



Centre de recherche interdisciplinaire
sur la violence familiale
et la violence faite aux femmes

Germain Trottier
Dominique Damant
Ginette Paré
Lise Binet
Lina Noël
Jocelyn Lindsay

Femmes, violence, ITS-VIH/Sida

Collection

ÉTUDES
EN BREF
2

cri  **viff**
Centre
de recherche
interdisciplinaire
sur la violence familiale
et la violence faite aux femmes

**Germain Trottier
Dominique Damant
Ginette Paré
Lise Binet
Lina Noël
Jocelyn Lindsay**

Femmes, violence, ITS-VIH/sida

**Synthèse des résultats de recherche
(Collection Études en bref)**

Octobre 2003

VICTOIRE
Violence conjugale :
Transformer et orienter par
l'intervention et la recherche

RÉSOVI
Les réponses sociales
à la violence envers
les femmes

FEMMES VIOLENCE ITS-VIH/sida

Directeur de recherche : GERMAIN TROTTIER

Équipe de chercheur(e)s :

Dominique Damant; Ginette Paré; Lise Binet; Lina Noël; Jocelyn Lindsay

Partenaires :

Centre de détention de Québec; secteur féminin; Centre Femmes aux 3A; Expansion Femmes de Québec; Point de Repères.

Pour joindre le CRI-VIFF :

Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. (514) 343-5708
Télec. (514) 343-6442
Courriel : cri-viff@esersoc.umontreal.ca

Université Laval
Pavillon Charles-de Koninck, Bureau 0439
Sainte-Foy (Québec) G1K 7P4
Tél. (418) 656-3286
Télec. : (418) 656-3309
Courriel : criviff@fss.ulaval.ca

Site Web : www.criviff.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
SOMMAIRE	ii
1. CONTEXTE DE LA RECEHRCHE : FÉMINISATION DE L'ÉPIDÉMIE	1
2. PROBLÉMATIQUE	1
3. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	2
4. LA MÉTHOLOGIE	3
4.1 LE RECRUTEMENT ET LES CRITÈRES D'INCLUSION.....	3
4.2 LES RÉPONDANTES.....	3
1 – L'approche.....	4
2 – Le traitement et l'analyse des données.....	4
5. RÉSULTATS	5
5.1 LA VIOLENCE PRÉGNANTE.....	5
5.2 UNE TRAJECTOIRE, DEUX MÉTAPROCESSUS.....	5
5.3 LES INTERACTIONS SEXUELLES, LA PROTECTION ET LA NON-PROTECTION.....	7
1 – La protection.....	7
A) 1 ^{re} logique de protection : le condom.....	7
B) 2 ^e logique de protection : conditions de travail et de consommation.....	7
2 – La non-protection.....	8
A) 1 ^{er} scénario : protection impossible.....	8
B) 2 ^e scénario : protection zéro.....	8
C) 3 ^e scénario : protection irrecevable.....	8
D) 4 ^e scénario : protection inconcevable.....	9
3 – Passage de la protection à la non-protection.....	9
5.4 LA PRÉVENTION DES ITS ET DU VIH.....	9
6. PISTES D'INTERVENTION	10
7. PISTES DE RECHERCHE	11
8. DIFFUSION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES	12
8.1 PUBLICATIONS.....	12
8.2 COMMUNICATIONS.....	12
8.3 RETOMBÉES SOCIALES.....	13
BIBLIOGRAPHIE	14
ANNEXE A	17
ANNEXE B	21

SOMMAIRE

RÉSUMÉ – Dans le cadre d’une recherche¹ portant sur les rapports entre la violence et la transmission hétérosexuelle du VIH-sida chez les femmes, des chercheur(e)s de deux équipes de recherche sociale² ont uni leurs efforts afin de mieux comprendre ce qui sous-tend les liens entre la violence et la transmission des ITS et du VIH/sida.

MÉTHODE – La recherche a été réalisée à Québec grâce à la collaboration de quatre organismes³ et de 25 répondantes volontaires. Vingt-quatre entretiens ont été analysés. La méthode qualitative et une approche biographique furent privilégiées.

PROFIL DES RÉPONDANTES – La moyenne d’âge de ces femmes est de 30 ans. Dix-sept femmes ont été ou sont encore travailleuses du sexe; deux femmes échangent des services sexuels contre de la drogue, et les cinq dernières vivent dans le monde interlope. Toutes toxicomanes, la moitié d’entre elles sont utilisatrices de drogues injectables.

PRINCIPAUX RÉSULTATS – Concernant la violence, le discours des femmes rencontrées a permis d’identifier deux métaprocessus : celui participant à l’insertion dans un univers social à risque et celui qui contribue à l’ancrage dans cet univers. Parmi d’autres déterminants à la santé, les violences subies pendant l’enfance et à l’âge adulte ont amené ces femmes à s’inscrire, puis à s’ancrer dans un espace social à risque. En ce qui a trait à la prévention du VIH, les données montrent que ces femmes connaissent bien les messages de prévention. Le défi majeur de la santé publique consiste à inventer des moyens d’intervenir sur les contextes producteurs de risque et, particulièrement sur ceux de la violence. L’intervention doit aussi se moduler selon la dynamique « protection/non-protection », visant un moment précis de la trajectoire de vie.

RETOMBÉES SOCIALES ET PISTES DE RECHERCHE – Les résultats permettent d’envisager, notamment les besoins spécifiques des travailleuses du sexe. Un outil préventif provisoirement nommé : « L’ABC de la rue » sera développé dans le but d’améliorer leurs conditions de travail et de prévenir la violence (projet soumis pour subvention à RESOVI, mars 2003). Il sera pertinent d’étudier la violence et la régulation du contexte de travail des personnes prostituées sous l’angle d’une analyse de genre⁴ et en considérant ces variables comme déterminants de la santé.

MOTS-CLÉS : FEMMES, VIOLENCE, SIDA

FORMATION ÉTUDIANTE - Marie-Andrée Lessard et Jasmin Corriveau, étudiants au premier cycle du Programme de baccalauréat en service social, et François Blouin, étudiant au deuxième cycle du Programme de maîtrise en service social à l’Université Laval, ont été associés à la réalisation de ce projet.

¹ Subventionnée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (SR-3430, 2000-02).

² Équipe du FRSQ sur la prévention des MTS et du VIH/sida. Équipe VICTOIRE du CRI-VIFF.

³ Le Centre de détention de Québec; le Centre Femmes aux 3A; la Maison de transition Expansion Femmes de Québec et Point de Repères.

⁴ Référence note 6.

1 - CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LA FÉMINISATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH-SIDA

En Amérique du Nord et en Europe, le sida a d'abord été une maladie masculine, puis l'épidémie s'est progressivement féminisée. Au Canada, la même tendance a été observée. Les rapports épidémiologiques canadiens révèlent qu'avant 1995, 9,9 % des personnes séropositives étaient des femmes, et que cette proportion est successivement passée de 18,8 % en 1995 à environ 24 % en 1999 et 2000 (Santé Canada, 2002). Par rapport à la période précédant 1995, l'augmentation serait, en 2002, de 81 % (Santé Canada, mai 2002). D'après les données de Santé Canada (2002), 63,5 % des nouveaux cas féminins d'infection étaient attribuables à des contacts hétérosexuels, et 31,6 % à l'utilisation de drogues injectables (UDI). Au Québec, une progression semblable s'est manifestée, par exemple le pourcentage de femmes infectées par contact hétérosexuel, mais non originaire de pays endémique, est passé de 18,4 % en 1997-1998 à 27,1 % en 2000-2001 (ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2001).

À partir des années 2000, Santé Canada (2001b) et le ministère de la Santé du Québec (2001), en accord avec ONUSIDA (1995; 2001), ont reconnu la nécessité d'accorder plus d'attention au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au syndrome de l'immuno-déficience acquise (sida) chez les femmes⁵. Sur le plan canadien, cet intérêt s'est traduit par l'adoption de la *Stratégie pour la santé des femmes* (Santé Canada, 1999) et au Québec par la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4, orientations (1997-2002)*.

Malgré ces progrès, on connaît encore mal la configuration féminine de l'infection par le VIH, et des études américaines montrent qu'en dépit d'une connaissance des mécanismes de transmission de la maladie, certaines femmes n'adoptent pas des comportements sexuels sécuritaires ou ne les maintiennent pas (Mullings *et al.*, 2000; Romero-Daza, 1998-1999; Eldridge 1997). Notre équipe de recherche a fait l'hypothèse que la violence présente dans la trame de vie de ces femmes pouvait constituer une variable explicative importante à explorer. Ce rapport rend compte de nos découvertes à ce sujet.

2 - PROBLÉMATIQUE

Dans la problématique de la violence faite aux femmes, la synergie du tandem « violence/santé »⁶ étonne, et l'existence simultanée de la violence et de la transmission sexuelle du VIH-sida est démontrée de façon évidente (Zierler, Cunningham, Andersen, Shapiro, Bozette *et al.*, 2000; Sowell, Phillips, Seals *et al.*, 2002). Ces auteurs et d'autres ont notamment constaté que :

- le sexe sous contrainte (*forced sex*) rend quasi impossible un comportement de protection;

⁵ Site Internet ICREF : www.ffq.qc.ca/marche2000 et site Internet ONUSIDA : www.unaids.org.

⁶ Ce lien est d'ailleurs considéré comme un sérieux problème de santé (Statistique Canada, 1993; 1999; Jauvin *et al.*, 1998 : 27; MSSS, 2001a).

- l'agression à caractère sexuel durant l'enfance constitue un facteur favorable à l'adoption d'une sexualité adulte non sécuritaire ouvrant sur la possibilité de contracter une ITS-S (Maeve, 2000; Velda-Simmons, 2000);
- les conséquences directes et indirectes des effets de violence, surtout les abus sexuels antérieurs, peuvent se traduire, soit par le développement d'une sexualité à risque, soit par l'affaiblissement des ressources personnelles pour négocier l'utilisation du condom (Maman *et al.*, 2000);
- les femmes vulnérables se retrouvent fréquemment dans des milieux qualifiés de marginaux ou déviants pouvant être caractérisés par la violence qu'on y rencontre (Church *et al.*, 2001; Erickson *et al.*, 2000; Pryn, 1999; Messervier, 1999; le Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la prostitution, 1998; Eldridge *et al.*, 1997; Bibeau et Perreault, 1995; Lowman et Fraser, 1995).
- dans ces univers violents, les femmes sont concernées par la violence conjugale et amoureuse (El-Bassel *et al.*, 2001; El-Bassel *et al.*, 2000; Cohen, Deamant *et al.*, 2000). Face à cette situation d'inégalité de pouvoir dans les relations de genre, elles ne peuvent initier ou maintenir des pratiques sexuelles sécuritaires (Kimerling *et al.*, 2000; Garcia-Moreno et Watts, 2000).

Pour ces raisons, certains auteurs ont suggéré d'approfondir ce lien afin de comprendre pourquoi des femmes, dites à risque, ne se protègent pas et tentent de saisir ce qui les rend ainsi vulnérables (Mallory *et al.*, 2000; Farmer et Furin, 1997).

3 - OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

À partir des expériences vécues par des femmes vulnérables à une possible transmission hétérosexuelle du VIH, il s'agissait de mieux comprendre la place et le rôle de la violence :

- a) dans le processus d'inscription des répondantes dans un univers social à risque;
- b) dans la désappropriation de leur santé à travers leurs pratiques sexuelles.

Il s'agissait aussi de documenter les différents registres d'action qui cadrent leurs relations sexuelles et de les mettre en rapport avec leurs modes de gestion du risque.

Les questions de recherche ont été les suivantes :

- a) En quoi la violence participe-t-elle à la transmission hétérosexuelle et à la féminisation de l'épidémie?
- b) Comment des femmes vivant dans un univers social à risque gèrent-elles le danger d'infection au VIH?
- c) Outre la violence, existe-t-il d'autres logiques d'action préventives – ou non – influençant les pratiques sexuelles de ces femmes?

4 - LA MÉTHODOLOGIE

4.1 - *Le recrutement et les critères d'inclusion*

L'appartenance à une catégorie de femmes risquant de contracter une infection par voie sexuelle, plus particulièrement l'infection au VIH, a été le principal critère d'inclusion à l'étude. Un second critère concernait l'inscription de ces femmes dans un univers social à risque, soit par la prostitution, soit par la toxicomanie ou par la criminalité menant à l'incarcération. Précisément 25 répondantes ont été interviewées grâce à la collaboration de quatre organismes partenaires de la région de Québec :

- Point de Repères (organisme d'échanges de seringues);
- Centre Femmes aux 3A (organisme d'aide aux femmes ayant des démêlés avec la justice);
- Expansion Femmes de Québec (Centre résidentiel communautaire pour contrevenantes);
- Centre de détention de Québec, secteur féminin.

Au total, 24 récits de vie ont été conservés pour analyse, l'une des répondantes n'ayant qu'effleuré l'espace social à risque. La cueillette de données s'est déroulée dans la région de Québec, de l'été 2000 à l'hiver 2001. Au moment de l'entrevue, 9 des 24 participantes étaient en détention et 5 séjournaient dans une résidence communautaire pour contrevenantes faisant suite à une période de détention. Ces femmes ont été rencontrées à la prison ou à leur résidence. L'entretien de 7 autres participantes s'est déroulé dans les locaux d'un organisme collaborateur; 2 ont eu lieu à la résidence de la participante et 1 dans un centre de désintoxication pour femmes. Toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement et ont reçu une compensation financière de vingt dollars.

4.2 - *Les répondantes*

Les participantes sont âgées entre 21 et 43 ans. Plus précisément, huit se situent dans le groupe des 21-25 ans, cinq dans celui des 26-30 ans, cinq dans la catégorie des 36-40 ans et une seule avait plus de 40 ans au moment de l'entretien. Ces femmes sont généralement très peu scolarisées; cinq seulement ont complété leurs études secondaires. La grande majorité d'entre elles (20 sur 24) sont des mères : 17 femmes ont un ou deux enfants et 3 d'entre elles en ont trois ou quatre. Toutes ces femmes ont révélé une consommation importante de drogue, le plus souvent de la cocaïne par injection ou sous forme de *free base*. La majorité de ces femmes (18 sur 24) ont également indiqué être ou avoir été travailleuses du sexe (danse, prostitution en agence ou dans la rue).

1- L'approche

La méthode qualitative de recherche a été utilisée. L'approche biographique (Clapier-Vallandon, 1991) est apparue la plus pertinente pour recueillir des données sur la violence qui ponctuent l'histoire de ces femmes et sur le point de vue donné à leurs relations sexuelles associées ou non à des pratiques sécuritaires. D'un point de vue théorique, la « conception de l'expérience »⁷ de Castel (1995) a permis de mettre en rapport l'articulation des différents registres « d'action »⁸ avec la façon dont les femmes vulnérables conceptualisent leurs expériences de la violence. Nous avons tenu compte de l'histoire de ces femmes tout en considérant le sens qu'elles donnent à ces expériences. Nous avons aussi considéré les liens entre les épisodes de violence et la façon dont elles intègrent le risque des ITS-S dans leur vie sexuelle.

2- Le traitement et l'analyse des données

L'ensemble des discours des femmes interviewées a constitué le *corpus* à partir duquel furent réalisés le traitement et l'analyse qualitative des données. Les participantes étaient invitées à parler :

- de leurs expériences de violence sans définition préalable de la violence;
- des périodes de « hauts et bas » qui ponctuent leur vie et leur explication de ce qui rythme ces remontées et ces descentes;
- des différents types de partenaires sexuels (amoureux, clients, amants, etc.) et des sentiments, contextes et des logiques qui traversent leurs relations;
- de leur regard sur leurs relations avec les hommes.

Les discours ont été retranscrits littéralement. Le premier niveau d'analyse a permis de distinguer deux moments de leur trajectoire de vie, soit avant et après l'inclusion dans ce que nous avons appelé « l'espace social à risque » (ci-après l'ESR), univers de vie largement constitué autour des drogues. Ce monde, sans être clos sur lui-même, constitue leur environnement. Il définit les conditions de vie, structure le quotidien, cadre les décisions et sert de référence pour comprendre des façons d'agir et de penser. À ce niveau d'analyse, les expériences de violence ont été distinguées et classées selon l'inclusion ou non dans l'univers à risque. Les interactions sexuelles et les logiques d'action ont aussi été distinguées et classées selon le même principe.

⁷ Très sommairement : la conceptualisation de l'expérience humaine engage une pluralité d'actes interprétatifs racontés par des acteurs sociaux quant à leur rapport à des événements vécus en des espaces-temps précis.

⁸ En référence au courant théorique de la sociologie de l'action qui considère que premièrement, l'action est le résultat de la conciliation d'une pluralité non hiérarchique de logiques et que deuxièmement, l'acteur social est tenu d'articuler ces registres d'action, articulation qui implique la subjectivité et la réflexivité de l'acteur (Dubet, 1994).

Un deuxième niveau d'analyse a permis de reconstituer des modes de gestion du risque adoptés par les femmes dans leur vécu sexuel. Cette gestion se manifeste par des comportements de protection ou de non-protection d'où ressort une logique d'action dominante. Les modes de gestion du risque ont été nommés de manière à inclure le comportement et la logique d'action. L'analyse des données a également porté sur la partie du *corpus* où se croisent, dans le discours des femmes, la toxicomanie et la prostitution de rue (services sexuels rendus en échange de drogue ou d'argent). Cette analyse portant sur douze entretiens est apparue pertinente à faire après avoir constaté que certaines femmes se situent à l'échelon le plus bas de la hiérarchie de la prostitution, là où la violence des clients est la plus présente.

5- RÉSULTATS

Les résultats de cette recherche illustrés au tableau 1 (annexe A) nous amènent à tirer quatre constats principaux :

5.1 - La violence prégnante

Toutes les femmes rencontrées ont subi des violences :

- Ces violences sont des agressions de toute nature, de longue durée et vécues au quotidien dans plusieurs sphères de leurs relations (famille, école, travail, vie affective, vie sexuelle et vie amoureuse).
- Les violences laissent sur ces femmes des traces repérables de victimisation comme celles identifiées chez d'autres femmes victime de violence. En plus, certaines d'entre elles retournent ces violences contre elle-même ou autrui.
- Les diverses formes de violence, leur chronicité et leur gravité rendent ces femmes vulnérables
- Sans être un facteur unique de cause à effet, la violence agit comme facteur important d'insertion et d'ancrage dans l'espace social à risque.
- Au cumul, à la juxtaposition et à la gravité des violences s'ajoute souvent le poids de la pauvreté et de la dépendance aux drogues.
- Toutes les femmes interrogées se sont retrouvées à un moment ou à un autre dans un espace social à risque, structuré principalement autour du trafic et de la consommation de drogues.

5.2 - Une trajectoire, deux métaprocessus

- L'inscription dans l'espace social à risque se fait progressivement et selon une trajectoire séquentielle en deux temps appelée « métaprocessus ».

- Le « métaprocessus 1 » est lié aux violences accumulées, mais également aux abandons, aux déceptions et aux ruptures que vivent ces femmes. Il favorise leur insertion dans l'espace social à risque.
- Une fois insérées dans l'ESR, l'augmentation de l'incidence et de la gravité de la violence à laquelle elles sont exposées contribue à ancrer ces femmes dans l'univers à risque, processus que nous avons nommé « métaprocessus 2 ».
- La violence, appréhendée comme déterminant à la santé et associée aux risques d'infection des ITS caractérise les « métaprocessus » 1 et 2. Cependant, elle n'est pas le seul élément qui amène les femmes dans l'univers à risque. Nous en avons identifié d'autres qui accroissent la vulnérabilité de ces femmes et hâtent leur inscription dans l'ESR.

La désaffiliation :

La mise en perspective de la désaffiliation, telle qu'elle se pose ici, fait référence aux ruptures de liens, vécues à travers les réseaux d'intégration primaire (la famille surtout) et à celles reliées à la conjugalité et à la parentalité. Suite à ces ruptures, la zone de vulnérabilité se dilate et, conjuguée à la violence subie entraîne l'inscription des femmes concernées dans l'ESR. Les jeunes filles/femmes sont :

- en fugue
- placées en famille ou en centre d'accueil
- endeuillées par la mort d'un proche
- endeuillées par un sentiment de trahison
- attristées par la perte reliée au placement de leur enfant.

La rupture d'une relation amoureuse :

Tout comme la parentalité, la conjugalité permet aux femmes rencontrées de donner un sens à leur vie. Cependant, la plupart d'entre elles inscrivent leurs relations aux hommes dans le registre d'une dépendance à l'égard de l'homme. Parfois, le contexte d'une rupture précède immédiatement l'inscription de ces femmes dans un espace social à risque. Pour survivre ou pour faire vivre la famille, c'est le passage pour certaines femmes vers un mode de vie criminel, marginal et stigmatisant.

L'affiliation enracinée à un mode de vie à risque :

L'affiliation enracinée détermine, en grande partie, l'identité de la personne. Une certaine façon de vivre, de dire les choses et de les penser peut remplir les besoins individuels d'appartenance à un groupe et de reconnaissance sociale. Plusieurs des femmes interviewées

wées furent socialisées à un mode de vie à risque (toxicomanie, trafic de drogues). Elles s'identifient à cet univers et rendues adultes, elles s'allient à un *chum* membre d'un groupe criminalisé ou à des pairs toxicomanes, trafiquants ou receleurs. Donc, elles s'affilient par intérêts amoureux ou pécuniaires.

5.3 - Les interactions sexuelles, la protection et la non-protection

Invitées à parler de leurs rapports à l'égard du risque de contracter des ITS/VIH-sida, nous avons réussi à classer des stratégies de protection et diverses logiques de non-protection utilisées par ces répondantes dans leurs interactions sexuelles (annexe A, tableau 1). Deux de ces scénarios sont liés à la protection : par le port du condom et par les conditions de travail et de consommation. Les quatre autres scénarios concernent la non-protection : la protection impossible, la protection zéro, la protection irrecevable et la protection inconcevable.

1- La protection :

A) 1^{re} logique de protection : le condom

Le port du condom semble la stratégie la plus utilisée, particulièrement quand vient le temps de « faire des clients » ou que la relation avec un partenaire en est à ses premiers pas. Cette logique tient compte des messages préventifs véhiculés, par la Santé publique et par les organismes communautaires en matière de prévention sexuelle, de la socialisation qui en découle et du mimétisme associé aux attitudes et comportements des pairs.

Avec les partenaires, conjoints considérés comme stables ou amant d'un soir, le condom se porte par mesure de sécurité attestant l'élément d'inconnu. Ignorer renvoie à la notion de risque et, à cet égard, des femmes rencontrées semblent adopter une pratique où « connaître l'autre » est important. Les répondantes parlent aussi de leurs peurs reliées à la maladie et à la mort et à la contraception.

Pour les femmes pratiquant la prostitution, l'utilisation du condom fait partie des outils de travail. Ainsi, son usage émane de la conscientisation aux conséquences du VIH-sida, la responsabilisation et le contrôle exercé sur leur vie. De plus, il semble que pour les travailleuses du sexe, l'utilisation du condom permet une distinction entre la vie professionnelle et la vie privée. Cette représentation de l'intimité fait en sorte que l'utilisation est abandonnée dès que les partenaires se sont approvoisés, laissant libre cours à l'amour sans latex.

B) 2^e logique de protection : conditions de travail et consommation

Les femmes rencontrées rapportent aussi quelques comportements leur permettant d'éviter les risques. Ainsi, ces idées ou ces actions tiennent lieu de référents préventifs. Certaines cherchent à améliorer leurs conditions de travail pour assurer leur sécurité comme privilégier un type de clientèle, choisir son agence, travailler de jour ou limiter le nombre de clients. D'autres femmes minimisent les risques par rapport à leur consommation. Elles choisissent les « bonnes manières de se doper » : s'injecter ou pas, échanger des seringues ou non, se piquer chez soi ou dans une piquerie.

2- La non-protection : les logiques

La non-protection englobe les interactions sexuelles et les rationalisations portant sur les conduites sexuelles. Ainsi, certaines logiques d'action sont associées à l'impossibilité de gérer sa propre protection ou encore au sentiment d'être « protégée malgré la non-protection » (la confiance, les caractéristiques physiques, la pensée magique, etc.).

A) 1^{er} scénario : la protection impossible

La protection impossible survient lorsque les femmes se retrouvent dans des situations telles le viol, la violence conjugale et la violence en lien avec le travail du sexe, où l'agresseur fait en sorte qu'il y a relation sexuelle sans protection consentie.

B) 2^e scénario : la protection zéro

Sans être directement associé à la violence, ce scénario le serait de façon implicite. Le cumul de la violence dans l'univers social à risque peut amener des femmes à vivre des expériences de « dérape ». Les moments de protection zéro sont associés à ces expériences quand certaines femmes s'enfoncent dans la consommation de drogues. Dans ce contexte, la protection est utopique, puisque le corps et la santé deviennent le dernier de leurs soucis.

C) 3^e scénario : la protection irrecevable

La protection irrecevable fait surtout référence à la socialisation reçue et aux rapports que ces femmes entretiennent avec les hommes, tant les conjoints que les clients.

Avec les chums (conjoints de plus ou moins longue durée), la protection irrecevable se manifeste :

- dans le fait de croire et de démontrer que l'amour est possible que cette fois-ci est la bonne;
- dans la volonté de faire plaisir au partenaire;
- quand la passion et l'intensité de la relation sexuelle priment.

Avec les clients, la non-protection des travailleuses du sexe se construit d'une façon similaire, c'est-à-dire à travers une relation particulière avec un client. Dans ces interactions sexuelles commerciales, les repères du danger par rapport au sentiment de sécurité réfèrent :

- à l'apparence (le physique ou l'hygiène de la personne);
- au statut social du client;
- à l'âge du client; et

- à certains actes sexuels ou autres jugés selon le degré de dangerosité pour la santé (la sodomie et l'injection de drogues étant le plus souvent mentionnées comme pratiques risquées).

D) La protection inconcevable

Alors que la protection irrecevable fait surtout appel à l'aspect relationnel, la protection inconcevable est plutôt reliée à une représentation du danger, du risque et de la maladie. Ce scénario s'applique tout autant au client qu'au chum, puisque la maladie, comme conséquence possible de l'amour ou du travail, ne peut être imaginée de façon concrète. La protection inconcevable se conçoit dans des situations où certaines de ces femmes ne se perçoivent pas en danger, ne se questionnent pas ou semblent ne pas se préoccuper de la gestion des risques sur le plan de la sexualité. C'est le scénario de la pensée magique. Elles semblent donc se croire invincibles ou à l'abri des infections transmises sexuellement.

Sont parfois présentes dans les propos des répondantes, des positions, des affirmations et des attitudes basées sur des *a priori*, tels :

- le facteur générationnel (le discours sur le VIH-sida étant moins présent pour les répondantes de plus de 35 ans par exemple);
- le jugement moral personnel induit par le socioculturel ambiant (le sida touche les homosexuels seulement);
- la perception de sécurité reliée au fait de vivre dans un milieu social et restreint, où tous se connaissent.

3- Passage de la protection à la non-protection

Même si les femmes rencontrées connaissent les messages de prévention et les comportements qui y sont associés, quelques croyances mènent à une non-protection. L'amour, le choix du partenaire, le temps et le dépistage permettent aux femmes d'appuyer leur sentiment de sécurité. Ces idées et croyances amènent les femmes vers les protections irrecevables et inconcevables.

5.4 - La prévention des ITS et du VIH

L'aspect rationnel à la réduction du risque de transmission par l'utilisation d'un condom diminue lorsque la confiance s'installe, lorsque le risque n'est pas perçu ou quand le «coût» du risque paraît moindre que le résultat attendu. Il faut donc référer aux situations ou aux contextes des expériences vécues par les répondantes. Par exemple, lorsque les femmes sont agressées sexuellement, elles comprennent qu'il y a un risque réel, mais la protection est tout simplement impossible. À d'autres moments, elles prennent des risques calculés comme lorsqu'une travailleuse du sexe accepte une prime monétaire pour avoir des relations sexuelles non-protégées. La figure 1 (annexe B) illustre ce continuum passant d'une rationalité où la prévention est réelle à une logique du « raisonnable », où la protection est symbolique ou imaginaire, à l'inefficacité du ration-

nel, où la prévention est à son plus bas niveau sinon totalement absente. Bref, non seulement la prise de risque est dynamique, mais elle évolue aussi d'un stade à l'autre de manière circulaire.

De plus, nous avons constaté que :

- la prévention du VIH n'est pas le simple fait de l'individu qui décide de prendre ou de ne pas prendre de risque. Elle est tributaire d'un ensemble de facteurs dans lequel évoluent ces personnes;
- les contextes producteurs de risque, importent autant que les situations à risque elles-mêmes. Par conséquent, la prévention du VIH passe dans bien des cas par la prévention de la violence d'abord;
- alors que nous concevons souvent le risque de manière dichotomique (absence ou présence), les résultats de cette recherche, en matière de gestion du risque, montrent que les logiques d'action sont parfois tout autre. En effet, dans certains moments du processus d'ancrage dans l'ESR, les mesures de protection sont extrêmement difficiles;
- la prévention du VIH n'est pas une question de reformulation ni de réitération du message : les femmes rencontrées le connaissent toutes. Elle relève plutôt d'une incapacité à appliquer de manière adéquate les moyens de prévention dans un contexte où la gestion du risque s'avère irréalisable.

6- PISTES D'INTERVENTION

Pour diminuer la propagation de l'épidémie au VIH de façon efficace, il importe d'avoir non seulement une connaissance des comportements individuels, mais également une compréhension approfondie des contextes de vie et de la position sociale occupée par ceux et celles que l'on dit le plus à risque. Il s'agit là d'une orientation incontournable en intervention auprès des personnes en situation de risque élevé. Agir de façon préventive pour contrer les ITS et le VIH/sida signifie plus que de travailler individuellement avec chacune de ces femmes vulnérables ou d'agir en groupe auprès d'elles. Il faut particulièrement :

- s'attaquer aux conditions structurelles qui produisent ces univers à risque;
- agir auprès de ce type de femmes selon la dynamique dans laquelle elles se retrouvent à un moment précis de leur trajectoire de vie. La femme qui frôle un moment l'espace social à risque n'a pas nécessairement les mêmes besoins que celle qui y vit depuis quelques temps ou de celle qui y est ancrée depuis plusieurs années. L'intervention différentielle y est appropriée;
- agir au mieux, dans une perspective de travail de proximité, sans moralisation ni prêchi-prêcha, convient bien davantage à ces gens que l'intervention trop « aseptisée ». Il faut renoncer à l'idéation d'une approche préventive sans faille et à toute épreuve pour les clientèles en situation de risque élevé;

- dispenser les soins/services au milieu et rejoindre les personnes là où elles se trouvent plutôt que d'élaborer des stratégies d'enrôlement aux ressources;
- tenir compte du cumul de connaissances empiriques et expérimentales acquises;
- inscrire les interventions dans un contexte de collaboration intersectorielle d'éducation préventive et de conscientisation, fondées sur l'approche de réduction des méfaits.

7- PISTES DE RECHERCHE

Il serait pertinent :

- d'envisager la réalisation de recherches auprès de ce type de femmes avec des échantillons de plus grandes tailles et dans divers milieux permettant ainsi l'utilisation de méthodologies quantitatives.
- de continuer la réflexion en articulant d'autres données de même type sous l'angle d'une analyse de genre. À cet égard, une recherche, actuellement en cours⁹, soulève les questions suivantes :
 1. Sur le plan de la violence, est-ce que la situation des prostitués masculins est semblable à celle des femmes prostituées?
 2. Outre cette violence, la façon de réguler la prostitution de rue du côté des hommes diffère-t-elle de celle des femmes?
 3. Les impacts sur la vulnérabilité au VIH sont-ils comparables?
 4. La vulnérabilité sociale est-elle plus accentuée chez les femmes que chez les hommes, et est-elle associée à une plus grande vulnérabilité au VIH?
- de poursuivre le questionnement sur les déterminants de la santé pour prévenir, de façon plus efficace, la propagation des maladies infectieuses au sein de populations marginalisées. Il serait, en effet, pertinent d'étudier la violence et la régulation du contexte de travail des personnes qui recourent à la prostitution de rue en considérant ces variables comme déterminants de la santé. Dans cette perspective, la violence privée et dans la rue de même que le mode de régulation locale de ces activités joueraient sur l'état de vulnérabilité qui agirait, à son tour, sur les comportements de santé. Il serait également pertinent de vérifier si la prostitution de rue implique un mode de vie uniforme et homogène chez les hommes et chez les femmes, entre eux et comparativement pour voir si certains ou certaines s'en sortent mieux que d'autres, notamment en protégeant davantage leur santé et leur vie;

⁹ Le CRI-VIFF de l'Université Laval a eu le privilège d'être de nouveau subventionné par le FQRSC (SR-4652/2002-2004). Le projet vise à mieux comprendre la relation entre le genre, les violences, la régulation et la prostitution de rue à Québec.

- de revoir les programmes de formation pour l'évaluation et le dépistage, soit du VIH, soit de la toxicomanie ou d'autres problématiques connexes pour inclure la violence comme variable concomitante et vice-versa.

8- DIFFUSION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

8.1 - Publications

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G., PARÉ, G., NOËL, L. et J. LINDSAY (2002). « À l'impossible, elles sont tenues! La prévention du VIH/sida chez les femmes habitant un univers social à risque : des histoires de violences », dans *Vulnérabilités et prévention VIH/Sida. Enjeux contemporains*, sous la direction de G. GODIN, J.J. LEVY, G. TROTTIER, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

BINET, L., et D. DAMANT (2002). « La vie incertaine : les funambules de l'espace social toxicomaniaque, in Les Actes du Colloque « *Faire face et s'en sortir. Agir en situation de vulnérabilité* ». Colloque organisé dans le cadre des activités de l'Association internationale des sociologues de langue française, Fribourg, septembre 2001.

TROTTIER, G. et L. NOËL (2002). « Femmes, violence, MTS/VIH-sida », *Vulnérabilité et prévention VIH-sida, Bulletin N° 15, automne*. Fonds de recherche en santé du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

8.2 - Communications

TROTTIER, G., et L. NOËL (2003). "Risk Behaviors among Injection Drug Users (IDU) Who Hang around Shooting Galleries", *12th Annual Canadian Conference on HIV-AIDS Research*, 10-13 avril.

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G. et L. NOËL (2002). *La prostitution : une réalité genrée*. Séminaire du CRI-VIFF, Montréal, octobre 2002.

DAMANT, D., et L. BINET (2001). *Femmes, violences, MTS-SIDA*. Séminaire du CRI-VIFF sur les agressions sexuelles, Trois-Rivières.

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G., NOËL, L. et J. LINDSAY (2001). *Violences vécues par les femmes vivant dans un espace social d'exclusion*. Chaire d'études Claire Bonenfant, Université Laval.

DAMANT, D., et L. BINET (2001). *Femmes, violences, MTS-VIH/SIDA*. Rencontre équipe de chercheur(e)s et collaborateurs : Centre Femmes aux 3A, Centre de détention de Québec, secteur féminin, Expansion Femmes de Québec et Point de Repères, août.

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G., LINDSAY, J. et L. NOËL (2001). *Prévention des MTS/SIDA chez les femmes multipuckées : une histoire de coup*. Les midis de VICTOIRE, Université Laval, octobre.

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G., LINDSAY, J. et L. NOËL (2001). *Prévention des MTS/SIDA chez les femmes multipuckées : une histoire de coup*. Les midis de VICTOIRE, Montréal, novembre.

DAMANT, D., BINET, L., TROTTIER, G., LINDSAY, J. et L. NOËL (2001). *Femmes, violences MTS/SIDA*. Colloque de l'Équipe CQRS MTS/SIDA, Québec, décembre.

DAMANT, D., et L. BINET (2001). *Femmes, violences, MTS/SIDA*. Assemblée annuelle des CALACS, Trois-Rivières.

DAMANT, D., et L. BINET (2000). *Femmes, violences, MTS-VIH/SIDA*. Rencontre équipe de chercheur(e)s et collaborateurs : Centre Femmes aux 3A, Centre de détention de Québec, secteur féminin, Expansion Femmes de Québec et Point de Repères, octobre.

8.3 - Retombées sociales

Cette recherche fournira aux intervenants et intervenantes, aux travailleurs et travailleuses de rue ainsi qu'aux décideurs et décideuses une source de données susceptibles de les aider à :

- améliorer les conditions de travail des travailleuses du sexe et de prévenir la violence à l'aide d'un outil de prévention provisoirement nommé « L'ABC de la rue ». Ce projet a été soumis pour fins de subvention à RESOVI, mars 2003;
- sensibiliser les acteurs impliqués dans l'intervention auprès des personnes prostituées, des toxicomanes, des personnes séropositives et des femmes en difficulté, à la complexité de la réalité des personnes prostituées;
- reconnaître les besoins spécifiques de ces personnes en vue de développer des interventions qui y correspondent;
- mettre en évidence les interfaces entre les problématiques de vulnérabilité sociale, de violence, d'exclusion et de conditions de santé;
- développer des politiques sociales de prévention des ITS et du VIH/sida qui tiennent compte du contexte de vie des prostitué(e)s;
- alimenter les débats publics sur les décisions à prendre quant à la gestion de la prostitution, particulièrement celle qui s'exerce dans la rue;
- éclairer ces débats à la lumière des enjeux sous-tendus par les différents modes de gestion de la prostitution.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUER, H.M., GIBSON, P., HERNANDEZ, M., KENT, C., KLAUSNER, J., BOLAN, G. (2002). "Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases", *Sexual Transmitted Diseases*, vol. 19 (7): 411-416.
- BIBEAU, G., PERREAULT, M. (1995). *Dérives montréalaises. À travers les itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- BOURGOIS P. (2001). *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris : Seuil.
- CABRAL, R., PULLEY I., ARTZ L., BRILL I., MACALUSO M.(1998). "Women at risk of HIV/STD: The importance of male partners as barriers to condom use", *AIDS and Behavior*, 2 (1): 75-85.
- CALVEZ, M. (1996). « Les rationalités des conduites de prévention et l'expérience sociale », in Marcel Calvez, *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, p. 55-64, Paris : ANRS.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard.
- CHURCH, S., HENDERSON, M., BARNARD, M., GRAHAM M. (2001). "Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: Questionnaire survey", *British Medical Journal*, 322 (7285): 524-525.
- CLAPIER-VALLADON, S. (1991). « Approche systémique et récit de vie », in F. STEUDLER et P. WATIER, *Interrogations et parcours sociologiques : Actes du Colloque Sociologies III*, Université des sciences humaines de Strasbourg, Paris : Méridiens-Klincksieck, p. 92-104.
- COMITÉ CANADIEN SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES (1993). *Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*, Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.
- DUBET, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*, Paris : Éditions du Seuil.
- EBY K., CAMPBELL J.C., SULLIVAN C.M. (1995). "Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners", *Health Care for Women International*, 16: 563-576.
- ELDRIDGE, G.D., St-LAWRENCE, J.S., LITTLE, C.E., et al. (1997). "Evaluation of a HIV Risk Reduction Intervention for Women. Entering Inpatient Substance Abuse Treatment", *AIDS Education and Prevention*, 9, supplement A: 62-76.
- ERIKSON, P.G., BUTTERS, J., MCGILI-CUDDY, P., and A. HALLGREN (2000). "Crack and prostitution: Gender, myths and experiences", *Journal of Drug Issues*, 30 (4): 767-788.
- FERNET, M. (2002). *Une conceptualisation dynamique et ancrée de la violence subie en situation de couple par des adolescentes*. Thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en santé publique. Université de Montréal, mai.

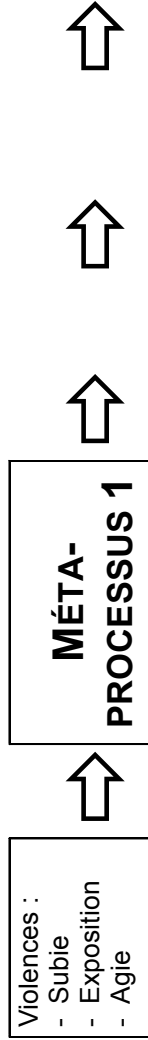
- GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL SUR LA PROSTITUTION (1998). *Rapport et recommandations relatives à la législation, aux politiques et aux pratiques concernant les activités liées à la prostitution*, Ottawa : ministère de la Justice.
- GUPTA, G.K.(2000). « Genre, sexualité et VIH/Sida. Quoi? Comment? Pourquoi? », *Revue canadienne VIH/Sida et droit*, vol. 5 (4) : 86-93.
- INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHE SUR LES FEMMES (ICREF) : www.ffq.qc.ca/marche2000.
- KALICHMAN, S.C., WILLIAMS, E.A., CHERRY, C., BELCHER, L., NACHIMSON D. (1998). "Sexual coercion, domestic violence and negotiating condom use among low-income African-American women", *Journal of Women's Health*, 7 (3): 371-378.
- KARIM, Q., KARIM, S., DIPDATA, M., SOLDAW, K., ZONDI M. (1995). "Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: Socio-economic and gender barriers", *American Journal of Public Health*, 85 (11): 1521-1525.
- MAEVE, M.K. (2000). "Speaking una-voidable Truths: Understanding early Childhood Sexual and Physical Violence among Women in Prison", *Issues in Mental Health Nursing*, 21: 473-498.
- MAMAN, S., CAMPBELL, J., SWEAT, M.D., GIELEN. A. (2000). "The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions", *Social Science and Medicine*, 50: 459-478.
- MENDÈS-LEITE, R. (1996). « Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique », in Calvez, Marcel, *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, p. 65-76, Paris : ANRS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec*, Santé publique, Collection : Analyses et surveillance, décembre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux et autres ministères (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MULLINGS, J.L., MARQUART, J.W., BREWER B.E. (2000). "Assessing the Relationship between Child Sexual Abuse and Marginal Living Conditions on HIV/AIDS-related Risk Behavior among Women Prisoners", *Child Abuse and Neglect*, 24 (5): 677-688.
- NÉRON, C. (1998). *Le VIH et la violence sexuelle envers les femmes : guide à l'intention des intervenantes œuvrant auprès des femmes survivantes de violence sexuelle*. Ottawa : Santé Canada.
- ONUSIDA/OMS (2001). *Le point sur l'épidémie du SIDA 2001*, décembre 2001. Site Web : COCQ-sida : www.cocqsida.com.
- ONUSIDA (1995) : www.unaids.org.

- ROMERA-DAZA, N., WEEKS, M., SINGER M. (1998-1999). "Much more than HIV! The Reality of Life on the Streets for Drug-Using Sex Workers in Inner City Hartford", *International Quarterly of Community Health Education*, 18 (1): 107-119.
- SANTÉ CANADA (avril 2002). *Le VIH et le sida chez les femmes au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et du contrôle des maladies infectieuses.
- ____ (2001). *Le sexe oral et le risque de transmission du VIH*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, site Web : www.hc-sc.gc.ca.
- ____ (2001). *Le VIH et le sida au Canada*. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000, Santé Canada, avril.
- ____ (2001). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Ottawa, mai.
- ____ (2001). *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance au 30 juin 2001*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, novembre.
- ____ (octobre 2001 b). *La violence faite aux femmes*. Renseignement du Centre national d'information sur la violence dans la famille. Unité de prévention de la violence familiale. Division de la santé des collectivités, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
- ____ (1999). *Comportements sexuels à risque des Canadiens*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et du contrôle des maladies infectieuses.
- ____ (1998). *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*, Ottawa : Publications Santé Canada.
- VELDA-SIMONS, R. (2000). "Child Sexual Trauma and Female Prostitution", *Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering*, vol. 61, p. 1096.
- WOOD K., MAFORAH F., JEWKES R. (1998). "He forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas", *Social Science & Medecine*, 47 (2): 233-242.
- ZIERLER S., WITBECK B., MAYER K. (1996). "Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection", *American Journal of Preventive Medecine*, 12 (5): 304-309.

TABLEAU 1 – GESTION DES RISQUES EN LIEN AVEC LES CONDUITES SEXUELLES

LOGIQUES D’ACTION

PROTECTION	↑	NON-PROTECTION
1^{ER} SCÉNARIO : - Utiliser le condom : a) Avec les partenaires	- L’AMOUR - LE TEMPS - LE DÉPISTAGE	1^{ER} SCÉNARIO : - Protection impossible 2^E SCÉNARIO : - Protection irrecevable 3^E SCÉNARIO : - Protection inconcevable



+

Facteurs précipitants :
 - Désaffiliation
 - Rupture amoureuse
 - Affiliation ancrée



INSCRIPTION
dans l’ESR

+

Violences :
 - Subie
 - Exposition
 - Agie

=

ANCRAGE
dans l’ESR
=
MÉTA-PROCESSUS 2

PROTECTION	↑	NON-PROTECTION
1^{ER} SCÉNARIO : - Utiliser le condom : a) Avec les partenaires b) Avec les clients 2^E SCÉNARIO : - Sécurité au travail - Conditions de consommation	- L’AMOUR - LE TEMPS - LE DÉPISTAGE	1^{ER} SCÉNARIO : - Protection impossible 2^E SCÉNARIO : - Protection zéro 3^E SCÉNARIO : - Protection irrecevable 4^E SCÉNARIO : - Protection inconcevable

Collection Études en bref

Nos partenaires fondateurs

Université
de Montréal

UNIVERSITÉ
LAVAL

ASSOCIATION
DES CLSC
ET DES CHSLD
DU QUÉBEC
Une expertise en action

Relais
femmes