes concernées connaissent, souvent pour y avoir directement participé, les processus que je vais décrire. Toutefois, un regard plus distancié fera peut-être apparaître certaines logiques ou certains enjeux qui n'apparaissent pas toujours nettement, ou qui ont pu être oubliés; j'espère en tout cas que la discussion reste ouverte afin de confronter les points de vue.

Ces préalables étant posés, je vais maintenant présenter ce qui me semble être les grandes étapes de la prévention du VIH dans l'espace prostitutionnel français.

L'émergence de l'épidémie : l'inertie publique

Lorsque le VIH apparaît au début des années 1980, l'ensemble des organismes tant publics que privés s'adressant à la population exerçant la prostitution n'est absolument pas préparé pour y faire face. Comme on le sait, le travail social dispose à cette époque (avec la police) d'un quasi monopole sur l'encadrement social de la prostitution. Depuis 1960 et la ratification par la France de la convention abolitionniste de l'ONU contre la traite des êtres humains et l'exploitation de la prostitution d'autrui, la prostitution est avant tout

1– DURAN Patrice (1990) « Le savant et la politique : pour une approche raisonnée de l'analyse des politiques publiques », *L'Année sociologique*, n° 40, pp. 227-259.

2– CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard (1977) *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977

considérée comme une forme d'inadaptation sociale, appelant prioritairement la réinsertion de celles et ceux qui l'exercent. A cet effet, l'Etat a créé les Services départementaux de prévention et de réinsertion sociale (SPRS, dépendant des DDASS), lesquels sont destinés à assurer une action de prévention auprès de toute personne « en danger de prostitution » et d'apporter — je cite les textes officiels — « son concours à la réadaptation sociale et professionnelle de ceux et celles qui souhaitent quitter cette activité », et accorde parallèlement ses subventions à des associations privées assurant des missions similaires (dont la plus importante est l'Amicale du Nid); cet ensemble d'organismes dépend au niveau administratif ou financier de la Direction des affaires sociales (DAS).

Un des traits les plus notables du dispositif d'encadrement de la prostitution qui a ainsi été mis en place à partir de 1960 est qu'il s'appuie sur une définition proprement *sociale* de cette activité et met fin à sa définition antérieure comme problème *sanitaire*, jugée discriminatoire. Les ordonnances de 1960 ont, comme on sait, entériné la disparition du dispositif réglementariste de surveillance sanitaire des prostituées en place en France depuis le début du xix^e siècle et prioritairement destiné à lutter contre le « péril vénérien » que les péripatéticiennes, considérées comme des vecteurs privilégiés des MST, étaient alors supposées faire peser sur la santé de l'ensemble de la population. A partir de 1960, les prostituées retournent dans le droit commun en matière de prophylaxie des MST : plus aucun service de santé publique ne leur est spécifiquement destiné, et elles sont soumises aux mêmes obligations de déclaration et de traitement de leurs éventuelles pathologies vénériennes que le commun de la population. Désormais, les prostituées (ou les personnes « en danger de prostitution ») n'ont plus à être contrôlées par des médecins, mais à être repérées et prises en charge par des travailleurs sociaux ayant pour mission de leur proposer réinsertion sociale et rééducation.

C'est dans un segment du travail social qui s'est construit non seulement en rupture avec le contrôle sanitaire des prostitué-e-s mais aussi, du fait de son inspiration abolitionniste, largement *contre* celui-ci, que le sida est venu poser brutalement au début des années 1980 la question de l'état de santé des péripatéticiennes. De ce fait, ces structures de travail social préexistantes à l'épidémie seront extrêmement réticentes à se saisir de la prévention du VIH, qu'elles appréhendent comme une résurgence inopportunne de la question sanitaire. En conséquence, soit elles minimiseront l'importance du VIH dans l'univers de la prostitution tout en mettant en garde contre toute tentation d'en revenir à un système de surveillance sanitaire d'inspiration réglementariste (cas du Mouvement du Nid), soit elles adopteront une politique de prise en charge individualisée des demandes qui leur sont adressées en matière de VIH mais sans en faire un axe majeur de leurs activités (cas des SPRS et dans une mesure encore moindre de l'Amicale du Nid). Les organismes relevant du service public (les SPRS), ou privés mais inscrits dans un rapport de « sous-traitance » à l'égard de l'Etat qui les subventionne (l'Amicale du Nid), ne se saisiront donc pas de la question du VIH quand elle commencera à se poser dans l'espace prostitutionnel.

Au niveau plus général de la prise en charge, par l'Etat, de la globalité de l'épidémie et des problèmes qu'elle pose, les analystes ont dans leur ensemble fait remarquer que celle-ci s'est également réalisée assez tardivement³. Ce retard est notamment dû à la faible capacité d'action de l'administration de la santé (Direction générale de la santé, DGS) au sein de laquelle certains individus sont alertés par l'épidémie, mais n'ont pas de moyens de véritablement se faire entendre des responsables politiques qui, au moins jusqu'en 1985-86, seront très réticents à se saisir de ce problème (réticence liée à certaines caractéristiques de l'épidémie à l'époque — maladie inédite face à laquelle la médecine curative se révèle impuissante et concernant avant tout des effectifs restreints d'homosexuels et de toxicomanes —, qui induit une incertitude sur les coûts et risques potentiels, en termes politiques, d'une prise en charge de ce dossier). Il faudra attendre le milieu des années 1980, et l'avancée des connaissances sur la pathologie et ses modes de transmission, ainsi que la diffusion de statistiques épidémiologiques alarmantes, pour que l'acteur politique (le gouvernement) se saisisse du problème et commence à élaborer une véritable politique publique de lutte contre le VIH.

Les débuts d'une politique publique

74

Cette politique engagée par l'Etat de lutte contre l'épidémie va se mettre en place progressivement et par tâtonnements, principalement du fait des aléas de la vie politique et du jeu des alternances. Des mesures sont prises par Michèle Barzach sous la première cohabitation, en utilisant notamment le dispositif public sanitaire préexistant (comme le Comité français d'éducation à la santé), mais ces mesures en restent à un niveau assez général, alors qu'il apparaît rapidement qu'une prévention doit pour être efficace être ajustée aux spécificités des différentes populations auxquelles elle s'adresse.

Un tournant plus radical va être pris à partir du retour de la gauche au pouvoir en 1988, lorsqu'est créée l'Agence française de lutte contre le sida. Une de ses caractéristiques est que cette agence se consacre spécifiquement et exclusivement au VIH : le sida est à cette époque considéré comme une maladie résolument à part (par les publics qu'elle touche ? son ampleur ? l'absence de traitement curatif efficace ? les craintes qu'elle suscite dans l'opinion publique ?), qui appelle des moyens d'action distincts de ceux habituellement mis en œuvre contre d'autres pathologies. Ce caractère exceptionnel se repère aussi à son statut, d'ordre privé : elle ne fait pas véritablement partie de l'administration de la santé, même si son directeur est nommé par le ministre et dépend de fonds publics. La création d'un tel organisme para-administratif est en fait un recours pratique pour l'admi-

3— FAVRE Pierre (1992) (sous la dir.) *Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris : L'harmattan.; SETBON Michel (1993) *Pouvoirs contre sida*, Paris : Seuil.

nistration quand elle doit faire face à une situation inédite et se charger de tâches nouvelles : l'agence est chargée d'une mission spécifique et limitée, son statut la décharge des contraintes administratives habituelles, et elle n'a pas à recruter son personnel par concours avec un statut de fonctionnaire, ce qui lui permet un fonctionnement plus souple et supposé mieux adapté au traitement des urgences.⁴

Autre trait notable de l'AFLS : son personnel, au sein duquel on comptera peu de fonctionnaires. Pour être efficace, l'agence doit être composée d'experts — or les sources d'expertise ne se trouvent pas au sein de l'administration, il faut les trouver ailleurs, ce qui explique que le recrutement de l'AFLS sera hétérogène et induira l'importation dans la lutte contre le VIH de représentations et pratiques élaborées dans d'autres contextes (au sein du milieu associatif ou encore, pour le cas qui nous intéresse, dans le cadre de la médecine humanitaire).

C'est à ce moment que la notion d'interdépendance intervient. Comme je l'ai dit, les pouvoirs publics ont tardé à se saisir du problème du VIH. En revanche, et du fait de cette inaction publique, d'autres acteurs se sont mobilisés entre temps, et notamment les personnes plus ou moins directement concernées par l'épidémie, qui se sont organisées sur un mode associatif. Les pouvoirs publics se trouvent en quelque sorte face à un choix : soit prendre en charge la totalité des aspects de l'épidémie dans le cadre du service public de santé et se substituer aux associations (Aides avait été fondé fin 1983, avec l'espoir initial d'être rapidement relayé par l'Etat et de disparaître), soit s'appuyer sur le réseau associatif qui s'est déjà mis en place de manière autonome et dont les membres disposent déjà d'un certain savoir-faire en matière de prévention ou gestion de la maladie. C'est la deuxième solution qui sera adoptée : on va consolider les associations qui existent et favoriser le développement de nouvelles structures par une politique d'appel d'offre. Ça donnera lieu à la politique de subventions qui sera ultérieurement dénoncée comme inconsidérée : l'AFLS sera peu regardante sur les projets qu'on lui propose, elle n'a pas un modèle préétabli auquel doivent correspondre les propositions d'action qu'on lui soumet, et elle soutient toutes les initiatives. C'est dans ce contexte que vont apparaître les premières associations de prévention du VIH en milieu de prostitution, que l'on n'appelle pas encore de santé communautaire.

75

Le développement de l'espace associatif

Il peut être intéressant de se pencher sur les autres formes envisageables qu'aurait pu prendre l'action de lutte contre le VIH en milieu prostitutionnel en ce début des années 1990. On aurait par exemple pu assister à cette époque à une reconversion d'organisations

4— DUPUY François et THOENIG Jean-Claude (1985) *L'administration en miettes*, Paris : Fayard, pp. 249-250.

préexistantes dans la prise en charge de l'épidémie, ou à leur intégration du VIH à leurs anciennes activités (ça a notamment été le cas pour les CDAG, dont beaucoup ont été créés au sein de dispensaires anti-vénériens préexistants)⁵. Pour le dire autrement, l'AFLS n'aurait pas été a priori hostile à ce que des organismes de travail social comme l'ADN sollicitent des subventions pour engager une action de prévention en milieu de prostitution. Mais pour les raisons exposées plus haut, ça ne se fera pas, le travail social refusera d'intégrer une dimension sanitaire, et l'AFLS soutiendra essentiellement des projets qui lui sont présentés par des personnes étrangères à l'univers du traitement social de la prostitution. Globalement, ces personnes, qui deviendront responsables d'associations, sont issues de trois univers sociaux différents (des recoulements sont possibles entre ces univers sociaux, et il faudrait aussi prendre en compte le rôle joué par les épidémiologistes et sociologues dans la genèse des associations) :

- du monde associatif de lutte contre le sida : c'est le cas des projets initiés au sein de Aides, dont certains volontaires ou salariés choisissent de se consacrer spécialement à la prostitution;
- du monde médical, c'est-à-dire surtout du milieu infirmier, notamment psychiatrique;
- de l'espace de la prostitution : des personnes prostituées ou ex-prostituées, disposant ou non de compétences scolaires en matière sanitaire, élaborent des projets qui sont financés par l'AFLS.

Du fait notamment que les porteurs de ces projets n'appartiennent pas aux organisations préexistantes de traitement social de la prostitution et que leurs références sont généralement étrangères à celles du travail social, leurs manières d'envisager l'intervention auprès du public prostitué apparaîtront comme radicalement novatrices; en particulier, elles supposeront une appréhension différente du statut prostitutionnel, qui ne sera pas perçu comme faisant en lui-même problème et comme devant être l'enjeu central de l'intervention (ce qui se traduira concrètement par la disparition de l'horizon de la réinsertion). Leur appréhension de l'action à mener supposera également des rapports plus égalitaires avec la population prostituée, impliquant notamment une reconnaissance des compétences et savoir-faire spécifiques acquis par l'expérience prostitutionnelle et l'embauche d'un personnel d'agents de prévention issus du « trottoir » (ce que l'on appellera le principe de la parité).

Je ne reviendrai pas ici, car d'autres l'ont fait mieux que moi, sur les spécificités de la démarche spécifique à ce qu'on en viendra progressivement à appeler la « santé communautaire ». Il faut toutefois noter qu'en dépit des vigoureuses attaques dont elles seront les cibles, les associations bénéficieront du soutien de l'AFLS et continueront à être financées. Ce soutien peut s'expliquer par trois raisons. La première, de l'aveu de certains respon-

5— SETBON Michel (1991) « La santé publique à l'épreuve du sida. Une approche systémique des processus décisifs », *Sociologie du travail*, 1991, n° 3, pp. 403-428

sables de l'AFLS, est que celle-ci n'avait pas le choix : les seuls projets qui lui étaient présentés étaient de ce type, et le travail social refusait — au moins à cette époque, car il révisera par la suite son attitude — de s'investir dans la prévention. La deuxième raison tient au recrutement original de l'AFLS, et notamment des deux premières chargées de mission qui s'occupent des projets prostitution, qui sont toutes deux passées antérieurement par la médecine humanitaire et sont sensibilisées aux approches « communautaires », ou tout au moins « participatives », en matière de santé. La troisième raison tient à l'espace associatif de lutte contre le sida et à ses conditions de constitution (ce sont les malades et leurs proches qui se sont mobilisés les premiers, surtout en milieu homosexuel masculin), qui ont valorisé les démarches dites d'« autosupport » ou d'« éducation par les pairs » — relativement proches, même s'il existe des différences notables, de la « santé communautaire ».

Il faut, je pense, mettre l'accent sur le soutien de l'AFLS à ces nouvelles associations en ce début des années 1990, en ce que les projets ont été la cibles d'attaques (notamment d'« apologie de la prostitution ») que tout le monde ici garde en mémoire, mais ont aussi, pour certaines d'entre elles, connu des déboires de gestion et d'organisation interne qui n'auraient sans doute pas pu être surmontés sans le support de l'AFLS.

Il faut également considérer les implications administratives de l'apparition de l'AFLS et de sa promotion de nouvelles associations intervenant dans le milieu prostitutionnel. Si on fait abstraction de l'administration policière, avant l'AFLS, la prostitution était un univers pris en charge par une seule administration, la DAS finançant ou gérant le travail social traditionnel. L'action de l'AFLS a signé de fait la perte de ce monopole, sans doute d'autant plus douloureusement vécu que s'exprimant par une rupture avec les principes abolitionnistes et par une résurgence de la dimension sanitaire. Le constat de ce type de concurrence interadministrative est banal pour l'analyse des politiques publiques; dans le cas présent, il vaut d'être noté car il a contribué non à atténuer, mais en quelque sorte à entretenir les rapports de concurrence qui sont rapidement apparus entre les services de travail social d'inspiration abolitionnistes et les associations de santé communautaire (soutien de la DAS aux différentes « contre-attaques » des organisations abolitionnistes, telles que les « Journées européennes de prévention de la prostitution » de 1996).

La « normalisation du sida » ?

Bruno Jobert et Pierre Muller ont noté que les « administrations de mission » du type de l'AFLS « sont souvent menacées, soit de réabsorption dans les unités bureaucratiques, soit de marginalisation accrue »⁶. L'AFLS n'échappera pas à ce destin : elle sera fermée en

.....
6— JOBERT Bruno et MULLER Pierre (1987) *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris : Presses universitaires de France, p. 210.

1994 à l'occasion de la deuxième cohabitation, suite au rapport de Luc Montagnier au ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, et ses domaines d'activité seront intégrés à la Division sida de la DGS. Les motivations, officielles (la gestion critiquable de l'Agence) ou officieuse (supprimer un organisme créé par un gouvernement de gauche), de cette fermeture importent peu ici. Ce qu'on peut remarquer, c'est qu'on assiste par cette fermeture à une sorte de normalisation du VIH. La création de l'AFLS, organisme spécialisé, attestait de l'exceptionnalité du sida : à la maladie exceptionnelle, instances de prise en charge exceptionnelles. A partir des années 1990, le sida fait moins peur, car sa gestion est moins soumise à l'incertitude : on dispose de davantage de connaissances sur la pathologie, l'évolution de l'épidémie est attentivement suivie (on s'aperçoit que certaines craintes ne sont pas confirmées), de nouveaux traitements apparaissent, l'opinion publique est moins angoissée, etc. On note également que la maladie est moins souvent évoquée dans le champ politique, et cesse de devenir un enjeu. Le VIH tend progressivement, et ce phénomène est encore à l'œuvre actuellement, à devenir une « maladie comme une autre », qui n'exige pas que l'on mette en place des moyens spécifiques (au point que la pertinence de maintenir la Division sida de la DGS est mise en question).

Dans le même temps, la politique de déconcentration instaurée en 1995 fait dépendre plus largement les associations de leurs interlocuteurs locaux au niveau des DDASS (et donc corrélativement des bonnes ou mauvaises dispositions de ces interlocuteurs publics à leur égard). On peut constater que les relations avec les agents publics de niveau national se sont corrélativement estompées, ce qui implique également une évolution des rapports avec les financeurs. Les interlocuteurs de l'AFLS qui venaient souvent eux-mêmes du milieu associatif sont remplacés par des fonctionnaires, ce qui implique des modes de relation différents. Toutefois, les financements dont bénéficient les associations répondent toujours à la même logique : l'essentiel des subventions versées le sont au titre de la lutte contre le VIH. Globalement, cette situation est toujours celle que nous connaissons à l'heure actuelle.

78

Questions et perspectives

Cette histoire — outrageusement résumée — de l'attitude de l'Etat en matière de prévention du VIH en milieu prostitutionnel appelle quelques commentaires et questions que je livre en guise de conclusion.

1— On l'a vu, les modes d'intervention et les attitudes de l'Etat ont considérablement évolué au fil du temps. Les associations, et surtout leur identité et leurs activités, ont également évolué : on peut constater qu'au fil du temps l'importance relative des pratiques relevant uniquement de la prévention du VIH (information, distribution de préservatifs et seringues, suivi et soutien des personnes atteintes) s'est quelque peu allégée. Ça ne veut pas

dire que le sida est perdu de vue dans la pratique, mais que sa place au sein de l'ensemble des problèmes qui sont présentés par les usagers des associations est différente. Pour le dire autrement, c'est à l'ensemble des problèmes sanitaires et sociaux de la population prostituée que le sida a permis d'accéder; cette pathologie est un élément — crucial mais parmi d'autres — d'une configuration de problèmes qui lui sont plus ou moins directement liés, et que les associations ont été progressivement amenées à prendre en charge (autres pathologies, qu'elles soient somatiques ou mentales, toxicomanies, problèmes de logement, d'accès à la couverture sociale, aux papiers d'identité, etc.). On peut remarquer qu'on assiste de ce point de vue à un relatif brouillage des frontières entre sanitaire et social. De ce fait, il semble qu'il y ait un décalage entre le financement des associations de santé communautaire (essentiellement sur des « crédits sida ») et leur activité réelle, plus large. Il apparaît quelque peu curieux de ce point de vue que le travail à dimension plus spécifiquement sociale ne soit pas reconnu et redevable de financements spécifiques.

2— On peut faire le constat d'une normalisation des associations, qui sont généralement intégrées à leur paysage associatif sanitaire et social local, dont les modes de fonctionnement ont été relativement validés et ne font globalement plus scandale. Il apparaît aujourd'hui qu'elles ne sont pas en concurrence directe avec les organismes de travail social préexistants, mais qu'elles leur sont en grande partie complémentaires. Les associations de santé communautaire n'interviennent pas nécessairement auprès des mêmes fractions de la population prostituée, et ne répondent pas aux mêmes demandes, ce qui permet une intégration mutuelle dans les réseaux de partenaires. L'émoi que leur apparition a originellement suscité s'est effacé. Se pose également la question de l'extension, au-delà du seul espace de la prostitution, des pratiques de santé communautaire.

3— Que laisse présager pour les associations le processus de normalisation du VIH engagé par l'Etat (et notamment les évolutions de la DGS), ou bien — question proche — la tendance à la médicalisation du VIH (attestée par les relatifs succès des multithérapies) ne risque-t-elle pas de faire passer les démarches préventives au second plan, et de remettre en cause les financements et à terme les activités d'associations dont, je viens de le dire, les activités ne se limitent pas à la seule prévention du VIH au sens restreint, et qui répondent à de réels besoins non pris en charge par les autres structures intervenant en milieu de prostitution ?

4— On peut constater qu'il n'y a pas eu beaucoup de créations de nouvelles associations depuis plusieurs années (alors que des demandes existent dans plusieurs villes). C'est sans doute le signe d'une dynamique associative qui s'essouffle, mais qui est-ce qui s'essouffle ? On a constaté un affaiblissement des associations de lutte contre le VIH (difficultés à recruter des volontaires, par exemple), mais le ralentissement des créations d'as-

sociations n'est-il pas aussi liée au fait que le rôle d'impulsion initialement assumé par l'AFLS n'a pas été pris en charge par les services qui lui ont succédé ?

5– J'ai exclusivement parlé des relations entre les associations et l'Etat, en privilégiant la dimension financière. Il faudrait aussi aborder la question des financements privés, en tirant notamment le bilan de l'expérience d'ECS. Les expériences d'autres pays apporteront peut-être des éléments originaux sur cette question.

6– Se pose également la question de la capacité des associations à s'adapter aux évolutions de leur public (je pense particulièrement au problème des nouvelles formes de toxicomanie, qui ne correspondent plus au modèle classique de l'héroïnomane dépendant); peut-être les pouvoirs publics peuvent-ils jouer un rôle de ce point de vue (pas simplement au niveau économique mais par exemple par la valorisation de la recherche).

7– Au plan social, le dossier « prostitution » est récemment passé de la DAS au service du Droit des femmes; il faudrait s'interroger sur ce que cela implique en termes de représentations de l'action à mener et des objectifs de cette action. Quel changement de référentiels⁷ a-t-il été induit par ce transfert, doit-il être considéré comme favorable ou inquiétant (les modes d'appréhension féministes du phénomène prostitutionnel sont divers et complexes), et comment les associations de santé communautaire peuvent-elles espérer s'adapter à cette nouvelle donne (cf. question 1) ?

7– JOBERT B. et MULLER P., *op. cit.*, p. 47.

« POURQUOI JE SUIS DEVENUE MILITANTE »

Diane Gobeil



outes vos interventions sont très intéressantes, mais... je vais vous conter une autre histoire. Ma vie de prostituée. Qu'est-ce qui est arrivé, pourquoi je suis devenue militante, pourquoi aujourd'hui, en 1999, à 35 ans, j'ai décidé de continuer une carrière de prostituée et de m'orienter également vers un changement de carrière parce que je prends de l'âge, que je voudrais peut-être laisser le froid et les talons à la maison et travailler en bureau ou en prévention. Pourquoi j'en suis arrivée là, je ne sais pas, mais je vais vous expliquer ce qui m'est arrivé. Je pense que chaque prostituée a une histoire et quand on refait l'histoire de la prostitution sanitaire et sociale, il ne faut jamais oublier que derrière cela, il y a une femme, un travesti, un homme, qui vit de ce métier et qui a une histoire. Je ne veux pas généraliser, je veux juste vous parler de mon histoire. Ce sont des êtres humains qui travaillent, et au niveau social, ces personnes sont au bas de l'échelle des valeurs. La société nous met tout au bas de cette échelle et nous n'avons évidemment pas la même reconnaissance que tout le monde.

Je suis arrivée à la prostitution, j'avais 18 ans. Pourquoi ? Je me suis ramassée toute seule à 18 ans, mon père est décédé, ma mère ne pouvait plus s'occuper de moi, je suis un bébé tardif de la famille. Mais mon frère est policier, mon oncle est juge, j'ai été élevée dans une famille correcte mais moi, ce n'était pas ce qui me convenait. Alors, je suis partie de la maison, j'avais 16 ans et j'ai continué l'école. Ce n'est pas facile quand tu as 16 ans de vouloir continuer des études, travailler, et je faisais tout ça en même temps, j'avais trois emplois et j'avais de la misère à manger. A 18 ans, j'ai rencontré une fille et je suis devenue danseuse dans des bars au Québec, danseuse nue où tu prends un petit tabouret, tu te mets devant la chaise du client, et pour 5 dollars (30 francs), tu dances nue devant lui, à quelques centimètres de lui; alors j'ai décidé que pour 30 francs, tant qu'à me faire tripoter, autant charger 300 ou 400 francs, puis être capable de négocier et d'avoir un petit peu plus de pouvoir sur ce que je vivais.

A partir de là, j'ai décidé de devenir prostituée. Je suis partie de Montréal pour Vancouver et je suis devenue prostituée de rue à plein temps, je l'ai très bien vécue et je n'ai pas eu de problème avec ça. A l'époque, je vivais avec un américain, ça allait. Puis, un jour, j'ai décidé de retourner dans la province de Québec et je lui ai dit: « si tu t'en viens avec moi, tu t'en viens. Si tu t'en viens pas, tu t'en viens pas ». Il m'a fait une scène, une crise « si tu pars, je vais me suicider ». Il s'est suicidé et moi je suis restée avec ce problème là, cette douleur; j'ai voulu aller chercher de l'aide chez des psychologues ou des gens pour m'aider. Ils m'ont dit « écoute, il faut que tu arrêtes la prostitution si tu veux

avoir de l'aide, on ne peut pas te donner de l'aide parce que tu es déjà dans un climat social qui n'est pas stable ».

Moi je ne pouvais pas arrêter la prostitution et je me suis tournée vers les psychologues que je connaissais sur le coin de la rue, qui étaient les vendeurs de drogue; c'étaient des bons psychologues, ils m'ont écoutée et m'ont donnée une substance pour anesthésier ce que je vivais, ce que les professionnels de la santé ne pouvaient pas faire parce que j'étais une prostituée. Il fallait que je change de mode de vie si je voulais avoir de l'aide.

Alors, à partir de 1985, je suis devenue toxicomane par injection et ça a été le début de mon enfer à moi qui a duré huit ans. En 1985, j'ai rencontré un homme qui est tombé malade; en 1986, je l'amène à l'hôpital, tout va bien et je lui demande « qu'est-ce qui se passe avec toi ? ». Il me répond « ah, j'ai les plaquettes basses ». « *C'est quoi, les plaquettes ?* » C'est bien connu que nous, les prostituées, ce qui fait la différence entre le conjoint et le client, c'est la capote. Avec le client, on l'utilise. Je n'ai attrapé aucune MST de ma vie, je n'ai jamais rien attrapé du tout, je travaillais, tout était bon mais mon homme, ce n'était pas pareil et puis, il ne voulait pas porter la capote « moi, je ne suis pas un client » disait-il. Et cet homme-là, il s'est avéré qu'il était séropositif. Un an après, je regardais une émission de télévision sur le sida, les intervenants parlaient de plaquettes. Moi, dans ma tête, ça fait 1 et 1 font 2, je fais un test de dépistage, et on m'apprend que je suis séropositive et à cette époque là, on me prédisait qu'il me restait deux ans à vivre dans le meilleur des cas.

On m'a conseillé alors d'arrêter la prostitution, d'arrêter la toxicomanie, de tout arrêter mais moi, ça n'a rien fait pour me ramener. J'ai voulu rechercher de l'aide mais vu que j'étais prostituée et que j'avais touché à la toxicomanie, personne ne voulait m'offrir de services. Il fallait que j'arrête tout ça pour avoir accès aux services. Je n'étais pas prête, alors ça a duré encore cinq ans. Au bout de cinq ans, je me suis réveillée, je sortais de prison. Chez nous, la prostitution est passible de prison. Dans un premier temps, on te donne des PV. Au bout d'un certain nombre de PV (jusqu'à 3 000 dollars de PV), on fait automatiquement de la prison. Le premier emprisonnement est de cinq semaines. La peine augmente au fur et à mesure des condamnations. Quand on atteint la peine maximale de six mois, c'est six mois d'office à chaque nouvelle condamnation. Moi, j'ai fait la peine maximale pour prostitution trois fois, soit 18 mois de prison.

Une fois, j'étais sortie un vendredi de prison pour y retourner le lundi suivant pour six autres mois, parce que j'étais connue et repérée. Mais la prison, je n'étais plus capable d'assumer. Ma santé était encore bonne, j'avais été hospitalisée pour une infection en 1991, mais de toute façon, je pensais ne plus jamais m'en sortir. Ma plus grande motivation a été d'arrêter la consommation de drogues en 1992 parce que j'étais tannée d'aller en prison. Je ne voulais pas cependant arrêter la prostitution parce que pour moi, c'était un métier. C'était un travail, et je suis capable, moi, de faire ce travail là et de me respecter, et d'avoir une vie sociale. Ce qui a été disponible pour moi à ce moment là, la toxicomanie.

manie, il n'y a pas que les prostituées qui y ont eu accès, il y a d'autres personnes qui ont eu le même mouvement mais pour nous, c'est peut-être un petit peu plus facile, parce que c'est à proximité.

En 1992, j'ai arrêté de consommer et en 1993 j'obtenais l'aide sociale (à peu près équivalente au RMI). Je vivais dans un foyer pour femmes séropositives et on me répétait « tu vas mourir, tu vas mourir, tu vas mourir... » et moi je suis là, je ne meurs pas et puis, j'engraisse, je suis en pleine forme. Placée dans ce mouroir, je me demandais « mais qu'est-ce que je fais ici ? ». Je m'en vais donc voir ma travailleuse sociale et lui demande une formation en informatique parce qu'un centre d'hébergement me proposait un emploi à condition que je me forme. J'explique donc ma situation à l'aide sociale. Alors ils me répondent « écoute, c'est une formation qui dure 18 mois ». Dans mon dossier, il était précisé que j'avais le sida, et quand tu veux étudier, ils augmentent le montant du chèque. Ils me disent alors qu'ils ne paieront pas pour quelqu'un qui va mourir de toutes façons. Sur ce, je suis partie.

Deux ou trois jours après, j'ai rencontré une infirmière que je connaissais et qui travaillait dans un centre d'échange de seringues. Elle me demande « comment ça va ? Et puis, tu as l'air en forme »; et je lui dis que je ne consomme plus. J'avais arrêté de travailler sur la rue, je travaillais par le journal parce qu'on ne se fait pas arrêter, c'est toléré en appartement, ils ne contrôlent pas, alors je recevais chez moi, dans le centre d'hébergement pour femmes séropositives. J'avais mon appartement, je travaillais tranquillement, doucement. Des fois, j'allais mettre des enveloppes dans le bureau de la directrice parce que je ne voulais pas garder mon argent chez moi. J'ai vécu là pendant un an et demi et je voyais les femmes autour de moi mourir, je voyais des enfants mourir. Je n'étais plus capable de voir des femmes qui avaient décidé d'abandonner et qui se laissaient abandonner. J'ai vu des histoires d'horreur, des femmes immigrées haïtiennes ou africaines que les familles amenaient là quand elles apprenaient leur séropositivity. Elles ne revoyaient plus leurs enfants, leur famille, c'était l'enfer. Je n'étais donc plus capable de vivre là.

Alors je rencontre cette infirmière qui me demande de participer à un colloque sur le sida. Il faut que je vous dise que moi, je n'ai jamais pris de médicaments pour le sida et j'ai mes T4 assez sains et ma charge virale est indécelable. Ça fait quatorze ans que je suis séropositive. Mais ça n'a pas toujours été comme ça. Quand j'ai arrêté de consommer, mes T4 étaient très bas, je n'allais pas bien, j'ai été hospitalisée deux ou trois fois. Mais en arrêtant de consommer, en reprenant du poids, en ayant une meilleure santé, j'ai pris soin de moi.

Depuis 1994, je ne suis jamais descendue en dessous de 500 ou 600 T4. Je suis persuadée que d'être positive et d'avoir une bonne hygiène de vie, de ne pas me sentir coupable de ma sexualité ni de mon travail, ça m'aide beaucoup. Moi, je pense que les gens qui souffrent de honte ou de culpabilité se laisse miner par l'infection. J'arrive donc à cette conférence et l'infirmière me demande de parler pendant cinq minutes de ce que j'ai fait pour remettre ma santé sur pied. Il y avait beaucoup de monde, tous des médecins, des

travailleurs sociaux, des directeurs d'hôpitaux, il y avait 500 personnes. Je me suis levée et leur ai parlé pendant cinq minutes. A cette occasion, j'ai rencontré deux médecins en santé publique qui m'ont demandé de bien vouloir travailler avec eux. Pourquoi pas ? Ils m'ont donné un paquet de documents. Je situe le contexte : je me suis shootée pendant huit ans, j'ai arrêté l'école au secondaire et ils me donnent un paquet de documents à remplir avec des petites cases, des descriptions et ils me demandent de créer mon emploi. Je n'aurais jamais été capable de remplir ce document toute seule. L'infirmière m'a proposé son aide. A un moment donné, il était écrit « salaire demandé ». J'ai demandé à l'infirmière combien elle gagnait, et j'ai exigé le même salaire. Elle me dit alors qu'elle est bachelière en soins infirmiers et moi, je lui répond que j'ai une maîtrise en prostitution, que je maîtrise très bien le métier de la prostitution.

Six mois après, ils m'informaient que mon projet était accepté, ils avaient à peine réduit mon salaire. Franchement, mon expérience de trottoir a été reconnue comme étant équivalente à un diplôme universitaire. Je suis devenue intervenante communautaire au centre ville de Montréal, j'étais seulement travailleuse de rue à l'époque, je tournais avec mon sac à dos à -40°C l'hiver, j'allais voir les filles, je donnais des préservatifs, je faisais de l'échange de seringues. J'étais effrontée quand j'y repense aujourd'hui. Ils me demandent si je suis prête à signer ce contrat d'embauche. Je leur ai répondu oui à la condition de rajouter une clause : en aucune façon, une arrestation pour prostitution ne devait être un motif de licenciement. Je tenais à me protéger. Le directeur du Conseil d'administration de cet organisme qui était à cette époque à la sécurité publique, directeur d'une prison et le patron ont accepté. Vous imaginez ? Ils ont accepté. J'ai continué à faire du travail de rue, je me suis impliquée au projet sida-femmes. Je suis partie du centre d'hébergement parce que j'avais un salaire convenable pour partir. J'ai continué à pratiquer la prostitution, mon salaire n'était pas si mal mais j'avais un train de vie un peu plus important que cela, je voulais voyager, faire des choses que tout le monde a le droit de faire et puis durant toutes ces années, je n'avais rien accumulé, alors je voulais me reprendre en main.

Au sujet d'éducation par les pairs, moi j'y crois énormément. A cette époque, un médecin en santé publique, le docteur Catherine Entkins, avait fait une étude en prison, parce que les femmes prostituées chez nous se ramassent toutes en prison à un moment donné. Ce médecin avait donc fait une étude sur les femmes prostituées incarcérées et le VIH. En 1987 (je savais que j'étais séropositive), il y avait eu une campagne au centre ville de Montréal, il y avait une prostituée aujourd'hui décédée, Lise Tibaud, qui avait été diagnostiquée séropositive et partout sur les panneaux, sur les poteaux de téléphone, vous aviez son nom et sa photo disant « si vous avez eu à faire à cette prostituée, elle a le sida, veuillez communiquer avec la clinique médicale et la santé publique ».

Quand tu es séropositive, tu n'as pas envie que tout le monde le sache. Tu fermes ta gueule. Alors, ça m'a beaucoup choquée, je me disais qu'on était dans un pays censé être civilisé, je trouvais ça incroyable. C'est pour cela que lorsque j'ai commencé à travailler

dans des lieux communautaires, on allait doucement avec les filles, toutes se rappelaient cette histoire là. A la fin de sa recherche, ce médecin m'a demandé de la lire et de lui dire ce que j'en pense, afin de mettre des recommandations en application. Je lis la recherche et je propose « c'est simple, prends un local où les filles pourraient se rencontrer, échanger, où l'on pourrait élaborer des choses ». On a alors fait une demande à la santé publique; c'est elle, en tant que médecin, qui a fait cette demande, et moi, j'ai écrit une lettre de soutien en tant que représentante des prostituées du Québec. Ça s'est développé depuis quatre ans. Moi, je suis toujours à Cactus où je suis présidente du Conseil d'administration, je suis salariée d'un organisme. Je fais du travail de prévention en prison, et toujours du travail de rue. Une fois par semaine, je vais en prison faire des groupes supports aux personnes séropositives, distribuer des condoms parce qu'en prison masculine, ils ont des relations sexuelles, en secteur féminin aussi, alors on distribue des condoms, on explique comment nettoyer les seringues...

Depuis un an, je suis présidente du Conseil d'administration des personnes vivant avec le VIH du Québec, c'est assez public. Nous sommes treize personnes au Conseil d'administration, treize personnes vivant avec le VIH, et nous défendons les droits des personnes vivant avec le VIH. Je suis la seule à m'afficher comme prostituée.

Le Conseil d'administration est constitué d'une dame de 61 ans, un monsieur africain, de toxicomanes actifs et non actifs, les homosexuels sont en minorité. Au début, ils disaient qu'on nommait n'importe quoi comme présidente parce que j'étais une prostituée. N'importe quoi ! Mais aujourd'hui, ils se sont excusés, ils m'ont dit que j'étais la meilleure présidente qu'ils n'avaient jamais eu parce que je suis publique et que je ne mâche mes mots avec personne.

Au niveau politique, je suis très active. Je suis salariée à Cactus et je suis bénévole à Stella, aux personnes atteintes, à l'hôpital Sainte Justine pour les malades séropositifs et les enfants. Alors je travaille et j'ai le temps de faire du bénévolat et bien d'autres choses. J'ai l'impression de plafonner au Québec parce qu'il y a d'autres filles qui ont pris la relève. A Stella, quand on a commencé, c'est une féministe qui a été embauchée pour faire la coordination, elle a fait son temps, elle est partie, mais les cinq intervenantes qui travaillent maintenant à Stella sont des prostituées ou des ex-prostituées. La coordinatrice qui était prostituée pendant des années a fait une maîtrise en sexologie et maintenant elle est sexologue et coordinatrice du projet Stella. Les intervenantes sont toutes des filles issues du milieu de la prostitution. Dans le projet des garçons prostitués, on trouve une personne issue de la prostitution, mais lui, il ne faut pas qu'il fasse de prostitution, il faut que ce soit un ex-prostitué.

Ce que je ne vous ai pas dit, c'est que durant toutes mes péripéties dans le milieu communautaire, je me suis fait arrêter comme prostituée. Je me suis ramassée en prison, et là, ça a questionné le milieu communautaire de Montréal qui a appelé mon patron et la santé publique. Mon arrestation s'est très vite répandue. Mon patron et les gens de santé

publique ont été questionnés et ils ont répondu que je faisais très bien mon travail et que ce que je faisais dans ma vie privée m'appartenait. Je suis ressortie deux fois plus publique de cet événement. Des gens ont démissionné des organismes de défense des droits des prostitué-e-s; d'autres m'ont soutenue, affirmant le fait qu'une intervenante arrêtée pour prostitution ne devait pas déranger. Mais cela a dérangé des gens, cet événement a fait beaucoup de vagues et a créé un grand questionnement.

Au bout du compte, je pense que nous, prostituées, en sommes sorties gagnantes à cause de ce questionnement dans le milieu social. La coalition est devenue de plus en plus forte, des gens ont démissionné parce qu'ils n'étaient pas capable de l'admettre et ce sont des gens qui font du travail de rue auprès des prostituées qui se sont levés pour dire en pleine réunion « la présidente s'est fait arrêter pour prostitution, on débarque. On est là pour défendre les droits des prostituées ». « Parce que moi je me fais arrêter pour prostitution, tu me laisses tomber ? C'est quoi ? Cela veut dire que tu ne les considères pas comme des citoyennes à part entière ». Je m'en rappelle, ça avait fait beaucoup de branle-bas de combats. A un moment donné, j'en ai souffert un peu; quand je rentrais toute seule chez moi le soir, je me disais « ils ne nous considèrent vraiment pas égales à eux » et puis ça me choquait. Mais mon patron et toute l'équipe avec laquelle je travaillais, nous nous sommes réunis. Je leur ai exposé ce qu'il était arrivé et tout le monde a dit « *let's go, Diane* » et ils m'ont tous supportée, ce qui m'a énormément encouragée.

86

Des fois, dans la prostitution, j'avais l'impression de faire un travail de prévention auprès des clients. Je me disais « je suis en train de faire une action prévention là » et c'est pour cela que je me suis faite arrêter. Un jour, un client ne voulait pas porter de préservatif, il a commencé à me dire qu'il ne voulait pas de capote, que ça ne l'intéressait pas, et je lui ai dit « écoute, tu es inconscient, tu ne me connais pas, je ne te connais pas », il me répond « mais tu as l'air en santé », j'étais tellement choquée que je lui ai donné de la merde, il est parti et a appelé la police. Je me suis faite arrêter une semaine plus tard pour maison de débauche parce que je travaillais chez moi. Sont arrivés trois ou quatre policiers, je me suis ramassée au poste de police, je n'ai pas eu une grosse amende, ça s'est bien réglé mais ça a fait une grosse histoire. Cela a à nouveau questionné le milieu social et communautaire avec qui je travaillais. Ca ne me dérange pas aujourd'hui. Il faut arrêter de penser juste à soi, il faut continuer à se battre pour l'ensemble des prostitué-e-s. S'afficher publiquement comme personne prostituée fait des vagues, notamment dans la famille. Mon frère qui est chef de police dans une ville au Québec, qui porte le même nom que moi (plutôt rare) s'est fait questionner. Il m'a appelée en me disant que si jamais je disais à quelqu'un que j'étais parente avec lui, il ne savait pas ce qu'il ferait. J'ai respecté son choix, le fait qu'il pouvait ne pas avoir les mêmes opinions que moi, mais lui, il faut qu'il respecte que je n'ai pas les mêmes opinions que lui. C'est son problème, le mien est que je veux améliorer la qualité de vie des personnes vivant de la prostitution ou du travail sexuel. Je n'ai aucun scrupule ni aucune honte à être ce que je suis.

En ce qui me concerne, je n'ai pas du tout envie de m'embarquer dans la légalisation de la prostitution. Les personnes séropositives comme moi seront pénalisées. Je ne pourrais plus pratiquer mon métier si la prostitution est légalisée, je serai mise au chômage. Je ne suis pas si folle que ça, tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir ! Je suis séropositive, et puis après ? Si moi, en tant que prostituée, on me demande de prouver que je suis séronégative pour travailler, je veux que le client arrive aussi avec un certificat de séronégativité avant que je le prenne. Pourquoi moi, on m'obligerait à aller passer des tests qui ne sont pas des déclarations obligatoires, qui est ma vie privée ? Pourquoi serais-je obligée d'avoir un papier pour convaincre que je ne suis pas contaminée ?

Si on me le demande à moi, prostituée, on le demandera à tous les homosexuels. Une première bataille gagnée sur les prostituées en leur demandant d'avoir une fiche, les encouragera à demander la même chose aux autres communautés. C'est dangereux, nous sommes les premières qu'ils veulent avoir parce que nous autres, nous sommes des femmes publiques; il n'y a pas plus publiques que nous parce que nous sommes sur le trottoir, on est à la vue de tout le monde et la plupart d'entre nous ne veut pas aller à la télé... Les filles disent « non, non, non, ma famille... », mais il faut arrêter de se cacher, il faut arrêter d'avoir honte de ce que l'on est.

Je ne sais pas quelle mentalité on a, mais de toute façon, quand on me parle d'insertion, je n'aime pas ce mot-là, je déteste le mot « réinsertion », je préfère « réorientation de carrière ». Si je veux réorienter ma carrière, si je veux retourner aux études et faire autre chose, je veux avoir accès à ce droit. Mais ma carrière dans le milieu de la prostitution a été très fructueuse. Je n'ai pas honte de cela et je l'inscris sur mon CV. J'avais un gros trou dans le CV, je me disais mais qu'est-ce que je vais écrire ? « Carrière fructueuse dans le travail sexuel » ça veut tout dire et rien dire à la fois. Je peux avoir exploité un bar de danseuses, mais si mon employeur me demandait, j'expliquerais. Je ne vois pas pourquoi ça dérangerait, j'ai eu une carrière très fructueuse, j'ai bien vécue, je me suis fait des ami-e-s, j'ai rencontré les lyonnais-es, si je n'avais pas été prostituée, je ne serais pas ici aujourd'hui.

Nous sommes en train de former, en France, une Coalition des droits des travailleuses et travailleurs du sexe et moi, je demanderais à l'Etat de nous donner de l'argent pour s'organiser, pour engager un coordinateur qui travaillera à identifier des piliers dans chaque ville. On a besoin d'argent, d'un local et on a besoin, en parallèle, des organismes communautaires qui ont des contacts avec les prostitué-e-s, des sociologues pourraient peut-être nous donner un coup de main. Avec tous ces gens-là, je suis persuadée qu'on pourrait monter un dossier intéressant pour constituer une coalition pour revendiquer nos droits. On est là, on existe, avant, pendant et après le sida. Imaginez qu'on trouve le vaccin ? Ils vont couper tous les crédits sida, qu'est-ce qu'il va arriver de nous autres prostitué-e-s ? On va se retrouver le bec à l'eau, exactement comme on était avant l'épidémie du sida. Je ne sais pas si vous vous rappelez en 1985, on voulait toutes nous enlever de la rue parce qu'on était contagieuses, contaminantes, nous autres on était le réservoir de l'épidémie après la com-

munauté homosexuelle. Je ne veux pas que ça revienne comme ça, qu'on nous pointe du doigt encore en disant que nous sommes toutes des toxicomanes et des femmes qui contaminent les pauvres petits pères de famille qui n'utilisent pas le préservatif et qui vont ramener le sida à leur femme. Si on s'est occupé de nous dans l'épidémie sida, ce n'était pas pour nous protéger nous, c'était pour protéger les pauvres petits pères de famille qui ramenaient le sida après avoir été voir les prostituées. Il faut regarder les choses en face. Ce n'est pas pour nous protéger nous autres, c'est pour protéger les familles.

Il faut donc se prendre en main.

UNE RÉFLEXION SUR LA FORMATION

Danièle Authier



uptures est une action de santé communautaire avec les personnes toxicomanes. La réduction des risques et des dommages liés à la consommation de substances psychoactives constitue notre objectif principal. Ma position est, je pense, quelque chose d'unique. En effet, de par ma formation universitaire, je suis chargée, à mi-temps, de l'observation et de l'évaluation de l'action. Mon autre mi-temps est consacré à l'intervention de terrain en raison de mes connaissances et de mon vécu des produits toxiques.

Notre action part du constat suivant : c'est l'alliance entre un groupe social, particulièrement stigmatisé, touché ou menacé par un problème identifié de santé publique, et un collectif de personnes ressources qui conduit à la mise en place d'actions de santé communautaire.

Les contribuants précédentes font écho au projet que je souhaite développer à partir de deux constats :

1– Les postes existent, et nous devons être vigilants sur leurs intitulés et leurs identifications. La fiche de paye et le salaire sont les premiers instruments de la reconnaissance sociale.

2– Nous avons tout intérêt à nous attacher en priorité à la question de la formation, sous forme d'un cahier des charges à partir des pratiques spécifiques que nous avons pu développer.

Etre salarié, c'est avoir un statut social et des droits et se faire reconnaître comme un-e citoyen-ne comme les autres passe par l'application du droit commun, de la législation du travail, ce qui signifie :

- un contrat de travail ET un intitulé de poste correct;
- un salaire décent et le droit à la formation continue pendant le temps de travail (les moins diplômé-e-s doivent être prioritaires);
- des conditions de travail acceptables (planning, régulation).

Le précédent, imposé par Cabiria dès 1993, doit nous servir de référence. On peut s'en servir comme d'une jurisprudence. C'est un acquis qui a plusieurs avantages. L'affiliation à la convention de 1966 nous situe clairement dans le champ de la santé et non de la réinsertion professionnelle. Adhérer à la convention c'est également bénéficier d'un temps de récupération trimestrielle, particulièrement appréciable pour récupérer nos forces et notre énergie.

Je suggère de lister les intitulés de tous les postes occupés par des personnes issues de la communauté et travaillant dans les projets de santé communautaire. Peut-être faudrait-il créer une sorte de comité de vigilance pour éviter la création et la pérennisation d'emplois précaires qui déqualifient le travail effectué sur le terrain par les personnes toxicomanes ou prostitué-e-s dans des conditions qui ne leur permettent pas de se sentir citoyen comme les autres.

La formation

La formation en santé communautaire existe en tant que spécialité médicale, ou comme diplôme universitaire ouvert aux professionnels de santé. L'enseignement s'adresse essentiellement à des médecins qui se destinent à l'aide humanitaire associative et/ou aux programmes de soins primaires de l'ONU. Ils sont appelés à travailler dans les pays dits, en voie de développement, où l'équipement est estimé non conforme aux principes d'hygiène et d'ingénierie médicale qui fondent la médecine occidentale, les savoirs traditionnels étant parallèlement très souvent déqualifiés.

Quand on se pose la question d'une formation professionnelle des intervenant-e-s de terrain qui travaillent dans des projets de santé communautaire, on se heurte rapidement à la définition du champ d'intervention. Nous avons affaire à un objet hybride qui n'existe que par des dérogations. Les circulaires qui légitiment notre travail, ont un caractère atypique, elles ne légalisent pas le travail sexuel ou l'usage de drogues, elles n'abrogent aucune loi. Elles « invitent » les professionnels de santé, les collectivités locales, etc., à faire alliance avec les groupes à risques (prostitué-e-s, toxicomanes). N'oublions pas qu'il s'agit de règles sanitaires, de circulaires de santé publique, c'est à dire d'instruments d'une politique de préservation de la population générale. En gros, c'est parce que les prostitué-e-s ou toxicomanes ont été identifié-e-s comme un groupe à risques que des projets comme les nôtres ont pu voir le jour ; il ne faut pas l'oublier, c'est très important.

Notre mission est donc celle d'un acteur de santé publique qui doit travailler (apprendre de et avec) avec des professionnels de santé. Les actions que nous avons montées concernent, en fait, l'individu dans sa façon d'être en relation avec son corps et avec la société, comme l'ont largement démontré toutes les interventions sur la citoyenneté. Ces actions, dans lesquelles nous venons compléter les compétences des professionnels de santé, démontrent notre intérêt et nos capacités en matière de santé, pour nous même et pour nos pairs.

Quels sont nos besoins immédiats : des cessions d'information sur les modes de contamination, généralement pris en charge et souvent sous forme d'engagement à nos côtés, par les professionnels de santé qui travaillent avec nous, parce que c'est une urgence de terrain.

Quand on passe à un projet de formation qualifiante, la première question porte sur son financement ? La division sida, interpellée depuis trois ans ne peut rien faire sans le

ministère du Travail et le ministère de l'Education. N'oublions pas que la question du financement est directement liée au contenu et à l'orientation qu'on veut donner à cette formation. On assiste depuis deux ans à l'éclosion de projets locaux essentiellement orientés vers la filière du travail social et qui montent des formations de sous-auxiliaires de travailleurs socio-sanitaires : habitants-relais, médiateur, aide-moniteur, animateur-adjoint etc. Le travail social, lui-même, est en pleine recomposition et les formations, non diplômantes pour la plupart, d'agent d'accueil, d'habitant-relais etc., fleurissent de partout. Il s'agit d'apprendre à tenir la relation, d'avoir une posture d'accueil etc., de faire lien avec une population qualifiée de difficile... Evidemment en réaction, on voit apparaître des réflexes de défenses corporatistes et les professions reconnues se crispent sur leurs acquis et surveillent leur territoire.

Ces formations regroupées sous le terme générique de « métiers de rue », « métiers de l'intermédiation » sont conçues et réalisées par des professionnels du travail social dans un objectif de « rééducation ». Le côté sanitaire n'est envisagé qu'en tant qu'outil d'insertion de populations marginales. Il nous faut être particulièrement vigilant puisque ces « formations » recoupent nos pratiques d'accompagnements aux soins, de médiation, de travail de rue.

Pour monter une formation, le pari est de trouver des partenaires avec qui modéliser tout ce que nous apportons en connaissances de terrain, en savoirs applicables à tout le champ sanitaire et transmissiles. Dans ces conditions, la réponse qui nous a semblé la plus cohérente était de prendre contact avec les organismes de formation continue qui centralisent les cotisations patronales légales (le minimum est de 1,8% de la masse salariale), mais l'employeur peut, naturellement, donner plus. L'organisme choisi, Promofaf, est un organisme paritaire, chargé de gérer les cotisations patronales et de financer les formations des salarié-e-s.

On peut donc considérer Promofaf comme un centre de ressources et c'est avec eux que nous avons commencé à définir la question de la formation des intervenants de prévention en santé, ou des animatrices de prévention. Ce qui reste à faire est énorme. Il s'agit d'élaborer un cahier des charges et je suis chargée de répertorier les besoins des intervenant-e-s de terrain qui travaillent déjà dans les actions de santé communautaire. Au niveau des besoins immédiats, ils sont en principe couverts à l'intérieur des associations; c'est-à-dire que lorsqu'il y a besoin d'une formation sur le VIH, c'est un professionnel de santé proche, un membre de l'association, ou une personne du réseau ressources qui vient la faire.

En travaillant avec Promofaf, il est possible de défrayer les intervenants dans le cadre d'une formation continue. C'est une possibilité qui mérite attention.

Au niveau des besoins, ce que j'ai surtout entendu chez mes collègues ou chez vous, c'est la nécessité d'apprendre à se valoriser soi-même, à prendre la parole. Mais, le contenu des formations, c'est ensemble que nous devons l'élaborer. Je peux, en tant qu'interlocutrice, coordonner les informations et les transmettre, mais c'est à partir de vos besoins

que nous pourrons avancer. L'intitulé provisoire de ce projet de formation donne une idée du contenu. Pour le moment, il est question de « formation à la méthodologie du travail en partenariat dans les actions de santé communautaire ». Pour que personne ne soit exclue de ce type de formation, l'idée est de faire des cessions à trois niveaux : intégration, consolidation, routine, et de privilégier le travail oral et les apprentissages par relations interpersonnelles.

La priorité c'est d'apprendre à valoriser nos expériences de terrain, nos propres savoirs, ne serait-ce que pour prendre confiance et se sentir à égalité avec les professionnels. Besoin d'apprendre à parler. A ne pas paniquer devant des interlocuteurs « importants », ce qui implique de se considérer soi-même comme un interlocuteur crédible. Apprendre à se considérer soi-même comme un citoyen comme les autres. Ne plus avoir peur du savoir professionnel pour s'exprimer et faire passer ce qu'on a à dire. Apprendre à assumer le « stigmate » social, à le relativiser, acquérir des outils pour casser les images.

Ce qui est identifié pour l'instant :

- apprentissage d'une approche collective du stigmate, qui remette en cause ses propres représentations intérieurisées : travail sur les représentations, les concepts et les pratiques pour créer une culture commune valorisante;
- appropriation d'outils de valorisation (techniques de mise en scène de soi : mises en situation à partir d'exemples vécus, jeux de rôles);
- apprentissage de techniques de communication.

92

Les objectifs sont de :

- clarifier et optimiser son rôle et sa fonction pour se positionner clairement dans un travail interprofessionnel et multidisciplinaire. Apprendre à se positionner d'une manière transversale, c'est-à-dire que l'on est pas au bas, que l'on n'est pas le « tox » ou la « pute », on est au même niveau que les gens qui travaillent avec nous;
- repérer les étapes nécessaires à la construction d'un travail de partenariat : négociation, collaboration, alliance, cogestion et en parallèle identifier les mécanismes qui font obstacle au travail interprofessionnel;
- construire un projet accepté et négocié en transversalité; par exemple si vous voulez « ouvrir un quartier », il faut apprendre à le négocier avec les professionnels de santé qui travaillent avec vous mais aussi à aller négocier avec les collectivités locales et les autres sur le terrain.

Ces objectifs constituent une base solide d'une formation « paritaire » dans le domaine de la santé communautaire. Il convient, en complément, de continuer ensemble à travailler sur les questions de statut professionnel.

Troisième partie

La parité au quotidien

93

LA PARITÉ AU QUOTIDIEN : PREMIER ATELIER

Jean-Yves Le Talec



convient de préciser que le cadre de l'atelier est retreint à celui des actions de santé communautaire concernant les personnes prostituées. En d'autres termes, ce sont les personnes prostituées elles-mêmes qui doivent se mobiliser sur leurs propres droits. La parité est posée comme un *a priori* dans une minorité de projets. C'est à chaque fois une histoire et une dynamique différente, où la parité peut prendre des sens différents. La finalité de la parité dans ces projets a été questionnée.

Toutes les questions et les difficultés rencontrées au quotidien se rapportent à la notion d'accès (aux droits, aux soins...). Il s'agit la plupart du temps d'un enjeu de rapports sociaux de classe, qui traverse et la communauté, et les projets. Ont été évoquées les questions et difficultés suivantes :

- la citoyenneté;
- le travail / le statut / le salaire;
- la formation / la motivation;
- les compétences / la parité des compétences;
- la notion de carrière et le carriérisme dans et autour des projets.

95

En tant que contraintes externes, les contraintes de financement ont été signalées, contraintes en terme de garanties et d'exigence de professionnalisation, imposées par les financeurs. Ces contraintes peuvent aller à l'encontre de l'objectif de parité.

Au sein des actions, la diversité (ou reconnaissance réciproque de chacun) et le dynamisme sont des qualités importantes qui découlent du principe de parité.

Deux perspectives de réflexion ont été dégagées :

- la mixité (actions mixtes ou non-mixtes);
- la stabilité (stabilité des actions / mobilité des personnes).

LA PARITÉ AU QUOTIDIEN : DEUXIÈME ATELIER

Jean-Marc Beylot et Joël Gauthier-Joubaud



introduction aux questions à traiter lors de cet atelier, les participant-e-s sont interrogé-e-s sur la parité au sein de leur association lors d'un tour de table. Est distinguée immédiatement son action sur deux niveaux de l'organisation : l'équipe de terrain et les instances de l'association. Certains situent alors leur structure soit dans le champ de la *parité* soit dans celui de la *mixité*. Jugé contraignant, le 50/50, caractère quantitatif qu'impliquerait la notion de parité dans l'absolu, apparaît comme purement théorique. D'autre part, la distinction prostitué / non prostitué si elle reste principale dans la définition des projets communautaires n'est qu'un des éléments d'une parité / mixité idéale : d'autres distinctions pourraient être retenues comme pertinentes aussi (hommes / femmes / autres ou malade / non malade...). Un prostitué a expliqué combien il avait réclamé la présence de *femmes* prostituées dans le Conseil d'administration de son projet.

Paritaires dans la démarche, la composition et le fonctionnement des groupes sont souvent dépendants de leur *background* historique et de l'environnement socio-culturel. Les attentes et les buts sont souvent fonction de l'histoire des projets et en conséquence relativement diversifiés selon les contextes locaux.

Par exemple, en Suisse, une structure, initiée par les prostituées, a une équipe professionnelle, composée uniquement de travailleurs sociaux; une autre dont l'origine est due à un travail social préalable auprès des femmes usagères de drogues, voit son équipe constituée seulement de personnes prostituées (le personnel médico-social étant détaché par des organismes publics). Autre exemple en France : un projet peut-être initié par une personne prostituée au travers d'actions de terrain – projet que l'on pourrait qualifier d'auto-support – avant de se transformer en projet « mixte », afin d'obtenir une légitimité (et des subventions) où les personnes prostituées sont devenues minoritaires sans que cela leur paraissent dommageable pour la continuité de leurs actions. Inversement, d'autres personnes prostituées regrettent que, sous prétexte d'une légitimité à conserver auprès des financeurs, la parité ne soit toujours pas atteinte dans les instances représentatives de l'association.

Il apparaît cependant que ce sont dans ces instances représentatives (Conseil d'administration en France, Comité en Suisse) que le groupe communautaire se voit sous-représenté. Certes, si des raisons purement stratégiques face aux pouvoirs publics conduisent à cet état de fait – la présence de médecins, de politiques ou d'autres professionnels de santé publique semble avoir un effet « magique » sur l'obtention de financements publics – l'argument majeur avancé devant le déséquilibrage de ces instances est *la faible mobilisation des per-*

sonnes prostituées (et celles, en France, qui se pensent aptes à se mobiliser ou qui voudraient revendiquer une parole publique en tant que prostitué-e sont le plus souvent salariées des associations et donc dans l'impossibilité d'entrer dans une instance représentative).

Cette absence de mobilisation répond à un fort sentiment de rejet, d'exclusion, particulièrement en France, où la prostitution n'est toujours pas reconnue, « *est toujours mal vue par l'opinion publique* ». Sans visibilité, ni reconnaissance sociale, il apparaît difficile aux personnes concernées d'assurer une position politique au sein d'un conseil d'administration.

Ce fort sentiment d'exclusion s'accentue aujourd'hui encore plus devant le changement de la prostitution : une précarité croissante, une pluriculturalité et une composition modifiée du groupe (opposition prostitution traditionnelle / prostitution occasionnelle, prostitution liée à l'usage de drogues). Autant d'éléments que le groupe doit surmonter pour se mobiliser et voir émerger en son sein des personnes leaders réellement représentatives de la communauté (en particulier du côté des *femmes* prostituées qui semblent être parmi les personnes prostituées celles qui ont le plus intérieurisé leur « invisibilité » sociale et politique).

Une parité idéale doit irrémédiablement passer par le droit à la citoyenneté des personnes prostituées. A cet effet, et en parallèle aux actions de santé communautaire respectives à chaque association, *il est proposé la création d'une coalition française – voire européenne – des prostitué-e-s*.

Cette dernière revendication conduit directement l'atelier à s'interroger sur la nature de leurs attentes lors de leur entrée dans un projet de santé communautaire.

Rétrospectivement, les personnes prostituées n'ont pas attendu la mise en place de tels projets pour mener des actions de prévention primaire ou secondaire pendant de longues années. Les missions de santé communautaire leur apparaissent avant tout comme affirmant leur engagement pour une reconnaissance sociale et politique de la prostitution, engagement qui ne pouvait pas s'exprimer dans des associations spécifiques VIH, où les prostitué-e-s se sentaient relativement isolé-e-s.

Pour les professionnel-le-s non prostitué-e-s, outre la mission de santé publique liée à leur formation, la lutte contre toute forme d'exclusion constitue le fondement de leur engagement auprès de la population prostituée. Même si la lutte contre le VIH/sida a été le vecteur premier d'une solidarité entre différentes communautés d'exclu-e-s, la pérennité de la présence d'homosexuels et de lesbiennes chez les non prostitué-e-s aujourd'hui la confirme.

Les différences de niveaux et de formes d'engagement des salariés (et bénévoles) dans les projets, liées au parcours individuel de chacun (prostitué ou non), sont l'une des causes potentielles de conflit au sein d'une équipe, mais le principal écueil rencontré dans les différents projets, quel que soit leur fonctionnement interne, est celui de la reconnaissance mutuelle entre personnes prostituées et personnes non prostituées (reconnaissance des rythmes de vie, problèmes de préjugés réciproques à déconstruire...). Par exemple, pour

certain-e-s professionnel-le-s non prostitué-e-s, il est difficile de « *casser leur image* », tant pèse le modèle imposé d'un contrôle social et d'un contrôle médical au sein de la population prostituée. L'intégration de ces professionnels au sein des équipes, et plus largement auprès de la communauté, serait grandement facilitée si, avant tout contact avec le secteur médico-social, une information pour la population prostituée, voire une réelle formation adaptée pour les prostitué-e-s membres de l'équipe, participait à la dédramatisation du contact avec les personnes travaillant dans les secteurs médico-sociaux (en inventoriant tous les services auxquels ils donnent accès...). En revanche, une information réciproque – voire une formation – auprès de ses mêmes services sur les conditions et modes de vie des personnes prostituées n'a été explicitement évoquée qu'une seule fois bien qu'elle soit tout autant nécessaire.

Au cours de la discussion, les professionnels non prostitués ont exprimé leur désarroi, jugeant leurs missions largement insuffisantes face à la gravité des situations rencontrées, ce qui laisse bien souvent la porte ouverte au conflit au sein même de l'équipe. « *La dureté du milieu, ça ne se régule pas.* »

L'adaptation au milieu associatif (« milieu sensible ») et la reconnaissance de leurs aptitudes au sein d'une équipe professionnelle s'avère difficile pour les prostitué-e-s.

Elle nécessite, selon elles, une autogestion forte pour éviter certains dérapages trop rencontrés (abus de confiance, non-respect de la confidentialité, détournements de fonds... ces dérapages n'étant pas propres aux personnes prostituées). Un soutien qui aille au-delà de la simple régulation serait nécessaire à instaurer : une écoute, qui, face à l'urgence de certaines situations morales, matérielles ou financières, sache répondre aux conséquences inévitables de la précarité trop souvent ignorée des prostitué-e-s au sein des équipes.

Un système paritaire idéal serait donc avant tout basé sur *l'égalité des compétences*, tant au niveau du terrain que des instances (il va de soi que de trop grandes différences de salaires et de statuts pour un même type de travail – agent de prévention par exemple – sont un obstacle à cette volonté d'égalité). Aussi, plusieurs personnes prostituées ont exprimé leur volonté ne plus se limiter au travail de terrain mais de diversifier leur compétences. Certaines ont émis le souhait que la parité soit « interne » aux personnes et pas seulement au projet (avec un double compétence des individus : infirmier-e et prostitué-e, comptable et prostitué-e...).

Autre argument en faveur du développement de formations professionnelles : quelque soit l'engagement d'une personne salariée de ces projets, leur « désengagement » reste problématique. Ceci est d'autant plus contraignant pour les personnes prostituées dont l'embauche, surtout dans les premiers temps des projets, s'est faite sur des critères réducteurs (l'expérience d'être prostitué-e) et non comme pour les professionnel-le-s non-prostitué-e-s sur leur expérience *et* un diplôme. Afin d'avoir les moyens de réorienter leur carrière professionnelle, une partie des personnes prostituées et salariées ont montré leur

volonté de se former à d'autres compétences que celle de la connaissance de la communauté. L'écart actuel pourrait être réduit par une double formation, professionnelle et politique (« il faudrait munir d'outils réels les personnes prostituées qui souhaitent se mobiliser et qui se sentent souvent désarmées, et ce par la formation au lobby et à la représentation politique »). Ces formations, professionnelles et/ou politiques, pourraient s'inscrire soit dans le cadre des projets (pour les salariés prostitués), soit dans celui de la future coalition des prostitué-e-s (pour les personnes prostituées dans leur ensemble). Personne n'a émis l'idée de formations individuelles et externes. Notons donc que la prise en compte de la formation comme le développement des volets « sociaux » et « droits communs » des projets sont souhaités par l'ensemble des participants.

La parité au sein d'un projet de santé communautaire semble aujourd'hui être une notion trop limitée pour assurer la cohérence d'une équipe : « *elle a été une étape* ».

La notion de *diversité* semblerait plus appropriée au regard du contexte local et de l'environnement socioculturel de chaque projet, la diversité serait plus le reflet de la réalité du groupe aux origines, aux sexes et aux modes de travail différents.

Quatrième partie

**La coalition des travailleuses
et travailleurs du sexe**

101

LA COALITION DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SEXE



Europe : plusieurs pays / plusieurs discours sur la prostitution. Et nous là dedans ?! Le 30 et 31 janvier 1999, c'est tenu un colloque à Lyon, intitulé « La parité dans les associations de santé communautaire ». Lors de ce colloque , il nous est venu l'idée de se réunir entre travailleuses-eurs du sexe. Nous sommes parti-e-s d'un simple constat : les associations de santé communautaire répondent à une mission précise (santé, accueil, accompagnement, etc.), mais les travailleuses-eurs du sexe présent-e-s avaient la volonté de créer un espace bien à elles / eux, pour elles / eux et répondant à un autre besoin : agir, être reconnu-e, prendre en main sa vie / son avenir, se positionner...

Nous avons donc décidé de créer une « coalition » (terme barbare signifiant rassemblement et nous arrivant du Québec) et pas seulement à un niveau français, mais comme des ami-e-s étaient venu-e-s de Suisse, l'intérêt d'élargir cette coalition à un niveau européen devenait évident.

103

Principe fondateur

Il s'agit d'intégrer toutes personnes ayant vécu ou vivant du travail sexuel (prostitution, téléphone rose, salons de massages, escorte, etc.)

Objectifs de la coalition

- 1– Intégrer toutes les diversités présentes au sein de la communauté (femmes, hommes, transsexuel-le-s, légales et légaux, illégales et illégaux).
- 2– Travailler sur les droits actuels et à défendre dans le futur.
- 3– Permettre à chacunes et chacuns de vivre pleinement sa citoyenneté.

Une idée donc très dans l'air du temps : l'Europe (un autre terme tout aussi barbare mais beaucoup plus proche de nous qu'on pourrait le croire). Effectivement tout ce que nous vivons dans notre petit monde ou notre mètre carré de trottoir, nous dépasse totalement, puisque c'est une histoire qui se joue à un autre niveau.

Beaucoup d'entre-nous sont soit effrayé-e-s, soit de toutes façons subissent les changements que le boulot a connu ces dernières années. Et *a priori*, cela ne fait que commencer. L'intervention plan national n'est plus suffisante, puisqu'aujourd'hui les décisions sur notre avenir se discutent dans des espaces où nous ne sommes pas représenté-e-s. Une chose est sûre : même si les changements et les réalités ne nous plaisent pas ou ne nous

convient pas, l'Europe présente au moins un atout : prendre en compte des peuples avec des histoires, des luttes, des réponses, des lois et des cultures différentes.

D'où la création de cette coalition ainsi que la diffusion du questionnaire, pour nous permettre de bien cerner les différents besoins de la communauté.

Il est évident que toute suggestion ou question sera utile au débat.

QUESTIONNAIRE

1– Qui êtes-vous ?

- une femme un homme un travesti un-e transsexuel-le

2– Quel travail sexuel pratiquez-vous ?

- rue bar téléphone salon
 autre (préciser)

3– Avez-vous un statut professionnel ?

- reconnu non reconnu

4– Etes-vous originaire du pays où vous exercez ?

- oui non

5– Votre travail est-il :

- fixe ? itinérant ? permanent ? occasionnel ?

105

6– Quel est votre âge ?

7– Pensez-vous être suffisamment informé-e sur vos droits ?

- Oui Non Par quels moyens ?

8– Quelles sont vos attentes pour votre avenir professionnel ?

9– Que pouvez-vous attendre d'une telle coalition ?

10– Quelle est votre position sur le débat de la légalisation (donner un cadre juridique au marché du sexe), quels avantages ou inconvénients y voyez-vous ?

11– Quelles sont vos impressions sur l'Europe et les institutions européennes où nous voulons être représenté-e-s ?

12– Quels sont vos coups de gueule, impressions et réactions ?

13– De quel pays nous écrivez-vous ?

14— Nous avons utilisé le terme travailleuse-eur du sexe. Quel terme défini le mieux votre activité ?

- travailleuse-eur du sexe professionnel-le du sexe
- personne prostituée autre

Important : Vous venez de remplir ce petit questionnaire, il nous sera très utile pour mieux cerner qui vous êtes et de pouvoir repérer différents besoins, merci de contribuer ainsi à ce débat, mais il vous reste une dernière petite chose à faire : nous le faire parvenir à l'adresse ci-dessous *avant le 15 avril 1999*.

Centre International de Documentation sur la Prostitution
« Questionnaire Coalition »
Mme Grisélidis Réal
Rue de Berne 46
CH-1201 GENÈVE

Conclusion

107

CONTRIBUTION EN GUISE DE CONCLUSION

« LA PROSTITUÉE SEMBLE SOUFFRIR LE MARTYRE »

Jean-Yves Le Talec

La parité a servi de moteur et d'argument politique au développement des actions de santé communautaire, au début des années 1990. A la fin de cette décennie, il est frappant que l'événement le plus marquant de ce colloque sur la parité soit justement *non paritaire*, à savoir l'initiative prise par la communauté des personnes prostituées de fonder un « collectif » ou une Coalition des travailleurs et travailleuses du sexe. Cela montre que le concept de parité, bien qu'il se soit avéré fort utile et productif, n'est ni idéal, ni universel, en d'autres termes qu'il ne répond pas parfaitement aux objectifs des actions de santé communautaire et encore moins aux revendications de la communauté des personnes prostituées.

Les questions soulevées lors de la communication sur « Parité et exclusion » n'ont d'ailleurs pas reçu de réponse précise, que ce soit sur le thème de l'exclusion ou sur celui du « communautarisme ». Le principe de parité a pourtant permis le développement des actions de santé communautaire et ouvert la réflexion sur la place des personnes prostituées au sein de ces actions (égalité des statuts et des salaires, par exemple). Il semble aujourd'hui que le débat pourrait encore progresser, et les organisations évoluer, en s'appuyant sur la « diversité » et sur le principe « d'alliance », tout en conservant la stricte parité sociale, comme un principe acquis.

La naissance d'une initiative collective regroupant les « travailleurs et travailleuses du sexe » pourrait être l'occasion d'un rebond et d'un nouvel élan, en clarifiant une situation jusqu'à présent confuse :

- il appartiendrait à ce collectif de traiter des questions propres à la communauté, comme l'égalité des droits, l'accès à la citoyenneté;
- en conséquence, les actions de santé communautaires, tout en menant une stratégie d'alliance avec ce collectif, resteraient centrées sur l'accès aux soins, les questions de prévention et de santé, c'est à dire ce pour quoi elles sont subventionnées (rien n'empêche, d'ailleurs qu'elles puissent élargir leurs compétences, selon les lignes directrices de la loi contre l'exclusion);
- la communauté pourrait enfin « reprendre la main » sur le terrain de la recomposition de la prostitution, et trouver des alliances avec les personnes impliquées, et parfois exploitées, dans les nouvelles formes de commerce du sexe.

Ces perspectives très encourageantes nécessitent néanmoins un apprentissage des personnes de la communauté, en particulier sur les points suivants :

- l'histoire des mouvements sociaux, en particulier des prostitué-e-s, mais pas seulement, en ce qu'elle enseigne sur les impasses à éviter et les alliances à développer (par exemple sur le thème communautarisme *versus* diversité, et ce que nous a appris le mouvement *queer*, même si il n'a pas vécu longtemps dans sa forme originale);
- la compréhension des enjeux politiques qui sous-tendent les conflits internes à la communauté : rien ne sert d'ignorer les rapports sociaux de classe ou de sexe, car ils resurgissent toujours dans la réalité;
- la prise de conscience du bouleversement en cours dans le mouvement de lutte contre le sida, qui a servi de point d'appui au mouvement communautaire sur le thème de la santé; le désengagement de l'Etat et l'effondrement des grandes associations nationales sont à prendre en compte à court terme;
- la compréhension, enfin, des enjeux économiques énormes qui sont au centre de la recomposition de la prostitution et du développement des nouvelles formes de commerce du sexe : la moindre erreur, dans ce domaine, peut coûter très cher.

110

Ces points soulèvent donc directement la question de la formation. Il semble actuellement dangereux de s'en remettre exclusivement à des structures généralistes (telles que la formation professionnelle continue), qui sont soumises à leurs logiques propres de pouvoir et à des influences bien plus puissantes que celle de la communauté de la prostitution, telles que celles des « diplômes de monopole ». En outre, l'expérience a montré, dans le domaine du sida, que ces structures de formation « généralistes » n'avaient guère de scrupule à s'approprier des connaissances élaborées sur la base d'un travail de terrain issu des communautés concernées.

Il conviendrait donc de réfléchir rapidement à d'autres formes d'acquisition et de diffusion des connaissances, propres à la communauté, qui soient, au moins dans un premier temps, protégées de convoitises extérieures (comme le dit très justement Act Up, « Information=Pouvoir »), sans pour autant négliger les sources de connaissances de base, dont l'accès est garanti par le droit commun (comme la mise à niveau scolaire, l'expression orale et l'aisance en public, l'informatique, la communication écrite, etc.).

Reste, pour les personnes prostituées, à résoudre la question – non des moindres – de l'intériorisation de la domination et de l'exclusion, en d'autres termes de l'accès à *l'en-vie* de se former et à la *confiance* en ses propres capacités. Ce chemin a été largement ouvert au sein des actions paritaires de santé communautaires, mais il doit être repris, poursuivi et amplifié par le Collectif qui vient de naître. Il peut compter, sur ce point comme sur d'autres, sur l'assurance d'une alliance positive avec les actions de santé communautaire, mais peut-être aussi avec d'autres organisations (dans le désordre : le

Mouvement des femmes, le Mouvement français du planning familial, la coordination nationale lesbienne, diverses associations gaies, différentes instances de recherche universitaire, la délégation interministérielle aux droits des femmes, les mouvements de défense des étrangers sans papiers, certains organes de presse, etc.).

Une telle stratégie d'alliance est l'une des conditions du succès de ce Collectif et peut-être, à terme, d'une considération sociale des personnes prostituées et de la fin d'une hypocrisie qui voile pudiquement la réalité des nouvelles formes de commerce du sexe.

La fin aussi de représentations qui ont la vie dure et ont conduit un journaliste à écrire, à propos d'une prostituée allongée sur le trottoir parce qu'un client lui avait tiré plusieurs coups de feu dans le dos : « La prostituée semble souffrir le martyre »... Elle *souffrait* réellement, mais, par la suite, elle a décidé de se battre, d'être visible et respectée et de disposer de ses droits de citoyenne. Elle s'appelle Diane, et nous lui tirons tous un grand coup de chapeau !

Bibliographie, index et répertoire

113

BIBLIOGRAPHIE

ADLER Laure (1990) *La vie quotidienne dans les maisons closes 1830/1930, Mesnil-sur-l'Estrée*, Paris : Hachette.

ASPASIE (ASSOCIATION) (1990-1991) *Rapports d'activité*, Genève : Aspasie.

BADINTER Elisabeth (1992) *XY, de l'identité masculine*, Paris : Editions Odile Jacob.

BAJOS Nathalie et SPIRA Alfred (1991) « Analyse des comportements sexuels en France (ACSF) », *Sciences sociales et santé*, vol. IX, n° 4, décembre, pp. 57-67.

BALANDIER Georges (1984) « Le sexuel et le social », *Les Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 76, p. 5.

BARRE Fabienne et CASTILLO-WINTER Silvia (1992) *Prostitution et VIH, rapport sur l'enquête auprès des personnes prostituées et des clients de la prostitution*, Centre de Recherche et d'Etude Sociales du Var et Centre de Formation des Travailleurs Sociaux du Vaucluse.

115

BOLTANSKY L. (1990) *L'amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris : Métailié.

BOURDIEU Pierre (1984) *Questions de sociologie*, Paris : Editions de minuit.

BOURDIEU Pierre (1991) « La domination masculine », *Actes de la recherches en sciences sociales*, n° 83.

BOURDIEU Pierre (1993) (sous la dir.) *La misère du monde*, Paris : Seuil, 1993.

BOURDIEU Pierre (1997) *Les méditations pascaliennes*, Paris : Seuil.

BUGNICOURT J. (1982) « La participation populaire au développement en Afrique », *Les Carnets de l'enfance*, n° 59/60, p. 64.

CANGUILHEM G. (1966) *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF.

CHAIFI Malika et GAISSAD Laurent (1992) *Rapport final du projet de prévention VIH et recherche en direction des travailleurs du sexe masculin à Marseille, Aides Provence*, Marseille : Aides Provence (multigraphié).

COLLECTIF (1992) *La prostitution, quarante ans après la convention de New York*, Bruxelles : Ecole des sciences criminologiques Léon Cornil et Bruylant.

CORBAIN Alain (1978) *Les filles de noce (Misère sexuelle et prostitution aux XIX^e et XX^e siècles)*, Paris : Aubier Montaigne, coll. historique.

COULON Alain (1997) *L'école de Chicago*, Paris : PUF [Prem. Ed. 1992].

CROZIER michel et FRIEDBERG Erhard (1977) *L'acteur et le système*, Paris : Seuil.

DEFERT Daniel (1989) « Un nouveau réformateur social : le malade », communication à la séance plénière du 6 juin 1989 à la Vème Conférence internationale sur le sida à Montréal; *Gai Pied Hebdo*, n° 376, juin.

DELPHY Christine (1997) « L'humanitarisme républicain contre les mouvements homo », *Politique La Revue*, juillet-septembre, pp. 19-22.

DELPHY Christine (1998) *L'ennemi principal*, Paris : Syllèphe.

DEJOURS Christophe (1995) *Le facteur humain*, Paris : PUF.

DEJOURS Christophe (1998) *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Seuil.

DE VINCENZI Isabelle (1989) *Sida et prostituées, revues des données françaises, centre collaborateur OMS-sida*, BEH, n° 40, p. 165.

116

DORAIS Michel (1987) *Les enfants de la prostitution*, Montréal : vlb éditeur.

DUPUY François et THOENIG Jean-Claude (1985) *L'administration en miettes*, Paris : Fayard.

DURAN Patrice (1990) « Le savant et la politique : pour une approche raisonnée de l'analyse des politiques publiques », *L'Année sociologique*, n° 40, pp. 227-259.

DUTEY Pierre (1994) « Des mots aux maux... », in Daniel WELZER-LANG, Pierre DUTEY et Michel DORAIS (sous la dir.), *La peur de l'autre en soi. Du sexism à l'homophobie*, Montréal : vlb éditeur, pp. 147-196.

FASSIN Didier (1996) *Santé et développement*, Paris : Ellipse.

FAVRE Pierre (1992) (sous la dir.) *Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris : L'Harmattan.

FOUCAULT Michel (1976) *Histoire de la sexualité* (tome I : La volonté de savoir), Paris : Gallimard.

FOUCAULT Michel (1980) *Histoire de la sexualité* (tome II : L'usage des plaisirs), Paris : Gallimard.

FOUCAULT Michel (1984) *Histoire de la sexualité* (tome III : Le souci de soi), Paris : Gallimard.

FOUCAULT Michel (1997) *Il faut défendre la société*, Paris : Gallimard.

FRAISSE Geneviève (1995) *La muse de la raison, démocratie et exclusion des femmes en France*, Paris : Gallimard.

GASPARD Françoise (1994) « De la parité : genèse d'un concept, naissance d'un mouvement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 15, n° 4.

GIRARD Jean-François avec la coll. de Eymeri Jean-Michel (1998) *Quand la Santé devient publique*, Paris : Hachette Littératures.

GODELIER Maurice (1982) *La production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruyas de Nouvelle-Guinée*, Paris : Fayard.

GOFFMAN Erwin (1975) *Stigmate, les usages sociaux d'un handicap*, Paris : Les Editions de Minuit [1ère édition en anglais, 1963].

GRÉMY François et BOUCAERT André (1995) « L'institution médicale mise en cause », *La recherche*, vol. 26.

GROUPE DE TRAVAIL COORDONNÉ PAR LE CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (1990) *La santé communautaire, concepts - action - formation*, Paris : Centre international de l'enfance.

GUILLAUMIN Colette (1978) « Pratiques de pouvoir et idée de nature : (I) L'appropriation des femmes; (II) Le discours de la nature », *Questions féministes*, n° 2, pp. 5-30 et n° 3, pp. 5-28.

GUILLAUMIN Colette (1992) *Sexe, race et pratique du pouvoir, l'idée de nature*, Paris : Côté femmes.

GUILLEMAUT Françoise (1994) « Images invisibles : les lesbiennes », in Daniel WEILZER-LANG, Pierre DUTEY et Michel DORAI (sous la dir.), *La peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Montréal : vlb éditeur, pp. 225-237.

GUILLEMAUT Françoise et SCHUTZ SAMSON Martine (1996) « Action de santé communautaire avec les personnes prostituées », in *La santé de l'homme*, Paris : CFES.

IFF Simone, BESSE Marcel et IFF Werner (1975) *Demain, la société sexualisée : le combat du Mouvement français pour le planning familial*, Paris : Calmann Lévy.

HENNIG Jean-Luc (1978) *Les garçons de passe (enquête sur la prostitution masculine)*, Paris : Editions Libres Hallier.

- HENNIG Jean-Luc (1981) *Grisélidis, courtisane - Entretiens*, Paris, Albin Michel
- HERZLICH C. et PIERRET J. (1984) *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris : Payot [nouvelle édition 1991].
- HERZLICH C. (1992) *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris : EHESS éditions.
- HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle et ROUCH Hélène (sous la dir.) (1991) *Sexe et genre. De la hiérarchie des sexes*, Paris : Editions du CNRS.
- HUSTON Nancy (1982) *Mosaïque de la pornographie*, Paris : Denoël Gonthier.
- IREP (1993) *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le VIH : investigation ethnographique de la prostitution à Paris de 1989-1993*, Paris : ANRS et Direction de l'action sociale.
- INSTITUT DE MÉDECINE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE TROPICALES (1983-84) *Certificat de santé communautaire 1983-84, document de travail destiné aux étudiants*, Paris : Faculté de médecine Xavier Bichat, université de Paris VII, p. 6.
- 118** JAVEAU C. (1990) « L'ordre social et le contrôle social », *Leçons de sociologie*, Paris : Mériadiens, pp. 234-255.
- JODELET D. (1993) *Les représentations sociales*, Paris : PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui.
- LE BORTEF G. (1982) « Vers une reformulation de l'enquête participation », *Les carnets de l'enfance*, n° 59-60, pp. 160-161.
- LE DUEUF M. (1995) « Problèmes d'investiture (De la parité, etc.) », *Nouvelles questions féministes*, vol. 16, n° 2.
- MANCIAUX M. et DESCHAMPS J.-P. (1978) *La santé de la mère et de l'enfant*, Paris : Flammarion-Médecine sciences.
- MANCINI J.-G. (1979) *Prostitution et proxénétisme*, Paris : PUF, Collection Que sais-je ?
- MATHIEU Lilian (1996) *Cabiria 1996, éléments d'évaluation et de réflexion après deux ans et demi de fonctionnement*, Lyon : rapport pour la DDASS du Rhône.
- MATHIEU Lilian (1998) « L'action collective des prostituées - Le cheminement incertain de la constitution d'un groupe », thèse pour le doctorat en science politique, université de Paris X, Nanterre.
- MATHIEU Nicole-Claude (1989) *L>Anatomie politique, catégorisations et idéologies du sexe*, Paris : Côté femmes.

MILLIARD Eric et ORTIZ Laure (1998) « Parité et représentations politiques » in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.

MONTRYNAUD Florence (1993) *Clients et prostitué-e-s*, Paris : Glénat.

OMS/UNICEF (1986) *Alma Ata, 1978 : Les soins de santé primaire*, Genève : OMS.

PECHEVIS Michel (1990) « Diagnostic communautaire », *La santé communautaire, concepts/actions/formation*, Paris : Centre international de l'enfance, p .123.

PISIER E. (1995) « Egalité ou Parité ? », in *La place des femmes*, Paris : Ephésia.

POLLAK Michael (1988) *Les homosexuels et le sida*, Paris : Matailié.

POLLAK Michael (1993) *Une identité blessée*, Paris : Métailié.

PRYEN Stéphanie (1997) « Stigmate ou métier, approche sociologique de la prostitution à Lille », thèse de doctorat de sociologie, université de Lille.

REAL Grisélidis (1974) *Le noir est une couleur*, Paris : Balland.

REAL Grisélidis (1992) *La passe imaginaire*, Paris : Manya.

ROCHON J. (1976) « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux », *Courrier CIE*, 26, n° 3 , p. 225.

119

SCHUTZ SAMSON Martine et GUILLEMAUT Françoise (1997) « La santé communautaire », Cabiria Rapport d'activité, Lyon : multigraphié.

SERVAN SCHREIBER Claude (1998) « La parité, histoire d'une idée, état des lieux », in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.

SETBON Michel (1991) « La santé publique à l'épreuve du sida. Une approche systémique des processus décisionnels », *Sociologie du travail*, 1991, n° 3, pp. 403-428

SETBON Michel (1993) *Pouvoirs contre sida*, Paris : Seuil.

SINEAU Mariette (1995) « Parité et principe d'égalité : le débat français », in *La place des femmes*, Paris : Ephesia.

SOLE Jacques (1993) *L'âge d'or de la prostitution de 1870 à nos jours*, Paris : Plon.

SPIRA Alfred (sous la dir.) (1993) *Les comportements sexuels en France*, Paris : La documentation française.

TABET Paola (1987) « Du don au tarif », *Les temps modernes*, n° 490.

TABET Paola (1998) *La construction sociale de l'inégalité des sexes : des outils et des corps*, Paris et Montréal : L'Harmattan.

VARIKAS E. (1995) « Une représentation en tant que femme ? Réflexions critiques sur la demande de la parité des sexes », *Nouvelles questions féministes*, vol. 16, n° 2.

VIENNOT Elisabeth (1994) « Parité : les féministes entre défis politiques et révolution culturelle », *Nouvelles Questions Féministes*, vol 15, n° 4.

VOGEL Jean (1998) « La parité et les nouvelles figures de la citoyenneté », in Jacqueline MARTIN (sous la dir.), *La parité, enjeux et mise en œuvre*, Toulouse : PUM.

WELZER-LANG Daniel, BARBOSA Odette et MATHIEU Lilian (1994) *Prostitution : les uns, les unes et les autres*, Paris : Métailié.

WELZER-LANG Daniel (1998) (sous la dir.) *Entre commerce du sexe et utopies : l'échangisme. Actes du premier séminaire européen sur l'échangisme, Toulouse, mars 1998*, Toulouse : université de Toulouse - Le Mirail, département de sociologie; Tarragone : université Rovira y Virgili, département d'anthropologie sociale et de philosophie.

WITTIG Monique (1973) *Le corps lesbien*, Paris : Editions de Minuit.

WITTIG Monique (1980) « On ne naît pas femme », *Questions féministes*, n° 8, pp. 75-84.

WITTIG Monique (1992) *The Straight Mind and Other Essays*, Boston : Beacon Press.

INDEX

A

- Act Up Paris (association), 37, 44
AFLS (Agence française de lutte contre le sida), 46, 74, 75, 76, 77, 78, 79
Aides (association), 28, 37, 44, 75, 76
American Psychiatric Association, 45n
Amicale du Nid (association), 57, 73, 76
ATD Quart Monde (association), 28
Authier Danièle, 14
Autres Regards (association), 13, 37

B

- Badinter Elisabeth, 21n
Barbosa Odette, 55, 61
Baruyas (Nouvelle Guinée), 56
Barzach Michèle, 74
Basaglia Franco, 27
Besse Marcel, 61
Borda Fals, 27
Bouckaert André, 32n
Bourdieu Pierre, 27n, 36n, 56
Bugnicourt J., 38n
Bus des Femmes (association Le), 37

C

- Cabiria (association), 11, 13, 17, 28, 33, 37, 38, 47, 48, 55, 89
Cactus (association), 51, 85
Cavalcanti Lia, 37n
CCAS (Centre communal d'action sociale), 24
CDAG (Centres de dépistage anonyme et gratuit), 76

- Centre de surveillance épidémiologique du sida, 46
CFES (Centre français d'éducation pour la santé), 74
Charte du patient hospitalisé, 17, 20
CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie), 59
CNAM (Centre national des Arts et Métiers), 59
CNPF (Centre national du patronat français), 40
CNRS (Centre national de recherche scientifique), 56
Coalition des travailleuses et travailleurs du sexe, 13, 87, 98, 100, 103, 109, 110, 111
Comité international pour le droit des prostitué-e-s, 46n
Convention de 1966, 89
Coordination nationale lesbienne, 110
Coulon Alain, 68, 70
Crozier Michel, 72n

121

D

- DAS (Direction de l'action sociale), 73, 77, 80
DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale), 22, 73, 78
Defert Daniel, 28, 44
Delphy Christine, 56, 61, 65, 66, 70
Deschamps J.-P., 30n, 31n
Desjours Christophe, 59, 61
DGS (Direction générale de la santé), 46, 74, 79
Division sida (à la DGS), 78

Douste-Blazy Philippe, 78
Droit des femmes, 22n, 45n, 57, 80, 111
DSM III (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), 45n
DSU (développement social urbain), 27
Dupuy François, 75n
Duran Patrice, 72
Dutey Pierre, 21n

E

ECS (Ensemble contre le sida), 46, 80
Ego (association), 37
Entkinds Catherine, 84
EUROPAP, 33, 51
Europe (Conseil de l'), 40

122

F

Favre Pierre, 74n
FEDAEPS, 51
Flaubert Gustave, 22n
Fondation de France, 46
Foucault Michel, 23n
Fraisse Geneviève, 44n
Freire Paulo, 27
Friedberg Erhard, 72n

G

Gaspard Françoise, 40n, 43n
Gay Pride, 49
Genève (convention de), 45
Girard Jean-François, 69, 70
Gobeil Diane, 14, 111
Godelier Maurice, 56, 61
Goffman Erwin, 19, 35n
Grémy Françoise, 32n
Grenoble (procès de), 47

Guillaumin Colette, 56, 61
Guillemaut Françoise, 37n, 59, 61

IJK

Iff Simone, 57, 61
Iff Werner, 61
Institut de médecine et d'épidémiologie tropicales, 28n
Javeau C., 35n
Jobert Bruno, 77, 80n

L

Le Bortef G., 30
Le Dœuff M., 42n, 43
Le Talec Jean-Yves, 14, 50n

M

Manciaux M., 30n, 31n
Mann Jonathan, 48n
Marconi Juan, 27
Mathieu Lilian, 14, 45, 46n, 48, 49, 55, 57, 58, 61
Mathieu Nicole-Claude, 56, 61
Maupassant Guy de, 63
Mauresmo Amélie, 59
MFPP (Mouvement français pour le planning familial), 57, 110
Millard Eric, 64, 70
MLF (Mouvement de libération des femmes), 55
Molinier Pascale, 59
Montagnier Luc, 78
Montero Maritza, 27
Mouvement du Nid (association), 57, 73
Muller Pierre, 77, 80n

N

- New York (convention de), 49
 Nouveau code pénal, 17, 18, 26
 Olympio (collectif), 38
 OMS (Organisation mondiale de la santé), 27, 28, 30n, 38n
 ONU (Organisation des nations unies), 72, 90
 Ordonnances de 1960, 45, 49, 73
 Ortiz Laure, 64, 70

P

- Pandore (boîte de), 64
 Péchevis Michel, 31
 Perles, 13
 Pisier E., 41n
 Pollak Michael, 23, 32, 48n
 Positifs (association), 65
 Promofaf (formation), 91
 Prud'hommes (conseil de), 39, 64
 Pryen Stéphanie, 47n

R

- Réal Grisélidis, 13
 RMI (Revenu minimum d'insertion), 35, 83
 Rochon J., 32n
 Rubis (association), 13
 Ruptures (association), 37, 89

S

- Saint Nizier (église), 11
 Sainte Justine (hôpital), 85
 Schutz Samson Martine, 37n
 Sécurité sociale, 39, 40, 64

Servan Schreiber Claude, 65, 70

- Setbon michel, 74n, 76n,
 Sineau Mariette, 41n
 Solidarité Plus (association), 65
 Sommariba das Merces M., 31n
 Spira Alfred, 61
 SPRS (Service de prévention et de réinsertion sociale), 73
 Stella (association), 51, 85

T

- Tabet Paola, 57, 61
 TAMPEP, 51
 Thoenig Jean-Claude, 75n
 Tibaud Lise, 84
 TRT5, 44

UVW

123

- Ulla, 11
 UNEDIC (assurance chômage), 64
 UNICEF (Programme des Nations Unies pour l'enfance), 30n, 38n
 Varikas E., 41n, 42n
 Verts (Les), 40
 Vichy (gouvernement de), 40
 Viennot Elisabeth, 41
 Vogel Jean, 42n, 64, 70
 Weinstein Luis, 27
 Welzer-Lang Daniel, 14, 61, 69
 Wittig Monique, 59, 61

RÉPERTOIRE DES AUTEURES ET AUTEURS

Danièle Authier

Chargée de mission à l'association Ruptures, Lyon.

Jean-Marc Beylot

Ingénieur des Travaux Publics de l'Etat, laboratoire Rives, CNRS, Vaux en Velin.

Claire et Eric

Personnes de la communauté prostituée.

Joël Gauthier-Joubaud

Chargé de missions, association Ensemble contre le sida, Paris.

Diane Gobeil

Présidente du Comité des personnes vivant avec le VIH/sida, Quebec, Canada, présidente de l'association Cactus, Montréal.

125

Françoise Guillemaut

DU de santé publique et santé communautaire, université de Nancy, directrice de l'association Autres Regards, Marseille.

Jean-Yves Le Talec, DMV

Sociologue, Archimère des Sœurs de la Perpétuelle Indulgence.

Lilian Mathieu

Docteur en sciences politiques.

Corinne Monnet

Chargée de recherches, association Cabiria, Lyon.

Martine Schutz Samson

DU de santé publique et santé communautaire, université de Nancy, directrice de l'association Cabiria, Lyon.

Daniel Welzer-Lang

Docteur en sociologie, maître de conférences à l'université de Toulouse - Le Mirail.