

L'ÉQUIPE DE CHERCHEUR(E)S :

Dominique Damant^{1,3}
Germain Trottier, responsable du projet^{1, 2}
Ginette Paré³
Lise Binet³
Lina Noël^{2,4}
Jocelyn Lindsay^{1,3}

Avec la collaboration de Marie-Ève Langevin

FEMMES, VIOLENCE, ITS/VIH-SIDA

Rapport de recherche

Collection ÉTUDES ET ANALYSES
Numéro 27

Novembre 2003

-
1. École de service social, Université Laval
 2. Équipe de recherche du FRSQ sur la prévention des ITS et du VIH-sida
 3. Équipe de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), Université Laval
 4. Direction de santé publique de Québec et Institut national de santé publique du Québec

On peut se procurer le document suivant en s'adressant à :

CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes)

Université Laval
Pavillon Charles-De Koninck, bureau 0439
Québec (Québec) G1K 7P4
Téléphone : (418) 656.3286
Télécopieur : (418) 656.3309
Courriel : criviff@criviff.ulaval.ca

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

Site Internet : www.criviff.qc.ca

ISBN : 2-9807929-2-6

REMERCIEMENTS

Cette recherche porte sur les rapports entre la violence et la transmission hétérosexuelle du VIH-sida chez les femmes. Deux chercheurs de l'équipe de recherche du MTS/sida (maintenant FRSQ-ITS/sida) et deux chercheurs de l'équipe VICTOIRE du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) ont uni leurs efforts afin de mieux comprendre ce qui sous-tend les liens entre la violence et la transmission hétérosexuelle des ITS et du VIH/sida.

L'étude financée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (SR-3430) a été menée en collaboration avec les organismes suivants :

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

Nous les remercions de leur précieuse collaboration, pour leurs suggestions et pour leur appui.

Notre gratitude va également aux auxiliaires de recherche, Marie-Andrée Lessard, Jasmin Corriveau, Sébastien Arseneault et Geneviève Lamonde.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	V
Liste des tableaux	VI
Lexique.....	VII
Prologue.....	1
Introduction	7
Chapitre 1 – Femmes, violences et santé	9
Femmes et violences.....	9
Les types de violence	10
Ses contextes	11
Ses conséquences	12
Femmes et ITS : féminisation de l'épidémie.....	12
Femmes, violences et ITS : des liens connus, d'autres non.....	13
Chapitre 2 - Méthodologie et conceptualisation.....	15
Démarche.....	15
Conceptualisation : les lignes directrices.....	19
Profil des répondantes.....	21
Chapitre 3 - Recomposition des trajectoires de violences : les prémices	25
Violence à l'enfance et à l'adolescence.....	25
La violence subie	26
Contexte familial	26
Contexte amoureux	31
Autres contextes.....	32
L'exposition à la violence	35
La violence agie.....	37
L'enfance et l'adolescence : les violences en bref.....	38
Violence à l'âge adulte	38
La violence subie	38
Contexte de conjugalité.....	38
Autres contextes.....	39
La violence agie.....	39
L'âge adulte : les violences en bref.....	40

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 4 – Dernier relais avant l’insertion dans univers social à risque	41
Facteurs précipitants	42
La désaffiliation	42
Fugue et placement	42
Deuil	43
Deuil produit par un sentiment de trahison	43
Placement de leur enfant	43
La rupture en contexte de relation amoureuse	43
L’affiliation enracinée	44
Continuité ou appartenance à un univers criminel	44
Continuum	45
Chapitre 5 – Ancrage à l’espace social à risque	47
Violences dans l’espace social à risque	47
La violence subie	47
L’exposition à la violence	53
La violence agie	54
Tendances	55
Chapitre 6 – Conduites sexuelles et gestion des risques	57
Logiques d’action	57
La protection	58
1 ^{re} logique de protection : le condom	58
Avec les partenaires	58
Avec les clients : le sécurisexe	59
Se responsabiliser	60
Contrôler la situation	60
Être conscientisée	61
2 ^e logique de protection : conditions de travail et de consommation	61
La non-protection : une typologie	63
1 ^{er} scénario : la protection impossible	63
2 ^e scénario : la protection zéro	64
3 ^e scénario : la protection irrecevable	66
4 ^e scénario : la protection inconcevable	68
Passage de la protection à la non-protection	69
Interactions sexuelles et gestion du risque	70
Risque et prévention du VIH	74

TABLE DES MATIÈRES

Conclusion	78
Objectifs et questions de départ	78
Constats de recherche.....	79
La violence prégnante	79
Une trajectoire, deux métaprocessus	79
Les interactions sexuelles et les scénarios de protection	80
La prévention du VIH.....	80
Pistes d'intervention.....	81
Pistes de recherche	82
Retombées sociales.....	83
Bibliographie	85

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	
Cumul de violence et inscription dans l'espace social à risque	46
Figure 2 :	
Évaluation du risque	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :

Femmes, violence, sida : caractéristiques des répondantes22

Tableau 2 :

Gestion des risques en lien avec les conduites sexuelles73

LEXIQUE

CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
ESR	Espace social à risque (pouvant aussi se lire comme univers social à risque)
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
IST	Infection sexuellement transmissible ou
ITS	Infection transmissible sexuellement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI	Utilisateur ou utilisatrice de drogues injectables
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PROLOGUE

Rendre visible le monde des femmes, ce devrait être un souci collectif aujourd'hui. De par les avancées effectuées, on croit trop souvent qu'il n'y a « plus de problème », or les faits révèlent le contraire. Le corps féminin reste considéré comme une marchandise, qui se négocie sans état d'âme. Quant à la violence masculine, elle est l'une des principales causes de décès des femmes à travers le monde (Ignacio Ramonet, Femmes, le mauvais genre?)¹

Un rapport de recherche de type qualitatif a ceci de particulier et de fondamental : il est le résultat de l'analyse et de l'interprétation scientifiques d'expériences de vie remémorées et commentées par les sujets à l'étude. Dans ce type de recherche, la validité des résultats est soutenue par la notion d'intersubjectivité, celle des chercheurs et des sujets à l'étude, une « co-créditation » assurant la crédibilité, la cohérence interne et la fiabilité des résultats.

Le fait de reconnaître à la fois l'expérience du sujet et la narration qu'il en fait permet d'élaborer des concepts adaptés au terrain en vue d'apporter des réponses spécifiques à une problématique modulée par la « vraie vie ». Pour y arriver, chaque événement est considéré comme une entité unique avec ses propres significations et sa propre constellation d'interrelations.

Dans ce rapport, les résultats sont appuyés par des extraits pertinents et vous sont présentés par sections, fragmentant ainsi la vie des répondantes. Si « l'intégrale » de quelques vies types soulève votre intérêt, nous vous invitons à faire connaissance avec *Délia*, revictimisée à outrance; *Baïa*, marquée par la violence conjugale; *Margot*, habitée par la rage et *Judith*, enfoncée dans la toxicomanie.

En amorçant ce rapport de façon singulière, l'équipe veut ainsi faire hommage aux répondantes de cette recherche qui ont eu le courage d'ouvrir une fenêtre sur leur vie pour l'avancement du savoir des autres.

La vie de la vie de...

Délia. *Je suis née dans un milieu violent. Ma mère est très violente envers mon père, violence verbale et psychologique. Ma sœur m'a battue régulièrement, la plus vieille qui me gardait, j'étais son souffre-douleur. Elle a même déjà pris ma petite sœur (qui) n'arrêtait pas de pleurer, elle l'a sortie sur la galerie en arrière et l'a suspendue dans les airs. Ma mère m'a pratiquement jamais frappée, sauf qu'elle me traitait de putain devant mes*

¹ Citation issue du sommaire d'un article paru sur le site Web : www.monde-diplomatique.fr/info-diplo/msg00089.html, *Manières de voir*, 44, mars-avril 1999.

amis, elle m'abaissait beaucoup. C'est (aussi) ce qu'elle fait avec mon père et moi, j'suis pas bien dans ça. Mon père nous a battues, c'est lui qui nous donnait des coups de règle et qui nous mettait en punition et qui nous envoyait à genoux, mais dans le fond, c'est pas un méchant gars. Moi, je trouve que ma mère est très méchante. Quand j'arrive dans l'adolescence, chez nous, ils me mettent dehors. Je me sauve, je fais des fugues, j'me mets à faire des vols à l'étalage, j'me fais arrêter par la police. Je réagis beaucoup à tout ça, je demande à être placée dans une maison d'accueil.

J'ai (une première agression sexuelle) à 10 ans au cinéma. J'étais assise, et un homme s'est assis à côté de moi; il y avait ma sœur là et son amie qui étaient là. Le gars a mis son manteau par-dessus moi et il a rentré sa main dans mes culottes et il m'a masturbée. Ça fait que là je filais cheap, je me sentais full coupable parce que je savais que tout ce qu'il avait fait, c'était pas correct, mais j'ai retiré un plaisir là-dedans. Ensuite..., j'ai de la misère à me situer parce que je consommais pas mal à cette période-là... À tous les jours, on arrêtait au dépanneur avec ma chum de fille; le bonhomme était fin, il était l'fun, il nous aimait bien, tout ça. Il nous agaçait. Des fois, il nous donnait nos chips gratuits. Un moment donné, ma chum était absente, elle montait pas à l'école, lui m'a fait descendre dans la cave, et je le savais, on sent plein d'affaires hein! C'est arrivé, relation complète et tout; lui avait du fun, mais moi, je trouvais rien de drôle là-dedans. J'me suis rhabillée et j'avais honte, je voulais plus arrêter au dépanneur.

La première fois que j'ai eu une relation complète, j'avais 14 ans. J'étais en amour avec le frère de mon amie. On était à un party-pyjama, juste moi pis mon amie; ses frères plus vieux étaient sortis. Quand son frère est arrivé tard dans la nuit, il était soûl et il a commencé à me faire des beaux yeux et il voulait m'embrasser. Moi, je me laissais faire. Écoute, j'étais contente, il s'intéressait à moi. Mais lui, à 17 ans, il voulait aller plus loin que ça. Moi, j'avais jamais fait ça et je voulais pas; j'étais prête à de petites affaires, des attouchements, mais ça, pas vraiment. Finalement, on était rendu dans sa chambre, dans le lit, et il a pris un condom, il s'est installé ça et il a fait... et moi ben, arrête, ça faisait mal, j'étais crispée, je voulais pas. Cette fois-là, quand ça été fini, j'suis montée en haut et je m'étais assise sur une chaise berçante; je me berçais et je pleurais.

Ayant arrêté l'école à 14 ans, elle se fait agresser sexuellement par le cuisinier du casse-croûte où elle travaille comme caissière... Après ça, je l'ai manipulé parce que lui faisait ça, moi, je demandais des avances sur mes payes pour aller acheter ma dope et pour aller consommer. Je commençais à avoir de l'argent et j'ai volé (Les bijoux chez ses parents) j'ai tout vidé ça, j'allais vendre ça au poids. J'ai envoyé mes chums vider la

maison chez nous. Après, je me suis mise à faire des vols à l'étalage, je vendais le linge, le stock; je prenais des commandes et j'allais vendre ça. J'ai volé dans les maisons, il y a rien que j'ai pas fait. À partir du secondaire III à aller jusqu'à... attends, j'suis tombée enceinte de ma fille à 23 ans, ça s'est arrêté parce qu'à 23 ans, je me suis faite arrêter avec mon conjoint pour vol qualifié.

Baïa. *J'ai eu un abus sexuel étant jeune, mes frères. Ça m'avait comme révoltée, j'avais 9 ans, quand même. À 17 ans, j'ai connu (un 2^e chum), j'ai resté avec lui 13 ans. Les trois premières années étaient super belles, mais c'était quelqu'un qui prenait de la boisson et il devenait violent, dominant.*

De plus en plus, t'embarques là-dedans, tu culpabilises toujours. De toute façon, tu t'aperçois que ce qui faisait que tu restais là, c'était qu'on te dégrade. À un moment donné, on t'enlève tes valeurs, on t'enlève ta façon de voir la vie, on t'enlève tout sans que tu t'en aperçoives. C'est ce qui fait qu'un moment donné, tu penses que t'es rien, que personne t'aime, on te voit pas, et c'est ta faute à toi tout le temps, c'est toujours toi le problème. Ça fait que tu te mets tout ça sur le dos, le temps passe, les années passent, tu finis que tu veux sortir de là. Un moment donné, tu commences à te poser des questions, mais la peur est tellement intense, à tous les moments, c'est pas que tu veux pas, mais tu penses pas t'en sortir; tu peux pas réfléchir à la journée où tu vas sortir de là parce que la peur vient te hanter, c'est terrible. La peur de manger une claque, la peur de la violence. La peur d'être toute seule. Qui va m'aider? Et là aussi, t'as le déshonneur, qu'est-ce que le monde va dire? Tout le monde pense qu'on est heureux, qu'on est bien, tout embarque, c'est une chaîne. Des journées de bonheur tu en as, c'est pas que tu en as pas, tu peux croire que c'est fini, demain il y en aura plus, ce sera comme aujourd'hui. Mais le lendemain, c'est toujours à recommencer, la chaîne recommence, tu rembarques dedans jusqu'au jour où... même si quelqu'un disait, sors de là..., c'est toi qui as la clé en dedans; la porte rouvre quand t'es prêt. Personne peut te sortir de là. La violence, c'est de même. Tu peux pas sortir quelqu'un de là s'il se sent pas prêt. Faut qu'il ait confiance en lui, première des choses, et il l'a perdue. T'es rien, t'es vraiment rien. Quand même tu as les yeux bleus, tu les vois même plus, tu dis, il a raison, j'ai les yeux bruns, c'est ce qu'il veut. Tu comprends? On te change terriblement, t'as plus d'identité, plus rien, c'est fini. T'as juste l'espoir de vivre, et même pas! Tu te lèves le matin et tu te dis : « Pourquoi je suis au monde de même, pourquoi je vis ça? » Tu veux t'en sortir, mais t'as pas de forces et tu veux pas aller voir personne. Tu manges une volée le soir, tu dis, demain je vais m'en aller. Tu dors pas de la nuit parce que t'es prête à donner le grand pas, demain, c'est fini. Mais pourquoi demain, pourquoi pas tout de suite? Déjà là, tu vois! Le lendemain, c'est fini, oublie ça, je la

prends pas la porte de sortie, c'est passé. C'est au moment présent où quelque chose arrive que tu dois y aller, mais on l'a pas cette force-là. On l'a quelque part, une petite lumière en dedans, mais on veut pas le faire, la peur, moi, c'est la peur qui m'a hantée terriblement.

(Au début), on était jeunes, on n'avait pas d'enfants, c'est sûr. On galérait, on foirait, on avait ben du fun, mais un moment donné, je pense que c'est la jalousie, je me disais qu'il était jaloux, en partant, je me disais, c'est pas si pire, c'est parce qu'il m'aime. On passait des mauvais bouts, certain. Et ça c'est enchaîné de jour en jour, et j'étais braquée là-dedans sans savoir pourquoi. Pourquoi être restée si longtemps? Je ne comprends pas moi-même.

(Après la rupture), j'ai descendu jusqu'à Montréal en autobus. J'ai tout fait ça avec mes enfants, très loin pour me sentir toujours plus en sécurité. La journée que tu décides de te sortir de tout ça, tu cherches la sécurité partout, tu ne fais pas confiance à personne, il faut que tu te montes ta sécurité toi-même. Un jour, l'ex la contacte, espérant peut être reprendre la relation... Il a téléphoné chez nous, puis y m'a dit : Est-ce que tu penses qu'un jour on va reprendre ensemble? La panique m'a pognée; j'ai pas été capable de dire non, je ne veux pas le choquer, il m'a l'air trop normal. J'ai dit : Je le sais pas. Mais après, je me dis : Aie! Aie! T'as pas fait toutes ces années de thérapie pour t'endurcir pour rien! (Elle a alors répondu) : Non! C'est fini à tout jamais. Cinq minutes (plus tard), il est arrivé dans la porte, il n'était pas loin, tu vois, la sécurité, c'est ça là. Il a passé à travers la fenêtre. Il n'a même pas sonné. Il dit : Ouvre la porte. En disant non, il a passé au travers, il est arrivé au téléphone, il a arraché le fil du téléphone, puis il dit : Continue à faire souper les enfants sinon vous allez mourir tous les trois. J'ai paniqué, j'ai parti à la course vers la porte, puis j'ai crié au secours tellement fort; la fille en haut était avertie. J'ai été chanceuse, j'ai eu trois minutes pour vivre et je restais près des policiers en plus. La police m'a dit : Qu'est-ce qui se passe? J'ai dit : Il veut tous nous tuer!

Après ça, tu dis tout est à recommencer, là, il est en prison, puis tu vires fou pareil. Il a envoyé un de ses amis. La chaîne arrête pas là. Le stress rembarque, tu dors pu, là t'as pu de sécurité même si la police est dans ta cour. Tu dis que c'est plus fort que la police même j'ai déménagé souvent. À chaque place que je déménageais, je ne me suis jamais bien sentie. J'ai vu, des fois, casser mon bail, laisser mon poêle et frigidaire, donner ce que je pouvais pour m'en aller. J'étais pas bien. On est pas bien à nulle part. On cherche toujours à s'isoler. Il faut que tu coupes tout. J'avais pas d'amis, t'as pu personne, même ta mère devient ton ennemie, tes parents... Il m'avait tellement fait un bon lavage de cerveau que j'en avais pas d'amis. C'est pas arrivé aujourd'hui pour demain. Je me suis parlée pendant cinq ou six ans de temps, me programmer à me dire un jour je

vais me prendre en main. Un jour, je vais prendre une façon pour sortir de là, tu sais, jusqu'à temps que je trouve la lumière là. Tu n'en veux pas d'amis. Quand t'es en bas de l'échelle, c'est tellement noir que tout ce que tu veux, (c'est de) te trouver tellement loin où personne ne te connaît, pour recommencer. Juste sentir que tu peux respirer librement, puis ouvrir tes yeux et regarder ce que tu veux bien regarder. La marche est très très difficile, et moi, j'ai été 4 ans pour dire avant de bien fonctionner. Je suis sortie du centre d'hébergement, j'étais sur l'aide sociale, c'était pas facile. Après ça, j'ai été dans la prostitution longtemps. C'est là que j'ai sorti ma violence, c'est moi qui étais violente... Je ne sais pas ce qui m'est arrivé, je suis allée dans la prostitution. Je dis, je ne le sais pas, oui je le sais ce qui m'est arrivé. Tu sais, quand j'étais jeune avec tout ce qui m'était arrivé, mon frère me disait t'es une petite pute, mais, moi, j'avais même pas été encore sur le trottoir. Tu sais, je suis une bornée, je suis une dure. Avec tout ce que j'avais vécu là, j'ai dit bon, je vais leur montrer c'est quoi et me montrer à moi aussi, je vais toujours bien savoir c'est quoi. Je ne sais pas ce qui m'a amenée là un moment donné. (Pourtant) mes parents, c'est du monde assez bien placé, j'ai jamais manqué de rien. Ils m'envoyaient de l'argent terrible, mais si je pouvais faire cent dollars en vingt minutes, j'étais bien contente d'aller le faire.

Margot. J'ai jamais consommé, j'ai jamais bu de boisson jusqu'à l'âge de 27 ans.² À l'âge de 11 ans, ma fille se fait abuser et moi, ça a été mon élément déclencheur. Le jeune homme a été libéré et commet encore les mêmes actes! C'est là que mon agressivité a commencé à se développer. Une rage de voir ma fille se détruire. J'y dis : Je comprends ce que tu vis, je le sais par où tu es passée! Elle me répond : Non! Tu ne comprendras jamais ce que je vis. Je comprenais, mais comment je pourrais avouer à ma fille que j'avais été violée et que ça avait été extrêmement violent pour en rester marquée à vie!

Dans cette période-là, mon chum est arrivé avec de la cocaïne à la maison, et j'étais dans tous mes états. J'y ai dit : Je l'essaierais! Sur le coup, il a pas voulu, puis il s'est laissé lousse. C'est là que j'ai commencé à consommer et ça a été à l'extrême, revirement total de situation. Je suis devenue la fille violente, et lui l'homme soumis. Les rôles ont changé de bord. Ma consommation m'a permis de m'affirmer, de prendre ma place, d'arrêter de me faire battre, de me faire juger. J'aimais ça en tabarnouche. Un moment donné, on avait plus d'argent. J'ai dit moé, j'irai pas m'installer sur un coin de rue. J'ai trouvé la dynamique du vol et on s'est mis à faire des vols ensemble, on était complices. Intro par effraction! C'est moi qui runnait les vols, et j'ai eu de la misère à me défaire de ça parce que je me suis mise à aimer le pouvoir. C'est meilleur que la drogue, la plus grosse sensation que j'ai vécue, c'était là dessus, vol par effraction.

² Âge de son inscription dans l'espace social à risque.

Judith. À partir de 8 ans jusqu'à l'âge de 12 ans, les chums à ma mère étaient tout le temps sur mon cas. J'en parlais à ma mère, et elle disait que je cherchais de l'attention. Il y a eu le gardien, il y a eu le chum à ma mère, le chum à mon père. Il y en a un autre, il m'a pognée dans le parking. Je pensais que c'était normal. Je disais : Envoye, asti, viens, envoye que je m'en aille! À un moment donné, c'est pas compliqué, j'ai rencontré le psychologue et je lui ai dit : C'est-y normal quand je me fais violer que je vais me laisser faire? Le psychologue m'a dit que c'était pas normal. (Pour moi), ça l'était. Le dernier viol, c'est mon père à 19 ans avec sa blonde qui était mineure, moi j'étais majeure, je sortais de (thérapie). Je braillais, je l'ai jamais digéré, ça fait 10 ans, et je l'accepte pas encore. Je l'ai jamais revu, non plus. Il m'a dit que c'était un trip qui l'avait pogné d'essayer ça avec sa fille. J'ai dit que son trip, c'était pas le mien, et je l'ai jamais revu.

À 12 ans, je voulais aller en centre d'accueil. Ma chum était là, elle disait que c'était le fun, il y avait plein d'affaires qu'on avait le droit de faire, et chez nous on avait pas le droit. Fait que j'ai appelé à la DPJ, j'ai demandé ce qui fallait pas que je fasse; elle m'a tout dit quoi pas faire, je l'ai toute faite. Je me suis ramassée en centre d'accueil de l'âge de 12 ans jusqu'à 17 ans. (Mais), je me sauvais tout le temps. Dès que la porte était à moitié ouverte, j'étais partie. Je me poussais. J'ai arrivé chez nous une fois, (j'avais 16 ans) ma mère était couchée avec mon chum. C'était pas une joke, sortez-moi d'icitte avant que je pète ma coche! Ma mère est restée 4 ans avec ce gars-là. J'ai commencé à consommer, j'avais 14, 15 ans avec de l'acide, après du pot; mon premier hit, j'avais 15 ans. Une danseuse m'a crissé une aiguille dans le bras! Elle dit : Essaie ça, t'accrocheras pas! C'est drôle, ça fait 13 ans et regarde-moi les bras, j'en fais encore des fois. J'ai commencé j'en faisais un de temps en temps; un moment donné, un par semaine, deux par semaine, le jeudi, le vendredi. Un moment donné, j'étais rendue que j'en faisais à tous les jours. Huit mois de temps à me piquer à tous les jours. Je tombais parce que mon système était fatigué; il était à terre. Je dormais 2, 3 jours, je me reposais comme il faut, je repartais. De 15 ans à 18 ans, c'était pas si pire. J'suis tombée enceinte là-dedans. J'ai 2 enfants. J'en ai un qui va avoir 11 ans le 1^{er} décembre, l'autre a 8 ans. J'ai eu une fausse couche, un avortement, un que j'ai donné en adoption, l'autre que j'ai gardé. Pis une grossesse ectopique. À 15 ans, j'suis tombée enceinte et j'me suis faite avorter. À 17 ans, j'avais mon fils. À 18, 19 ans, j'suis allée à « X », j'ai été deux ans sans en prendre. Puis, j'ai rechuté après ça d'aplomb. Ça fait peut être deux ans, un an et demi ou deux ans que j'essaye de reprendre le dessus. J'essaye de m'en sortir, mais c'est pas évident : j'ai (le nom de son quartier) de rentré dans le corps; il veut pas sortir. Depuis 1993, j'suis tout le temps rendue en prison. Vols par intro, des tickets, des vols. Le dernier coup, c'est trafic de stupéfiants, vente à un agent double. Ils m'ont pas manquée, y m'ont crissé 14 mois pour trafic.

INTRODUCTION

Dans le cadre de cette étude portant sur les rapports entre la violence et la transmission hétérosexuelle du VIH-sida chez les femmes, deux équipes de recherche sociale ont uni leurs efforts afin de mieux comprendre ce qui sous-tend les liens entre la violence et la transmission hétérosexuelle des IST et du VIH-sida.

Une recherche documentaire exhaustive traitant des liens entre la violence et la transmission hétérosexuelle du VIH fait ressortir que certaines femmes relèguent leur santé au dernier plan, et ce, malgré l'information reçue. Prenant des risques, elles n'adoptent ni ne maintiennent de stratégies de protection lors de leurs relations sexuelles. De ces récits, émerge un portrait individuel et sociopolitique qui les décrit notamment comme étant des femmes peu organisées, peu scolarisées, isolées, exerçant très peu d'influence en ce qui a trait à la politique et sans trop de ressources financières. Ces femmes vivent principalement dans des univers sociaux à risque traversés par la violence, telles celui de la prostitution, de la toxicomanie et de la criminalité.

Faisant suite à la recension des écrits sur le sujet et en étudiant les violences subies par les femmes qui habitent des environnements sociaux à risque, les questions subséquentes nous paraissaient devoir être soulevées :

1. En quoi la violence participe-t-elle à la transmission hétérosexuelle du sida et à la féminisation de l'épidémie?
2. Comment les femmes inscrites dans un univers social à risque gèrent-elles le risque du VIH?
3. Outre la violence, existe-t-il d'autres logiques d'action préventives ou non préventives influençant les pratiques sexuelles de ces femmes?

La poursuite de ces objectifs de recherche, alliée au traitement des données recueillies, nous permet ici de :

- décrire la violence qui traverse la vie des femmes rencontrées;
- reconstituer les trajectoires de violence parcourant la vie de 24 femmes fréquentant des espaces sociaux à risque (ci-après ESR);³
- identifier deux « *métaprocessus* » liant leur inscription et leur ancrage dans un espace social à risque;
- retracer les « logiques d'action » qui traversent les interactions sexuelles et identifier les comportements de protection et de risque associés.

³ Les substantifs *espace* et *univers* seront indifféremment utilisés. Pour une explication du terme ESR, se référer à la page 30.

Bien que les chapitres de ce rapport soient tous reliés les uns aux autres, chacune des sections apporte un élément compréhensif de la violence comme déterminant de la santé des femmes. Au chapitre premier, une recension des écrits présente des résultats de recherche sur les liens entre la violence et la santé des femmes et sur la féminisation de l'épidémie du VIH-sida. Le deuxième chapitre décrit la méthodologie utilisée. De nature exploratoire et de type qualitatif, la ligne directrice de cette recherche repose largement sur la recomposition des trajectoires de violences parcourant la trame de vie des répondantes interviewées. Pour ce qui est de l'analyse des données, *l'approche biographique* (Clapier-Vallandon, 1991) et la *conceptualisation de l'expérience* (Castel, 1995) furent privilégiées. Le lien entre la théorie (les pistes fournies par la problématique de recherche) et les données empiriques nous ont permis de découvrir que différents modes de gestion organisent l'expérience sexuelle des femmes rencontrées.

Les prémices, c'est-à-dire les expériences de violences premières, recomposées de l'enfance jusqu'à l'inscription dans l'espace social à risque, structurent le troisième chapitre. Suit, au quatrième chapitre, ce que nous nommons le « dernier relais » avant l'inscription dans l'univers social à risque. Il s'agit spécifiquement de facteurs précipitants : la désaffiliation, les ruptures conjugales et l'affiliation ancrée. Tous les événements reliés à la violence dans l'espace social à risque constituent le cinquième chapitre. Au chapitre VI, nous décrivons les interactions sexuelles vécues par les répondantes; certaines sont protégées, d'autres pas. Suivent la synthèse, la discussion et la conclusion.

Nous précisons que l'emprunt de pseudonymes s'est fait dans le respect de l'anonymat des femmes rencontrées et que l'entretien, basé sur une participation volontaire, s'est déroulé sans contrainte et sans brimer les propos tenus par ces femmes. Les extraits sont parfois crus et directs, mais ils présentent l'avantage de dire le réel.

CHAPITRE 1

FEMMES, VIOLENCES ET SANTÉ

Santé Canada (1999; 2002) et le ministère de la Santé du Québec (2001), en accord avec ONUSIDA (2001), reconnaissent l'importance d'accorder de plus en plus d'attention au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au syndrome d'immunodéficience acquise (sida) chez les femmes.⁴ Lors d'une session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH-sida en juin 2001, chaque gouvernement s'est engagé à réaliser une série d'objectifs de base, notamment celui de la prévention, du soutien et de la prise en charge des personnes atteintes. L'un des objectifs adoptés concerne les femmes et se résume ainsi :

D'ici 2003 (les gouvernements devront) établir des stratégies visant à commencer à examiner les facteurs qui rendent les individus particulièrement vulnérables à l'infection au VIH, notamment le sous-développement, l'insécurité économique, la pauvreté, la marginalité des femmes (...) l'exclusion sociale (...) et tous les types d'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons (www.cocqsida.com, mai 2002).

En regard de la violence faite aux femmes et aux conséquences sur leur santé, la recension des écrits révèle l'urgence de comprendre et d'agir. Trois axes sont ici développés : la violence faite aux femmes, la féminisation du VIH et les liens entre femmes, violences et ITS.

Femmes et violences

Rappelons que le fait « d'être femme » résulte d'une socialisation spécifique qui constitue l'un des déterminants qui influencent les conditions de vie des femmes (Jauvin, Clément et Damant, 1998). Or, comme les conditions matérielles de vie dépendent largement des déterminants sociaux, notamment l'environnement physique et les conditions sociales, ces préalables affectent, de façon spécifique, la santé des femmes⁵ (Jauvin *et al.*, 1998; Guyon, Robitaille, Clarkson et Lavallée, 1996). Certaines

⁴ Sur le plan canadien, cet engagement se traduit, en partie, par l'adoption de la *Stratégie pour la santé des femmes* (Santé Canada, 1998); cet accord avait été adopté lors de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes tenue à Beijing en 1995.

⁵ Jauvin, Clément et Damant (1998 : 28-29) expliquent cet égard par le choix d'une carrière, par exemple et du fait que cette dernière soit discontinuée afin, entre autres, de mettre au monde des enfants et d'assurer leur éducation. Aussi, les femmes ont, en général, un moins bon état de santé que les hommes (Guyon *et al.*, 1996) et sont davantage victimes de violence que les hommes (Statistique Canada, 1993).

conditions matérielles de vie, telles la monoparentalité, la pauvreté et l'éducation caractérisent le vécu de plusieurs femmes de manière singulière et agissent sur leur état de santé (Jauvin *et al.*, 1998 : 23).

Les statistiques révèlent qu'au Canada, 29 % des femmes canadiennes ont été agressées par un conjoint (Statistique Canada 1999a), et 45 % des femmes agressées par un partenaire masculin ont subi des blessures physiques. Aussi, l'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation effectuée en 1999 montre qu'au cours des cinq dernières années, 8 % des femmes, qui avaient un partenaire au moment de l'enquête ou pendant cette période ou en contact avec un ex-partenaire, ont subi une forme de violence physique ou sexuelle (Santé Canada, 2001b). Ces violences au féminin sont particulièrement importantes chez les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) qui sont le plus à risque de subir des agressions sexuelles (Poitras et Lavoie, 1995). Les déclarations faites aux policiers le confirment : En 1999, les statistiques provenant d'un échantillon canadien de services policiers indiquent que 60 % des victimes d'infractions d'agression sexuelle sont des enfants et des jeunes de moins de 18 ans dont plus de 80 % sont des filles (Statistique Canada, 2000).

Face à la violence, les femmes sont généralement vulnérables : toute femme, peu importe l'âge, le niveau de scolarité, l'origine ethnique, la profession, la religion, l'orientation sexuelle, la situation économique ou même le type de personnalité, est susceptible de vivre de la violence conjugale (Santé Canada, 2001b). Dans ce qui suit, nous décrivons les principales formes de la violence, les contextes où elles peuvent se produire et les conséquences sur la personne.

Les types de violence

La violence peut être directe ou indirecte, se manifester de différentes façons et être exercée par un (ou des) individu(s) en position de force. Principalement, la violence est :

- **physique** : quand apparaissent des blessures incluant des contusions, des coupures, des écorchures, des brûlures, des os fracturés, des fêlures, des blessures internes et des fausses couches (Statistique Canada, 1999 a ou b : 15);
- **psychologique** : quand entrent en scène les attitudes d'une personne extrêmement jalouse et possessive qui tente d'exercer un contrôle sur l'emploi du temps de la personne visée et sur ses activités en isolant progressivement la « captive » de sa famille et de ses ami(e)s;

- **verbale** : quand la personne est accablée de critiques, de reproches, de fausses accusations ou encore d'humiliations;
- **sexuelle** : quand une personne doit se plier à des relations intimes ou qu'elle subit, durant l'acte sexuel, des douleurs ou des blessures;
- **économique** : quand on empêche une personne d'ouvrir un compte bancaire, qu'on ne lui donne aucun argent, qu'on la prive de tous types de revenus ou encore qu'on encaisse, sans son accord, un chèque lui étant destiné. Un individu peut aussi contrôler le budget familial sans que son (ou sa) partenaire ne connaisse les avoirs réels du couple.

Une personne peut en être victime (violence **subie**) ou en être **témoin**; elle peut également la retourner contre elle-même ou la reproduire envers autrui. On parle alors de violence **agie**.

Ses contextes

Les violences familiale, conjugale et au travail sont les plus reconnues et les plus susceptibles d'être reproduites. Un enfant peut aussi subir ou être témoin de violences en milieu familial pour ensuite l'exercer ou la subir en contexte de conjugalité. C'est ce que démontre une étude récente sur des homicides d'enfants par leur(s) parent(s). Des différences apparaissent entre les familles où la violence conjugale est présente et celles où elle semble absente (Dubé, 2000). Certaines compilations de l'Enquête sociale générale de 1999 appuient ces résultats et démontrent que 47 % des femmes et 25 % des hommes interrogés rapportèrent avoir vu ou entendu de la violence lorsqu'ils étaient enfants (Santé Canada, 2001b). Les données produites par l'enquête de Statistique Canada (1993) confirmaient déjà que les femmes violentées par un partenaire masculin étaient trois fois plus susceptibles que les femmes non violentées d'affirmer que leur partenaire avait vu leur père battre leur mère. Cette revictimisation les paralyse. Par peur et souvent parce qu'elles n'ont ni le revenu ni le soutien nécessaires, elles endurent. Parallèlement, une femme peut avoir été agressée physiquement et sexuellement depuis tellement longtemps qu'elle finit par croire l'agresseur qui l'humilie; elle est convaincue qu'elle ne vaut rien et qu'elle ne s'en sortira jamais. Ce déséquilibre de pouvoir entre les partenaires aurait, semble-t-il, un impact sur l'autonomie des femmes, amplifiant leur vulnérabilité à la violence conjugale (Gupta, 2000), à l'infection au VIH et autres ITS (Bauer *et al.*, 2002; Néron, 1998). Par ailleurs, d'autres femmes vivant dans un univers violent auraient tendance à déployer des stratégies de communication qui se caractérisent par la démission et la fuite (Fernet, 2002).

Ces études permettent de croire que les rapports de violence dans le couple représentent pour certains individus un élément habituel et banal; ils font partie de la vie (Jaffe *et al.*, 1990). Mais outre la violence en contextes familial et conjugal, celle de l'espace social à risque nous préoccupe également. Les femmes qui y travaillent ou qui y vivent courent le plus de risques d'agressions multiples. Pour les travailleuses du

sexe, notamment, ces risques sont d'autant plus grands qu'elles reçoivent peu de soutien en raison de la stigmatisation de la prostitution et du mythe qui en fait un « choix personnel ». Cette croyance ignore le fait que presque toutes les jeunes femmes qui aboutissent dans le commerce du sexe fuient des foyers violents, et que les choix économiques offerts aux jeunes femmes isolées sont très limités (Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 1993 : 41-44).

Ses conséquences

L'état de santé des femmes agressées sexuellement au cours de l'enfance et qui subissent également de la violence sexuelle à l'âge adulte serait plus précaire que celui des femmes qui ont subi l'une ou l'autre de ces agressions (Wyatt et Riederle, 1994). Au Québec, les résultats de la recherche de Hébert, Lavoie et Tremblay (1999) confirment que la violence sexuelle subie au cours de l'enfance augmente le risque de victimisation à l'adolescence et accroît la probabilité de revictimisation à l'âge adulte (Hattem, 2000; White *et al.*, 1999; Pâquet-Deehy, 1998). Conséquemment, la revictimisation diminuerait grandement la capacité de ces femmes de se rétablir des multiples agressions (Folette *et al.*, 1996).

Les impacts de la violence conjugale ont récemment été explorés par Santé Canada. La violence conjugale affecterait, entre autres, la santé physique et sexuelle des femmes (par exemple les blessures physiques graves, les grossesses non désirées, l'augmentation du risque de contracter une ITS ou le VIH) et leur santé mentale (faible estime de soi, dépression, syndrome du stress post-traumatique, excès de colère, notamment) (Santé Canada, 2001b). De plus, le fait d'avoir subi plus d'un type de mauvais traitements augmente les impacts négatifs sur la santé mentale et physique (Moeller *et al.*, 1994), résultats confirmés par les résultats de la recherche de l'équipe de Zanarini (1999) qui évalue à 85,6 % les patientes *borderlines* agressées physiquement ou sexuellement à l'âge adulte qui avaient aussi une histoire d'agression physique ou sexuelle dans l'enfance.

Femmes et ITS : féminisation de l'épidémie

Selon ONUSIDA (2000), les taux d'infection des femmes au VIH sont à la hausse et les résultats reflètent généralement les inégalités sociales⁶, politiques et économiques dont les femmes sont l'objet⁷. Au Canada, avant 1995, 9,9 % de tous les rapports de

⁶ L'ONUSIDA s'alarme de la tendance croissante à la féminisation du sida. Communiqué de presse, 29 février 2000, p. 1. Site Internet : www.health.fgov.be/wh13/krant/krantarch2000/kranttekstmar/000301m08un.html.

⁷ Dans les pays en voie de développement, la vulnérabilité particulière des femmes et des filles au VIH-sida s'explique, notamment par la persistance de schémas traditionnels et culturels qui encouragent le mariage précoce et tolèrent l'infidélité masculine tout en freinant l'usage généralisé du préservatif. Ainsi, plus de la moitié (55 %) de 23,3 millions de personnes infectées en Afrique subsaharienne sont des femmes (ONUSIDA, 2000).

séropositivité touchaient les femmes. Cette proportion est passée de 18,8 % en 1995 à environ 24 % en 1999 et en 2000 (Santé Canada, mai 2001). Ce rapport ne cesse de croître. Au 31 décembre 2001, les femmes représentaient 25 % des cas de sida en 2001 au Canada (Santé Canada, 2002).

Pour l'ensemble des cas féminins d'infection, 63,5 % étaient liés à des contacts hétérosexuels, et 31,6 % à l'utilisation de drogues injectables (Santé Canada, 2002). Déjà en 2000, on constatait que les catégories de contacts hétérosexuels et d'UDI comptaient pour 94,4 % des nouveaux cas d'infection diagnostiqués chez elles, et cette proportion représentait une augmentation de 81 % par rapport à la période précédant 1995 (Santé Canada, mai 2001; novembre 2001). Au Québec, les données de surveillance des cas de sida déclarés au 31 décembre 2001 révèlent que les femmes âgées de 15 ans et plus représentent 11 % des cas déclarés; de plus, selon des données préliminaires pour 2001, les cas féminins de sida représentent 24 % de l'ensemble des cas déclarés. Notons que 24,7 % de ces cas sont attribuables à un contact hétérosexuel avec un partenaire à risque élevé. Les femmes âgées de 30 à 34 ans seraient les plus touchées (Turmel, 2002). Au Québec, on remarque également une progression constante de femmes obtenant un résultat positif à un test sérologique. Chez les femmes infectées par contact hétérosexuel, mais non originaires de pays endémiques, le pourcentage est passé de 18,4 % en 1997-1998 à 27,1 % en 2000-2001 (MSSS, 2001a).

Par égard à ces résultats d'enquêtes et de recherches, nous avons voulu investiguer plus en profondeur la relation entre la santé de femmes, dites à risque, et les différents types de violences parcourant leur vie.

Femmes, violences et ITS : des liens connus, d'autres non

Lorsque l'on se penche sur la problématique de violence faite aux femmes, la synergie du tandem « violence/santé »⁸ étonne. Dans le domaine des infections transmises sexuellement, 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, Philips, Seals *et al.*, 2002). Pour cette raison, certains auteurs suggèrent d'approfondir ce lien afin de comprendre pourquoi des femmes, dites à risque, ne se protègent pas (Mallory *et al.*, 2000; Farmer et Furin, 1997). Avec d'autres, ces auteurs constatent que :

- même informées et se sachant à risque, les femmes ne se protègent pas toujours d'une transmission hétérosexuelle des ITS (Mullings *et al.*, 2000; Romero-Daza, 1998-1999; Eldridge *et al.*, 1997);

⁸ 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 constituerait un facteur favorable à l'adoption d'une sexualité adulte non sécuritaire ouvrant sur la possibilité de contracter une ITS (Maeve, 2000; Velda-Simmons, 2000);
- le sexe sous contrainte (*forced sex*) rend quasi impossible un comportement de protection et que 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; Pryen, 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 (El-Bassel *et al.*, 2001; El-Bassel *et al.*, 2000; Cohen, Deamant *et al.*, 2000);
- face à cette inégalité de pouvoir dans les relations de genre, les femmes vulnérables ne peuvent initier ou maintenir des pratiques sexuelles sécuritaires (Kimerling *et al.*, 2000; Garcia-Moreno et Watts, 2000).

À partir de ces constats, on affirme qu'un lien existe entre la violence et la vulnérabilité des femmes aux ITS. Il est à remarquer cependant que les femmes ne courent pas un risque équivalent de vivre avec le sida (Albertyn, 2000). Des études révèlent que de manière disproportionnée, cette infection affecte certaines sous-catégories de femmes plus que d'autres, par exemple les minorités ethniques, les femmes toxicomanes, pauvres ou encore prostituées (ONUSIDA/OMS, 2001). Voilà pourquoi notre recherche examine le rapport violences/VIH non pas dans toute sa complexité, mais de façon cumulative pour des femmes vivant (ou ayant vécu) dans un univers social à risque. Les épisodes de violences qui parcourent la vie de femmes considérées à risque de contracter une infection, et ce, avant et pendant leur inscription dans un espace social multirisques constituent l'essence du présent document. Les femmes rencontrées sont des travailleuses du sexe ou toxicomanes ou trafiquantes ou fraudeuses. Certaines ont été incarcérées pour des délits criminels.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE ET CONCEPTUALISATION

L'axe principal de cette recherche porte sur le rôle de la violence dans le processus de désappropriation de la santé de femmes inscrites dans l'un ou l'autre des trois univers de vie violents suivants : la prostitution, la toxicomanie et la criminalité menant à l'incarcération et ayant des pratiques sexuelles les exposant au risque de contracter une infection.

En tenant compte du rôle de la violence, principalement en contexte sexuel, l'objectif général de cette recherche visait la compréhension de ce qui amène certaines femmes à reléguer la protection de leur santé au second plan. Sous ce rapport, des objectifs spécifiques furent poursuivis :

1. décrire les modes de gestion du risque adoptés par les femmes dans leur vécu sexuel;
2. isoler et décrire les différentes logiques d'action qui cadrent l'expérience sexuelle;
3. comprendre la combinaison et l'articulation de ces différentes logiques d'action;
4. reconstituer les conceptualisations de l'expérience de la violence.

Ces objectifs demandaient qu'on s'intéresse à la parole des femmes comme actrices et narratrices de leurs propres expériences. Nous avons donc opté pour une recherche exploratoire de nature qualitative afin de faire ressortir les données utiles à notre questionnement.

Démarche

Le recrutement et les critères d'inclusion

Le principal critère d'inclusion à l'étude portait sur l'appartenance à la catégorie des femmes vulnérables au risque de contracter une infection par voie sexuelle et, particulièrement l'infection au VIH. Le second critère concernait l'inscription de ces femmes dans un univers social à risque (prostitution, toxicomanie et criminalité menant à l'incarcération). Précisément, 25 répondantes ont été interviewées; cependant, 24 récits de vie ont été conservés, car l'une des répondantes n'avait qu'effleuré l'espace social à risque.

Ces femmes ont été recrutées et référées par quatre ressources de la région de Québec concernées par le type de clientèle visée :

- 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.

Dans les trois premiers organismes, le projet de recherche a d'abord été présenté aux intervenants et aux intervenantes qui ont ensuite sollicité des participantes répondant aux critères définis par l'équipe de recherche. Au centre de détention, la recherche a été présentée à l'ensemble des détenues qui ont elles-mêmes indiqué leur désir de collaborer volontairement à la recherche.

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 de l'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.

La cueillette des données

La cueillette des données s'est déroulée dans la région de Québec, de l'été 2000 à l'hiver 2001. Le canevas d'entrevue fut élaboré de manière à donner une place de premier plan au point de vue et aux expériences des femmes interrogées. Tenant compte de la valeur heuristique de l'entretien qui « saisit la représentation articulée dans son contexte expérientiel et l'inscrit dans un réseau de signification » (Blanchet et Gotman, 1992 : 27), ce plan s'articule autour de deux axes : le vécu par rapport à la violence et celui vécu par rapport à la sexualité.

La première partie de l'entretien, de type semi-directif, consistait à laisser ces femmes raconter leurs expériences et décrire leur trajectoire de violence en s'attardant à trois espaces d'interactions : l'interaction familiale, l'interaction sexuelle (avec et sans partenaire stable) et l'interaction sociale dans l'univers violent (prostitution, toxicomanie et criminalité). La seconde partie du plan consistait à faire parler les interviewées sur leurs expériences sexuelles et sur leur perception du risque. Les femmes devaient décrire explicitement les différentes façons dont elles géraient le risque de contamination par le VIH. Les questions portaient sur le cadre des rapports sexuels (travail, sentiment, plaisir, etc.), sur la séquence de leurs conjugalités stables et instables, sur la manière de les vivre, sur le dénouement de ces relations et sur la finalité poursuivie dans l'échange sexuel, par exemple la poursuite de la relation ou le plaisir.

Les participantes étaient donc invitées à parler :

1. de leurs expériences de violence sans qu'une définition de la violence ne leur soit fournie au préalable;
2. des périodes de « hauts et bas » qui ponctuent leur vie tout en fournissant leur explication de ce qui rythme les remontées et les descentes;
3. de leurs différents types de partenaires sexuels (amoureux, clients, amants, etc.) et des sentiments, contextes et logiques qui traversent ces relations
4. de leur regard sur leurs relations envers les hommes.

Des données sociodémographiques ont également été recueillies : origine familiale, scolarité, occupation, statut marital et parental, âge. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrit littéralement. Ils duraient entre deux et trois heures.

La méthode

La conceptualisation de l'expérience⁹ (Castel 1995), comme approche théorique, a permis de mettre en rapport l'articulation des différents registres d'action¹⁰ et 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 lui donnent; ensuite, nous avons considéré le(s) lien(s) entre ces expériences de violence et la façon dont elles intègrent le risque des ITS dans leur vie sexuelle.

Les questions de recherche mentionnées en introduction nécessitaient l'usage d'une méthode qualitative. L'approche biographique (Clapier-Valladon, 1991) est apparue la plus pertinente pour recueillir des données. Premièrement, sur la violence qui ponctue l'histoire de ces femmes, et deuxièmement sur le point de vue qu'elles donnent de leurs relations sexuelles associées ou non à des pratiques sécuritaires. La subjectivité de la répondante est traitée ici comme un élément d'analyse auquel est accordée une valeur heuristique. C'est là un premier présupposé épistémologique de la recherche. Le second repose sur le fait qu'il n'y avait pas d'hypothèses à vérifier et à valider (Le Gall, 1987), et ce, malgré l'élaboration d'une problématique guide. C'est pourquoi la production de connaissances reposait davantage sur un processus interactif entre la théorie et les données empiriques qui, à son terme, devait permettre d'en savoir davantage (Glaser et Strauss, 1967) sur ce qui fait varier les modes de gestion d'un risque de santé.

⁹ Sommairement, la conceptualisation de l'expérience humaine engage une pluralité d'actes interprétatifs, racontés par des acteurs sociaux quand cela a rapport à des événements vécus en des espaces-temps précis.

¹⁰ 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).

L'analyse des données

Le corpus à partir duquel furent réalisés le traitement et l'analyse qualitative des données est constitué de l'ensemble des discours produits par les femmes. Une première lecture flottante (Clapier-Vallandon, 1983) a eu pour fonction de séparer les éléments factuels et les éléments de signification, de procéder à un premier découpage par segments et de les comparer pour parvenir à fixer certaines catégories analytiques. Le discours ainsi découpé en unité informationnelle, correspondait à une unité de sens, c'est-à-dire à une partie du discours portant une signification. Ces fragments ont été catégorisés et classés. La constitution de la grille d'analyse procédait ainsi de deux sources : informée par la problématique de recherche et induite par le contenu des entrevues (Mucchielli, 1991).

Une analyse de contenu horizontale et une analyse verticale furent appliquées au discours oral transformé en discours écrit (Ghiglione et Matalon, 1978). L'analyse verticale, réalisée entretien par entretien, (Blanchet et Gotman, 1992) a permis de repérer le sens donné par chaque femme à l'expérience de la violence. Ce sens et la conceptualisation des expériences de la violence concernaient la manière singulière dont la violence était vécue par chacune des femmes. La codification et la catégorisation des données furent élaborées à partir de la définition de la violence telle qu'elle est formulée par le CRI-VIFF :

La violence est un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu, en position de force, cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs. Cette violence cause ou est susceptible de causer aux personnes, qui y sont exposées, des dommages ou des souffrances physiques ou psychologiques. Cette définition ne se limite pas aux conduites individuelles, puisque la violence peut s'exercer par des systèmes plus larges et peut être exercée non seulement envers une personne, mais également envers un groupe de personnes (Jauvin, Clément et Damant, 1998 : 12-13).

Ce premier niveau d'analyse a permis de distinguer deux moments de la trajectoire de vie des femmes : avant et après l'inclusion dans ce que nous avons appelé l'espace social à risque c'est-à-dire dans un espace socialement constitué autour des drogues. À ce niveau d'analyse, les expériences de violence ont été distinguées et classées selon l'inclusion ou non dans l'ESR. Les interactions sexuelles et les logiques d'action ont aussi été distinguées et classées selon le même principe.

L'analyse horizontale exigeait un découpage transversal du corpus. Cette analyse a permis de comparer les entrevues entre elles de manière à identifier chacune des rationalités qui organisent les pratiques sexuelles et la gestion du risque. Le travail d'analyse a donc consisté à déterminer ce qui se réfère à un même thème d'un entretien à l'autre. À une seconde étape, nous nous sommes attardés aux diverses

façons dont les interviewées combinent et articulent ces logiques dans leur rapport à autrui. Dans le cas de la sexualité hétérosexuelle, c'est dans le rapport à leurs partenaires sexuels masculins que les femmes, subjectivement, synthétisent ces logiques dans l'action. Ce deuxième niveau d'analyse a permis de reconstituer des modes de gestion du risque adoptés par les femmes dans leur vécu sexuel se manifestant, soit par des comportements de protection, soit par des comportements de non-protection et de leur associer une logique d'action dominante. Le mode de gestion du risque a été nommé de manière à inclure le comportement et la logique d'action.

À un premier niveau, nous avons considéré les différents modes de gestion des ITS mis en rapport avec les rationalités sous-tendant le vécu sexuel des femmes. À un second niveau, ce point de vue correspond aux épisodes de violence présents dans la trajectoire de vie de ces femmes. Ces expériences pouvaient se présenter, soit comme une trame biographique dominante, soit comme des événements isolés mais significatifs.

Conceptualisation : les lignes directrices

Les entrevues ont été réalisées auprès des femmes appartenant à une population définie comme la plus vulnérable au risque de contracter une infection par voie sexuelle, particulièrement l'infection au VIH. Le qualitatif de « grande vulnérabilité » est soutenu par le fait que ces femmes ont des activités de prostitution ou connaissent une problématique de toxicomanie ou ont des démêlés avec la justice menant à l'incarcération.

Pour les besoins de l'étude, nous avons reconstitué les épisodes de violences, subies, agies ou dont les répondantes furent témoins, en trajectoires départagées selon « un avant et un pendant » leur insertion dans l'univers social à risque. En premier lieu, la recomposition des trajectoires de violence devait tenir compte des questions de base : *Où?*, *Quand?*, *Quoi?*, *Comment?* et *Par qui les épisodes de violence survenaient?* Dans un deuxième temps, nous devons distinguer ces événements selon deux moments charnières repérables, soit :

- avant l'insertion dans l'espace social à risque (le *métaprocessus 1*);
- ou au cours de l'ancrage dans l'espace social à risque selon une dynamique qui se conjugue avec l'exclusion (le *métaprocessus 2*).

Le *métaprocessus 1* décrit l'accumulation, la juxtaposition et la gravité des multiples violences subies par les femmes interviewées tout au long de leur enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte, et ce, sous différents contextes, par exemple dans la famille, avec l'amoureux, à l'école ou avec le conjoint; ce processus rend également compte des violences auxquelles ces femmes furent exposées et de celles qu'elles ont exercées. Nous croyons que le cumul de ces violences produit un processus de vulnérabilité qui favorise l'insertion de ces femmes dans un univers social à risque.

Lorsqu'elles habitent l'univers social à risque, donc après l'insertion, la violence fait également partie de leur vie : celle des partenaires, celle des clients (notamment quand il y a travail du sexe), celle du milieu, des voisins, des policiers ou encore celle que l'on retrouve dans les piaules et les piqueries. Toute cette violence subie ou à laquelle ces femmes sont exposées les amène à s'enliser dans un monde dont elles peuvent difficilement se sortir. La violence participerait donc à l'ancrage dans l'univers social à risque, cela constitue le *métaprocessus* 2.

Nous avons ainsi analysé les épisodes de violence avant et après l'insertion de ces femmes dans un espace ou univers social à risque ainsi nommé pour deux raisons :

- cet espace est structuré autour du trafic et de la consommation de drogues, surtout la cocaïne;
- un ensemble de relations sociales s'ordonnent dans cet espace incluant les relations sexuelles commerciales pour un certain nombre de femmes rencontrées et des relations amoureuses, avec des partenaires qui font souvent l'usage de drogues. Ces femmes côtoient également des groupes criminalisés ou ont des démêlés avec la justice.

Les femmes inscrites dans cet univers occupent une position particulière. Il est évident que celles qui cohabitent ou rencontrent des membres associés au monde interlope n'y occupent pas des positions de pouvoir. Ce monde normalise le mode de vie des femmes rencontrées; il définit leurs conditions de vie, structure leur quotidien, cadre leurs décisions et sert de référence pour comprendre certaines de leurs façons de penser et d'agir. C'est un monde opaque, difficile à saisir; d'une part parce qu'il est clandestin et souterrain, d'autre part parce qu'il est associé au crime organisé. Cela influe sur leurs relations affectives, leur sexualité, leurs relations de travail et, plus généralement, sur l'ensemble de leurs rapports aux autres et sur leur façon d'habiter leur milieu de référence.

Les indicateurs d'inscription dans l'espace social à risque sont :

- le mode de vie (la ligne biographique associée à la violence et aux drogues qui contaminent toutes les autres sphères de leur vie);
- la consommation de drogues, surtout *freebase* et UDI;
- les activités de prostitution, de délinquance (vol, recel) et de trafic de drogues;
- la fréquentation de lieux et de personnes spécifiques (piqueries, piaules);
- parfois, l'absence de domicile fixe;
- les conséquences associées à ce mode de vie (perte de la garde de son (ou de ses) enfant(s); démêlés avec la justice et emprisonnement).

Profil des répondantes

Pour mieux identifier ces femmes ayant consenti à se dire, nous avons cru bon les identifier sous un pseudonyme : *Alice, Amélie, Baïa, Béatrice, Blanche, Charlotte, Chloé, Cindy, Délia, Diane, Fany, Gwen, Judith, Karen, Katou, Lili, Lisa, Lyn, Margot, Maude, Mel, Rose, Sophie et Viviane.*

L'âge des participantes varie entre 21 et 43 ans. Plus précisément, 8 d'entre elles se situent dans le groupe des 21-25 ans, 5 dans celui des 26-30 ans, 5 dans celui des 36-40 ans et 1 seule avait plus de 40 ans au moment de l'entretien. Ces femmes sont généralement très peu scolarisées; 5 ont complété leurs études secondaires. La plupart sont des mères (20 sur 24) ayant 1 ou 2 enfants pour 17 d'entre elles et ayant 3 ou 4 enfants pour 3 autres. Ces femmes ont rarement la garde de leur(s) enfant(s). Parmi les femmes rencontrées, 4 femmes seulement semblent avoir conservé la garde de leur(s) enfant(s) tout au long de leur vie.

Au moment de l'entrevue, la moyenne d'âge de ces femmes était de 30 ans, et l'âge moyen d'insertion dans l'espace social à risque est de 21 ans¹¹. Dix-neuf sont des travailleuses du sexe ou, du moins, le furent à un moment donné de leur vie, mais nous ne ferons pas référence à cette distinction dans l'analyse des données. Parmi elles, 12 travaillent dans la rue, 5 pour une agence et 2 autres se vendent en échange de drogues; les 5 dernières tractent dans le monde interlope. L'ensemble des répondantes est toxicomane¹², la moitié d'entre elles utilisant des drogues injectables. Au moins 3 d'entre elles sont sobres depuis quelques années.

Bien qu'elles ne furent pas spécifiquement interrogées sur leur statut sérologique, 2 répondantes ont dit qu'elles se savaient porteuses du VIH, l'une d'entre elles ayant aussi contracté l'hépatite C. Sept (7) autres femmes sont atteintes par l'hépatite C dont 2 ont aussi l'hépatite B. Une dernière disait avoir seulement l'hépatite B¹³. Suit (tableau 1) une synthèse de ces données.

¹¹ Pour 23 répondantes seulement (l'une d'entre elles n'y faisant que des visites très écourtées). Aussi, ne connaissant pas l'âge exact de l'entrée dans l'espace social à risque pour plusieurs des répondantes, nous avons pu, au mieux et grâce aux indices fournis par elles, estimer l'âge au passage.

¹² Certaines d'entre elles sont sobres depuis quelques années. Cependant, pour les besoins de l'analyse, nous ne tiendrons pas compte de la sobriété actuelle de *Délia* (depuis 7 ans), de *Karen* (depuis 3 ans) et d'*Amélie* (en traitement sur la méthadone depuis 2 ans).

¹³ Ces données réfèrent à 22 femmes seulement; nous n'avons pas l'information pour deux d'entre elles.

Tableau 1 – Femmes, violence, sida : caractéristiques des répondantes						
Qui/âge	Scolarité	Enfant(s)	Insertion (âge)	Toxicomanie	VIH et ITS	Orientation sexuelle
Viviane, 39 ans	Sec. I	1	30	• UDI • polytoxicomane	--	hétéro
Baïa, 36 ans	s.o.	2	30	• UDI • cannabis • coke • <i>freebase</i>	--	hétéro
Judith, 29 ans	Primaire	2	15	• UDI • coke • mescaline • cannabis	VIH+	hétéro
Katou, 35 ans	Sec. I	0	15	• UDI	VIH+, hépatite C	hétéro
Mel, 33 ans	Sec. II	1	18	• UDI • coke	hépatite C	hétéro
Lisa, 23 ans	Sec. IV	1	19	• UDI • <i>freebase</i> • alcool • ativan	--	hétéro
Alice, 27 ans	Sec. I	4	16	• UDI • coke • acd • <i>freebase</i> • PCP	hépatites B et C	hétéro
Charlotte, 36 ans	Sec. V	3	17	• UDI • alcool • morphine • mescaline, • narcotique • coke	hépatite C	s.o.
Lyn, 29 ans	Sec. III	1	15	• UDI • acd • cannabis	--	hétéro
Rose, 29 ans	Sec. II	2	20	• UDI • cannabis • héroïne • <i>freebase</i> • cocaïne	hépatites B et C	hétéro
Cindy, 21 ans	Sec. I	1	16	• alcool • cocaïne • <i>freebase</i> • héroïne	--	bisexuelle
Lili, 25 ans	Sec. III	1	23	• <i>freebase</i> • cocaïne	hépatite B	hétéro
Diane, 25 ans	Sec. II	2	23	• cocaïne	--	hétéro

Tableau 1 – Femmes, violence, sida : caractéristiques des répondantes

Qui/âge	Scolarité	Enfant(s)	Insertion (âge)	Toxicomanie	VIH et ITS	Orientation sexuelle
Fany, 24 ans	Sec. II	0	18	• cannabis • alcool • mescaline • <i>freebase</i> • narcotique	s.o.	bisexuelle
Amélie, 24 ans	Sec. III	0	18	• PCP • héroïne • cannabis • alcool • méthadone	--	hétéro
Maude, 34 ans	Sec. IV	1	25	• coke • <i>freebase</i> • cannabis	--	hétéro
Gwen, 43 ans	Sec. V	1	28	• UDI • héroïne • narcotique, • alcool • cocaïne	hépatite C	hétéro
Chloé, 21 ans	Sec. IV	1	17	• alcool • <i>freebase</i> • cannabis • acd	s.o.	hétéro
Sophie, 33 ans	Sec. III	2	25	• bière • cannabis • acd • LSD • coke	hépatite C	hétéro
Margot, 34 ans	Sec. II	1	27	• <i>freebase</i> • cocaïne	--	hétéro
Béatrice, 22 ans	Sec. III	0	0	• alcool • cocaïne	--	hétéro
Blanche, 27 ans	Sec. I	3	16	• <i>freebase</i> • alcool • mescaline • cocaïne	hépatite C	hétéro
Délia, 37 ans	Sec. II	1	22	• alcool • cannabis • acd • coke • morphine	--	hétéro
Karen, 40 ans	Sec. V	1	21	• alcool • cannabis • narcotique • cocaïne	--	hétéro

Ce tableau confirme l'incidence de la polytoxicomanie dans le vécu des répondantes; ce constat n'est sûrement pas étranger à l'insertion et à l'ancrage de ces femmes dans l'univers social à risque. Comme nous l'avons vu dans la recension des écrits, c'est là un point essentiel troublant, car les utilisateurs de drogues par injection représentent la population chez qui, actuellement, l'infection par le VIH se transmet le plus rapidement¹⁴. Cette dépendance n'est cependant pas le seul facteur qui regroupe ces femmes; elles partagent d'autres expériences qui les rendent vulnérables et les amènent à s'inscrire dans l'ESR. Pour approfondir cette perspective, les prochains chapitres traiteront des effets du cumul et de la juxtaposition de la violence parcourant la trame de vie des répondantes. Nous explorerons également d'autres facteurs (la désaffiliation, la rupture dans un contexte de relation amoureuse et l'affiliation ancrée) qui accélèrent l'inscription des femmes rencontrées dans l'univers social à risque.

¹⁴ Au Québec, cette vague a débuté vers 1985. Jusqu'en 1989 inclusivement, les UDI représentaient 1 % de tous les cas, puis ce taux passe à 4 % pour la période 1990-1992 à un peu plus de 9 % en 1993-1995 à près de 17 % pour la période 1996-1998 et à près de 19 % pour la période 1999 à juin 2001. Selon Santé Canada, les utilisateurs de drogues par injection infectés par le VIH étaient environ 3600 au Québec à la fin de 1999. Un peu plus de 600 d'entre eux auraient été infectés en 1999 représentant donc encore 45 % environ des nouveaux cas d'infection (Santé publique, décembre 2001).

CHAPITRE 3

RECOMPOSITION DES TRAJECTOIRES DE VIOLENCES : LES PRÉMICES

Ce chapitre décrit le *métaprocessus 1* modelé par le cumul, par la juxtaposition et par la gravité des épisodes de violences présents dans la vie des répondantes avant leur inscription dans l'espace social à risque. Rappelons que ce processus accroît la vulnérabilité personnelle. Pour l'élaborer, des femmes furent interrogées sur les violences vécues au cours de leur vie, et ce, quelque soit le type de violence vécue, le type de relation entretenue avec l'agresseur et le lieu où la violence avait cours. Dans ce qui suit, nous reconstruisons les trajectoires de violences de l'enfance à l'adolescence, puis à l'âge adulte.

Dans un premier temps, l'étude retrace les épisodes de violences sous toutes leurs formes en partant de trois modes :

1. la violence **subie**;
2. l'**exposition** à la violence;
3. la violence agie.

Et ce, dans trois **contextes** : familial (les parents, la fratrie et la famille élargie), amoureux (pour la période de l'adolescence et conjugal à l'âge adulte) et les tiers contextes comme la famille ou le centre d'accueil.

Violence à l'enfance et à l'adolescence

La violence à l'enfance et à l'adolescence occupe une place prépondérante dans le récit de toutes les femmes rencontrées. À ce stade de la vie, elles subissent la violence ou elles l'observent, ce qui peut les rendre impuissantes voire écrasées. Puisque cette violence occupait une telle place dans le discours des femmes, il nous apparaissait important d'en rendre compte le plus fidèlement possible. À cet égard, le discours des femmes a été analysé et regroupé en catégories selon les différents contextes : familial, amoureux et tiers contextes.

Des univers familiaux désorganisés marquent l'enfance de la majorité des répondantes¹⁵. La plupart du temps, l'un ou l'autre des parents est une personne alcoolique ou toxicomane et l'environnement de l'enfant est imprégné de violences. Nous discutons, s'il y a lieu, de divers modes et types de violences vécues et racontées par les femmes interviewées. Par rapport à chacun des contextes nommés ci-dessus, nous décrivons des formes de violence selon que celle-ci soit subie, observée ou agie. À noter qu'en regard des violences subies, nous verrons que la violence physique peut,

¹⁵ Sauf exception pour *Mel*, *Amélie* et *Béatrice* qui disent avoir eu une enfance/adolescence sans véritables problèmes. De bons parents, « bon citoyens, sans aucune drogue, sans alcool » (*Amélie*).

à la limite, conduire à la violence mortifère¹⁶ et que la négligence est traitée ici comme une forme indirecte de violence du fait qu'elle peut contribuer à hypothéquer lourdement l'enfant. Quant à la violence agie, elle réfère à la violence des répondantes envers autrui ou retournée contre elles-mêmes par leurs tentatives de suicide.

La violence subie

Contexte familial

En contexte familial, les violences subies et auxquelles la jeune personne est exposée prennent différentes formes physique et sexuelle, et parfois même, mortifère.

La violence physique :

Cette sorte de violence est exercée par l'un ou l'autre des parents¹⁷. Lorsque les femmes rencontrées subissent de la violence, celle-ci peut être reliée à l'éducation ou à des situations qui semblent gratuites et brutales. La gravité des violences subies par les répondantes varie selon l'agresseur et le contexte.

Les parents utilisent parfois la violence physique pour éduquer le jeune enfant, notamment à la propreté. C'est le cas de la mère de *Diane* qui lui donne des coups de règle parce qu'elle fait « pipi dans sa culotte ». De même pour le père de *Délia* qui administre des corrections physiques pour enseigner à l'enfant à bien se conduire : « Il nous donnait des coups de règle, il nous mettait en punition en nous envoyant à genoux... » On ne connaît pas l'âge de l'enfant lorsque sont servies ces corrections, mais il arrive qu'elles débutent très tôt. Par exemple, *Cindy* est violentée par sa mère avant qu'elle ne soit adoptée à l'âge de 2 ans, et *Alice*, 5 ans, maltraitée par une tante, mère substitut pour quelques mois.

De temps à autre, les répondantes ciblent l'un des parents comme étant la source de leurs souffrances. Pour quelques femmes, ce sont leurs mères. *Fany* juge la sienne comme étant excessivement violente. « C'est une *junkie* », se souvient-elle qui « sautait vraiment des coches (...). Elle nous a battues, (et) j'ai vraiment pas un seul bon souvenir d'elle tellement elle peut avoir été méchante. » *Charlotte* décrit ainsi la violence de sa mère :

C'est ma mère qui me battait, pis pas seulement des claques; elle a pogné un balai, m'en a donné un coup dans la face, la bouche fendue. (Pour une histoire de sandwich), j'ai mangé une volée, j'avais les fesses en sang (...). Pour moi, ça a été pire que les autres parce que je sais pas, elle avait une dent contre moi. J'y en ai voulu pratiquement toute ma vie; elle m'a tellement battue.

¹⁶ Concept développé dans le cadre de cette recherche réfère à la peur de mourir et au fait de ressentir physiquement cette possibilité.

¹⁷ Ou tout autre personne faisant figure de « parent » au moment où l'enfant/adolescente subit cette violence sans qu'elle ne soit placée en centre ou en famille d'accueil par ordre de la DPJ.

La mère décédée de *Chloé* est remplacée par une belle-mère : « Elle disait que j'étais folle, elle s'est battue avec moué, j'ai encore des marques... » À propos de sa mère, *Alice* se souvient qu'elle : « n'était jamais contente de rien, jamais. » *Alice*¹⁸ refuse de payer la « traite à sa mère » (elles consomment ensemble depuis les 11 ans d'*Alice*). Elle : « a comme perdu la carte. Elle m'a fessée, m'a grimpée après une poutre dans le bar... », dit-elle.

D'autres répondantes identifient leur père. Par exemple, c'est son père que *Sophie* dénonce comme étant l'auteur des souffrances endurées :

J'avais 4 ou 5 ans, mon père était alcoolique et (quand) il arrivait de travailler, il était soûl; on y passait toute la gang : coups de ceinture, coups de bâton, des claques, des coups de pied, des coups de poing.

D'après les données analysées, il apparaît cependant que l'enfant soit davantage témoin de la violence paternelle envers un autre membre de sa famille (notamment la mère et les frères) que victime.

Un membre de la fratrie peut également être la source de sévices. *Délia* se souvient avoir été le souffre-douleur de la sœur aînée : « Elle m'a cassé une règle sur la tête, m'a étouffée dans mon lit (en mettant) un oreiller sur ma tête. Elle s'est assise dessus. Moi, j'étouffais... »

Par ailleurs, *Alice* est, quant à elle, victime de violence mortifère. Comme il a été déjà mentionné, ce type de violence se produit lorsque la victime ressent physiquement la possibilité d'en mourir. *Alice* situe cette expérience au début de son adolescence. Une tante alors fait figure d'autorité parentale puisque sa mère est hospitalisée. Sa sœur handicapée et elle furent, à tour de rôle, plongées et maintenues sous l'eau du bain pendant plusieurs secondes. *Alice* raconte :

Elle m'a pognée par les bras, elle m'a embarquée dans le bain (et) m'a calée; ça a duré longtemps. Elle m'a tenue longtemps en dessous de l'eau. Je suis devenue toute faible. Je me souviens, je me suis débattue longtemps, puis un moment donné, il n'y avait plus rien à faire.

La négligence

La négligence comme forme indirecte de violence n'est pas formellement considérée comme « un exercice abusif de pouvoir causant (ou étant susceptible de causer) des dommages ou des souffrances physiques ou psychologiques » (Jauvin *et al.*, 1998 : 12). Cependant, chez des familles négligentes, il est possible que certaines situations de négligence soient, en réalité, « (...) des cas mixtes de négligence et de violence » (Brousseau, 1999).

¹⁸ Elle a 16 ans.

Pour l'année 1998, le taux canadien d'incidence de la négligence à l'égard des enfants est de 4,5 pour 1000 (Trocmé *et al.*, 2000) dépassant ainsi le taux d'incidence des mauvais traitements psychologiques (3,6 pour 1000), des abus physiques (2,5 pour 1000) et des abus sexuels (0,9 pour 1000). Pour le Québec, le taux d'incidence de la négligence se situe à 5,6 pour 1000 dépassant aussi les autres types de mauvais traitements à l'égard des enfants (respectivement 2,5, 1,9, 0,9 pour 1000, Tourigny *et al.*, 2000). Par conséquent, insérer ici la négligence parentale de façon mitoyenne entre la violence physique et les autres formes de violence, cadre parfaitement notre intention : montrer comment un manque, de quelque nature qu'il soit, peut hypothéquer l'enfant. Dans sa diversité, la négligence ressemble, en partie, à certaines violences répertoriées. Elle peut être physique (quand l'enfant est sous-alimentée et mal soignée par exemple), psychologique (lorsqu'elle est laissée à elle-même, sans repère, sans appui), économique (quand elle a la charge de la maisonnée). Pour appuyer notre position, nous retenons la définition de Lacharité et Robidoux (1996) sur la négligence :

*Un profil de relation dysfonctionnelle entre un parent et un enfant à l'intérieur duquel le parent omet, de façon chronique, de fournir les soins minimaux dans un (ou plusieurs) domaine(s) du fonctionnement de l'enfant (physique, cognitif, émotif, éducatif, etc.) compromettant ainsi son développement normal. La négligence se caractérise donc par un manque d'investissement affectif ainsi que par une absence ou une insuffisance de gestes de la part du parent envers son enfant. À un autre niveau, la négligence serait aussi un phénomène familial et social dans lequel des facteurs indirects, comme la qualité de la relation conjugale, le soutien social, les événements stressants de la vie contribueraient à maintenir la relation dysfonctionnelle (Lacharité *et al.*, 1996 : 69).*

Nous en traitons donc ici pour mieux illustrer ce à quoi furent exposées et contraintes certaines des répondantes. L'étude des données démontre l'existence de négligence parentale envers certaines femmes comme en témoigne Fany :

Mon père était pas un genre violent, mais il a fait beaucoup de prison. Mon père, je l'aimais beaucoup (en dépit) de ce qu'il a pu avoir fait. Il ne nous a jamais battues, et je comprends qu'il a fait de la prison, mais il s'occupait de nous autres. Quand il était plus là, y'avait plus personne qui s'occupait de nous autres, ça marchait pu. Moi, je fuguais, je m'entendais pas avec ma mère. J'avais ma petite sœur et mon but, c'était de la protéger parce que ma mère lui a fait la vie dure. À sa naissance, j'ai passé proche de la perdre parce que ma mère s'est piquée au boutte (...). Quand elle voulait nous ravoir, elle arrêtait (de boire, se droguer). Elle essayait d'être gentille, nous faire faire une confiance. Quand on revenait chez nous, c'était le contraire : elle recommençait à boire, elle se câlissait de nous autres (...). J'avais 5 ans, ma mère s'occupait plus de nous autres. Fallait que je fasse à manger, que je m'occupe de ma petite sœur.

C'était le bordel. A nous laissait seules chez nous (...). Ma mère nous a amenées chez son chum, y'avait plein de mottés. Un soir, j'ai couché là. Elle m'a fait coucher avec deux gars.

Pour survivre, d'autres enfants assument une partie de « l'ordinaire de la maison ». Lisa, Maude, Alice et Charlotte racontent :

Ma mère était jamais là, elle se gelait. Je me faisais à manger toute seule, je loafais l'école. Elle s'occupait pas de moi, elle se gelait dans St-Roch. Pour acheter du manger, il fallait que j'appelle mon oncle... (Lisa vers 11, 12 ans)

Ma mère buvait, mon père était toujours parti. J'avais 5 sœurs, pis je m'occupais de moi-même. Je faisais le ménage, je faisais le lavage. Je me suis élevée toute seule, sans parents. (Maude)

(Avec ma mère), ça a bien été jusqu'à temps que je commence à boire avec à 11 ans (...). J'ai commencé à travailler au restaurant. J'ai 16 ans, et ma mère retire du bien-être pour moi. J'étais jamais à la maison, mais je continuais quand même à payer la bouffe là, puis payer les comptes de téléphone. La seule affaire que je payais pas, c'était le loyer. (L'argent de sa mère) passait toute dans la boisson. (Alice)

Ma mère partait, et on était 9, 10 enfants à la maison. J'avais 8 ans, 9 ans, je préparais les lunchs pour les gars qui allaient travailler (employés de son père), les lunchs pour l'école, je lavais les planchers, je m'occupais d'entretenir la maison... (Après le divorce, Charlotte et ses deux sœurs vivent avec la mère), elle était jamais à la maison, elle nous a laissées à nous autres. Je faisais manger mes sœurs, je payais le logement... (Charlotte)

La violence sexuelle :

Au cours de l'enfance et de la jeune adolescence, les particularités de la violence sexuelle prennent l'une ou l'autre des formes suivantes : inceste, attouchement, harcèlement. Le père en est souvent l'auteur.

C'est en lisant son dossier de la DPJ que Cindy apprend qu'elle a été abusée sexuellement par son père, alors qu'elle n'avait que deux mois, tandis que le père de Diane l'agresse, se souvient-elle, avant ses 13 ans. Le père de Viviane « s'essaie, mais n'y arrive pas. Je me réveillais », dit-elle. Judith raconte à son tour : « Le dernier viol, c'est mon père. Il m'a fait boire de la bière, il y avait mis des pilules. Il a abusé de moi avec sa blonde, mineure. Je braillais ».

Sophie et Baïa sont, quant à elles, sexuellement violentées par leur frère. La première a 7 ans, et la seconde, 9 ans. Ces souvenirs, on s'en doute, ne périssent jamais : « J'ai eu un abus sexuel étant jeune, mes frères. Ça m'avait comme révoltée, cherchée en dedans. » (*Baïa*) Ajoutant le stigmate à l'inceste, ses frères la traitent de « pute », instrument sexiste par excellence, utilisé pour indiquer qu'à leurs yeux, elle est désormais déshonorée.

Autres formes de violence :

Bien qu'invoquées moins souvent, d'autres formes de violences ont été rapportées par les répondantes. Il s'agit de la violence psychologique, verbale, matérielle et économique.

Les violences psychologique et verbale de leur mère marquent particulièrement *Lisa*, *Karen* et *Délia*; Elles en sont les cibles directes :

Elle criait après moi, c'est un traumatisme; même aujourd'hui, je pleure, j'ai peur. (*Lisa*)

Ma mère, c'était la cruauté mentale au maximum, tout au long de mon enfance. Aucune communication, aucun amour gratuit, aucune compassion. (*Karen*)

Ma mère me traitait de putain devant mes amis, elle m'abaissait beaucoup. Elle m'a pratiquement jamais frappée, sauf qu'elle m'a déjà dit que j'étais comme un bâton de marde..., elle se graissait les deux mains avec moi. (*Délia*)

Fany n'a pas oublié les excès de colère de sa mère; elle « sautait vraiment les coches! Tout garrochait chez nous, c'en était épeurant », se souvient-elle. Mais il n'est pas seulement besoin de mots pour activer la détresse enfantine; elle peut aussi être provoquée par des insinuations détournées. La mère de *Charlotte*, par exemple croit que son mari veut coucher avec l'enfant. Elle disait :

... que j'étais son chouchou! C'est de même qu'elle a eu le divorce en disant que je couchais avec mon père. J'étais petite, j'ai dit : elle doit avoir raison! Fait que je me suis mise à avoir peur de mon père. Mais, je sais que j'ai jamais couché avec mon père.

D'autres répondantes se souviennent, quant à elles, de la violence verbale du père :

Mon père, c'était de la violence verbale; il criait, il m'abaissait aussi. (*Rose*)

Mon père m'a dit des choses dégradantes, blessantes... que j'étais une « bad luck ». (Sophie)

Face à son père ivre, Gwen doit se taire : Si je riais, il criait après moi; j'avais peur quand il levait le ton. (Gwen)

Certaines répondantes font parfois face à la violence et à l'inadéquation de leurs deux parents. *Judith*, notamment dont le père maniaco-dépressif « est violent. Je l'ai vu jeter un aquarium et une horloge grand-père par-dessus la rampe... » Ce père agresse physiquement et verbalement femme et enfant.

Du côté maternel, il semble que les démonstrations affectives aient été rares et que *Judith* ait été trahie par le comportement de sa mère : « T'es petite, les chums de ta mère te font des attouchements. Elle te croit pas, elle disait que je cherchais de l'attention... (Puis), j'arrive de veiller une fois, ma mère était couchée avec mon chum. Elle est restée 4 ans avec ce gars-là. »

Contexte amoureux

La violence amoureuse à l'adolescence est, le plus souvent, multiforme. Dans ce contexte affectif, l'adolescente ou la jeune femme qui subit de la violence est la même que celle qui aime cet agresseur. Par conséquent, on peut croire que moralement et psychologiquement, elle soit également blessée des agressions exercées contre elle. Les propos des répondantes mettent en évidence la reproduction des violences subies ou celles où elles ont été exposées en milieu familial et l'escalade dans l'intensité des violences subies par ces femmes.

Délia est amoureusement attirée par des hommes dominants :

Mon premier chum m'a bousculée dans la rue. Moi, je pleurais : « je t'aime, fais-moi pas ça! » J'essaye de me faire aimer et je pogne toujours des conjoints qui vont ressembler à ma mère et à ma sœur.

Le récit d'*Amélie* illustre, quant à lui, l'accentuation des violences en lien avec la durée de la relation. Gentiment, son premier copain l'attend sexuellement « un bon 8 mois que je sois prête ». Mais, poursuit-elle :

... parce que je passais le journal le matin, il se levait à 5 h pour m'attendre, il me chicanait, il me brassait un petit peu. Il faisait juste m'accoter sur le mur. J'ai stoppé ça tout de suite, j'avais à peu près 12, 13 ans.

Malheureusement, le chum suivant est du même calibre. *Amélie* le fréquente cinq ans et là, dit-elle, « ça a été l'enfer » :

Les premiers mois, il était super gentil. Après ça a commencé. J'avais toujours l'espoir qu'il change, je l'aimais, je voulais qu'il change, mais ça se guérit pas je pense hein! Il était vraiment dur avec moi, il me rabaissait beaucoup, pis après ça, à la fin, s'en est venu vraiment aux coups. Je l'ai fait incarcérer souvent. J'étais quand même assez jeune, ça été de 14 à 18 ans, je restais chez mes parents.

Deux jeunes adolescentes sont abusées sexuellement par leur chum à 14 ans. *Blanche*, par le garçon dont elle est amoureuse; *Délia*, par le frère de son amie :

J'étais en amour avec le frère de mon amie; il avait 17 ans. J'étais chez mon amie, et il est arrivé le soir tard, il était soûl et il a commencé à me faire des beaux yeux et voulait m'embrasser. Moi, je me laissais faire. Écoute, j'étais contente; il s'intéressait à moi. Mais lui, il voulait aller plus loin que ça. Moi, j'avais jamais fait ça et je voulais pas, j'étais prête à des petites affaires, des attouchements, mais ça, pas vraiment. Et finalement, là on était rendus dans sa chambre, dans le lit, et il a pris un condom, il s'est installé ça et il a fait... et moi ben, arrête, ça faisait mal, j'étais crispée, je voulais pas...

Nous n'avons guère de données concernant la violence psychologique et verbale des amoureux. On peut cependant douter qu'un chum qui « brasse » son amoureuse demeure muet : « Il était vraiment dur avec moi, il me rabaissait beaucoup... » (*Amélie*)

Autres contextes

La violence à l'école, la famille ou le centre d'accueil, le milieu de travail et la scène de relations sociales (sinon amicales) réfèrent aux tiers contextes connus, c'est-à-dire ces espaces où l'on côtoie des individus familiers, en principe non menaçants. D'autres espaces, publics et impersonnels (par exemples, un parc ou un cinéma) réfèrent à ces tiers contextes où la rencontre d'étrangers est plus que probable. Sauf à l'école, où les agressions sont autant le fait de garçons que de filles; ailleurs ce sont surtout les hommes qui agressent.

Les données sur les épisodes de violence à l'école sont rares. Deux répondantes en parlent brièvement, *Lyn* et *Mel*. La première vit de la violence physique exercée par sa cousine qui, associée à ses ami(e)s : « se mettent contre moi et me battent. » Quant à *Mel*, elle souffre encore des violences subies en raison de son gabarit :

Ça a été très difficile (à l'école et ailleurs) parce que j'étais une personne plus grosse que les autres. La violence verbale des autres, j'en ai subie toute ma vie. Ça m'a détruite énormément, ça m'empêchait de fonctionner normalement.

Quelques répondantes subissent de la violence en famille d'accueil. *Sophie*, par le « père » et *Fany*, par les deux parents d'accueil. *Sophie* : « On a fait des familles d'accueil en masse », se souvient-elle et « ça a ben été, sauf une où j'ai mangé une claque sur la gueule. Ça a été la dernière; j'avais appris à m'exprimer. » Délaisée par ses parents, *Fany* est placée en famille d'accueil. Elle y vit plus de 10 ans : « ... ils étaient très sévères, ils nous battaient. Pour eux autres, on était des p'tites crisses de délinquantes, y'avait rien à faire, on allait finir comme notre père et notre mère ».

Fany se souvient aussi d'abus sexuels : « Le bonhomme a abusé de moué. Il m'a violée, et je l'ai caché. Tu sais, Il me l'a fait depuis toute jeune, mais moi, chez nous, j'avais vu ça un peu et j'ai comme pris ça naturel ». Malgré ce qu'elle perçoit comme « normal », les conséquences sont dramatiques :

J'étais tannée. J'avais des tentatives de suicide, je comprenais pas pourquoi ça m'arrivait tout le temps. Le bonhomme disait : « Fais pas ça! » Je savais pu où me garrocher. À l'école, ça allait pas bien.

Sa sœur ne croyant pas son histoire d'abus, *Fany* lui demande de se cacher pour voir et faire éclater la vérité. Les abus sont alors dénoncés au psychologue de l'école :

Le psychologue me dit : « Tu vas au poste de police porter plainte. » (Le père) a pogné seulement un an pour tout le temps que j'ai été là. Ils m'ont transférée dans une autre famille d'accueil, mais j'étais pu capable. J'ai viré délinquante un peu. J'ai câlissé mon camp de là. Je me suis fais pognée, et ils m'ont remise à l'Escale.

Quant à *Délia*, elle décroche du scolaire à 14 ans et se trouve un emploi comme serveuse dans un restaurant. Le cuisinier la harcèle sexuellement : « Moi, je bougeais pas, je faisais rien et je disais rien », dit-elle. Mais, malgré sa répugnance, elle continue (et se soumet) à ce manège jusqu'à ce qu'un jour elle décide de le faire payer : « Je l'ai manipulé! Lui, il faisait ça, moi, je demandais des avances sur mes payes pour aller acheter ma dope et pour aller consommer. »

En ce qui a trait aux scènes connues, rappelons qu'il s'agit des scènes de la vie quotidienne vécues dans les espaces privés et familiers. Les violences subies sont parfois de type physique, et l'homme, conjoint de la mère, est souvent cité. *Alice* est maltraitée par le chum de sa mère qui la ramasse par le cou (et la) grimpe après le mur, « il m'étouffait... », se souvient-elle.

Cependant, les violences sexuelles sont davantage remémorées par les répondantes, et les agresseurs sont encore une fois des hommes circulant surtout dans l'entourage de la mère. *Charlotte* subit d'abord des attouchements sexuels par les employés de son père. Elle les connaît bien et elle se souvient que ces gars avaient souvent des « p'tits bonbons ». Lorsqu'elle retourne vivre avec sa mère, des amis de celle-ci la harcèlent : « Je me suis trouvée une job à 13 ans dans un *snack bar*. Les chums à ma mère

venaient me voir : « On va envoyer ta mère en Floride, pis on va partir avec toué! Tout **le temps du harcèlement sexuel.** » **Pour Judith, les agressions se multiplient :** « **À partir** de 8 ans jusqu'à 12 ans. Il y a eu le gardien, le chum à ma mère, le chum à mon père... des « flattages ». *Lili* doit satisfaire les désirs sexuels du chum de sa mère : « Je le masturbais souvent, mais pas plus... » Ces événements, tenus secrets, l'isolent de sa mère et pèsent lourds : « J'ai passé pour une menteuse. Ma mère a commencé à se poser des questions, pourquoi j'allais plus chez eux. Je voulais pas lui dire, mais (un jour), j'ai péti ma coche au téléphone. Je braillais. Ça a éclaté au grand jour... » *Alice* dérange le chum de sa mère; il l'a trouve tannante, curieuse, fatigante. Pour l'éloigner, il l'envoie aider le vieux voisin : « Je suis sûre », dit-elle, « qu'il savait que le bonhomme violait des petites filles. Le monsieur, j'y parlais, j'y posais des questions, il me répondait. Il m'a emmenée dans la grange, pis j'ai commencé à me faire abuser. » Autre exemple : la mère de *Fany* l'amène chez son chum : « Y'avait plein de mottés. Elle m'a fait coucher avec deux gars. Ils m'ont violée, mais... il a pris ma main et l'a mise sur son pénis... » Elle en parle à sa mère qui refuse de la croire. L'enfant ne fait plus confiance : « J'en parlais, je pleurais, je voulais pu coucher là. (Ma mère) ne me croyait pas... », dit *Fany*. De même pour *Judith* qui ne comprend pas que sa mère rejette sa parole et nie ses peurs vis-à-vis un chum ou des amis qui l'agressent sexuellement : « les chums à ma mère font des attouchements. » Mais, dit-elle, « Tu contes ça à ta mère, et elle te croit pas. Madame est trop en amour! Elle dit que tu cherches de l'attention... »

Les expériences de violence sexuelle se produisent dans un autre contexte pour *Délia* et *Mel*. La première se fait agresser par le propriétaire d'un dépanneur; la seconde, par un ami de la famille lui ayant offert de la reconduire.

Sur le chemin de l'école, *Délia* arrête souvent au dépanneur avec son amie. Elle raconte :

Le bonhomme était fin, il était l'fun. Il nous aimait bien, nous agaçait et nous donnait des chips gratuits, des affaires comme ça. Un moment donné, ma chum était absente. Lui m'a fait descendre dans la cave et je le savais, on sent plein d'affaires hein! C'est arrivé, relation complète et tout. Lui avait ben du fun, mais moi, je trouvais rien de drôle là-dedans. Je me suis r'habillée et j'avais honte.

Mel fait confiance à cet ami de l'oncle à qui elle demande un *lift*. Il m'avait dit : « Si je te donne de l'argent, me laisserais-tu flatter tes seins? J'ai dit oui. Il m'a pas obligée à le faire; je savais ce que je faisais. Il m'a pas forcée, mais c'est pas correct, c'est une manière détournée si on veut. »

Enfin, les scènes inconnues sont ces espaces publics, aux premiers abords non menaçants, mais où l'étranger peut l'être. Les violences ici sont de nature sexuelle. Quelques répondantes se souviennent par exemple avoir été agressées par des inconnus. *Cindy* est agressée dans un parc : « Ma première relation sexuelle, je l'ai eue

à 8 ans, un viol... » Pour *Délia*, ça se passe au cinéma lorsqu'elle a 10 ans : « Un homme assis à côté de moi... m'a masturbée et moi finalement, je me sentais *full* coupable, c'était pas correct... » Puis *Margot*, sauvagement agressée par un inconnu invité à une soirée organisée par ses parents : sous la pointe d'un fusil lui intimant ainsi l'ordre de se taire, il la viole. L'adolescente a 13 ans.

L'exposition à la violence

Parmi les femmes interviewées, plusieurs sont confrontées très tôt au mode de vie désordonné de la famille élargie : « J'ai grandi là-dedans! », se souvient *Blanche*. « Je suis née dans un milieu violent » poursuit *Délia*. « Dans ma famille, c'est des drogués, des alcooliques », termine *Lili*. Ce monde inadéquat, *Blanche* s'en souvient :

On se ramassait chez mes grands-parents; tout le monde buvait, ça sniffait. Moi, j'étais là-dedans, j'avais 5, 6 ans. Mon père, c'était pas un homme violent, mais à force de se faire booster, il venait qu'il touchait à ma mère et des fois, c'était elle qui le frappait. Avec mes tantes, avec mon grand-père, ça se bataillait, ça se lançait des cendriers, des bouteilles de bière. Je vais en voir de la violence.

Selon le corpus de données cependant, les épisodes de violences se confinent le plus souvent au noyau familial restreint. Dès sa plus tendre enfance, *Charlotte* est témoin de la violence de son père envers sa mère et ses frères : « Un père alcoolique (qui) battait ma mère, mes frères. Mon père les a battus au sang, c'était effrayant », dit-elle. D'autres sont témoins de la violence du père envers la mère (*Maude*) ou encore du père ivre envers les autres membres de la fratrie (*Lili*). Il arrive que la mère réussisse à s'interposer; l'enfant devient alors le spectateur de violences lui étant au départ destinées : « Mon père était violent, il venait pour me battre, mais ma mère me tassait. C'est ma mère qui mangeait les claques pour moi quand j'étais petite », relate *Judith*. Il semble que les souvenirs reliés aux sévices infligés par une mère (une sœur ou une belle-mère) à une petite sœur soient parmi les plus pénibles. *Délia* se souvient des violences subies par sa sœur cadette : « Ma jeune sœur pleurait. Elle (la sœur aînée) l'a prise et l'a sortie sur la galerie. Elle l'a suspendue dans les airs et la brassait au boutte... » La mère de *Karen* : « bat (sa) sœur, la martyrise (et) la cache dans la chambre des semaines. » *Karen* se souvient avec tristesse avoir vu sa sœur « toute bleue (battue) au bâton là. » *Fany* aussi reste marquée par l'attitude de sa mère pendant la grossesse et après la naissance de sa sœur :

J'avais une petite sœur et mon but, c'était de la protéger. Ma mère lui a fait la vie dure. À sa naissance, j'ai passé proche de la perdre parce que ma mère s'est piquée au boutte. Quand elle est venue au monde, elle l'a battue.

Ce devoir de protéger plus petite que soi habite également *Chloé*. Elle voit la conjointe de son père agresser physiquement sa sœur alors âgée de 5 ou 6 mois : « Elle battait ma sœur, elle la forçait à manger, y ouvrait la bouche... des gestes violents. Un moment donné, j'étais écoeurée... Elle la secouait... » *Chloé* voudra mettre un terme à cette violence en agissant à son tour.

La frontière entre la violence subie et celle dont la répondante peut avoir été témoin, surtout en contexte familial, semble plutôt floue. Même si visuellement l'enfant est témoin de diverses agressions, indirectement, elle en est affectée. *Délia*, par exemple voit et entend sa mère dégrader son père. Encore indignée, elle raconte :

Quand je rentre chez moi, (ma mère) fait de la violence à mon père. C'est : « Crisse d'innocent, estie de sans génie... » devant mes ami(e)s, des tantes. Elle est agressive; tous les gestes qu'elle fait face à lui, c'est agressif... Moi, j'suis pas bien dans ça. J'aime pas ça aller chez nous...

Les souvenirs de *Gwen*, quant aux querelles entre son père et sa mère, la bouleversent toujours à l'âge adulte :

Je trouvais dur d'entendre ma mère pleurer et crier. Mon père, soûl, disait toutes sortes d'affaires, surtout verbales. J'entendais brasser, mais j'ai jamais vu ma mère avec des coups. Je les entendais se chicaner, pis la vaisselle revolait partout. Il ne lui donnait jamais d'argent, il a jamais battu ma mère ni nous autres, sauf que les trous dans le mur, des calendriers et des cadres, y'en avait.

Et ceux de *Délia* rappellent que la violence implique nécessairement une forme de pouvoir, un privilège de genre ou de statut social. *Délia* : « Mon père faisait subir à ma mère des choses ou ma mère subissait ça ou acceptait de subir ça à quelque part et elle le retransmettait aux enfants. »

L'alcoolisme paternel semble avoir tristement atteint et marqué de bon nombre de répondantes. C'est le cas, notamment de *Lili* qui assiste aux querelles entre son père et ses frères et sœurs de ce dernier : « C'est une famille d'alcooliques », dit *Lili*. De même pour *Gwen* qui se souvient d'un père ivre porté à démolir les murs. Enfin de *Maude*, dont les disputes parentales excessivement violentes, l'envoient tout droit là où elle se croit à l'abri, dans le garde-robe. Ne plus voir, ni entendre. Faire cesser le vacarme et trembler de peur. Rien à faire, les pleurs de sa mère la bouleversent.

Certaines répondantes sont témoins d'agressions sexuelles sur des membres de leur entourage. Viviane se souvient des tentatives d'agressions sexuelles sur ses sœurs :

Mon père (...), une ou deux fois par semaine, arrivait, et je me réveillais (mais, dit-elle), c'était plus sur mes sœurs. Moi, j'ai trouvé ça dur pour le moral et le physique. Mais, je ne me suis pas rendu compte qu'il ait vraiment fait l'acte avec mes sœurs (...). C'est plus des attouchements, ça va pas jusqu'au bout.

Et *Lisa*, placée en famille d'accueil entre 13 et 17 ans, voit le : « monsieur (qui) emmenait les petites filles (pour sa livraison de journaux). Y'avait moué pis Julie. Il a commencé à lui pogner les seins, à la taponner. Le vieux crisse! Il emmenait les petites filles et les taponnait ».

La violence agie

Au cours de l'enfance/adolescence, la violence dirigée vers autrui en contexte familial est rare. Seule l'expérience de *Chloé* en témoigne. La mère de *Chloé* décède; l'adolescente a 11 ans. La nouvelle conjointe violente sa petite sœur. Alors, dit-elle :

J'ai posé mon premier geste violent. Elle venait de brasser ma sœur; j'suis allée dans la chambre de mon frère, j'ai pogné le batte de baseball, pis je l'ai frappée. Elle s'est battue avec moi, j'ai encore des marques. Quand mon père est arrivé, j'étais rendue sur le toit, ma petite sœur dans les bras. Quand j'suis redescendue, il (le père) m'a embarquée dans le truck, et j'suis plus jamais revenue chez nous.

En d'autres contextes, la violence agie fait également exception. Selon *Judith*, sa propre violence est un héritage paternel : « J'ai l'impression que j'ai mon père dans moé; il est violent », raconte-t-elle, « et mon frère aussi ». Ajoutons qu'à cette socialisation marquante, elle développe une dépendance aux drogues qui ne l'aide pas (UDI à 15 ans). Qu'elle soit en centre d'accueil ou à l'école, sa violence parle pour elle : « ... je vendais de la mess, je sniffais dans les cours. Un moment donné, j'ai fait une overdose de mess, j'ai viré la cafétéria à l'envers..., j'ai été très violente envers les éducateurs en centre d'accueil ».

La violence retournée contre soi, comme les tentatives de suicide, est plus rare lors de l'enfance. Seule *Gwen* se remémore cette expérience. Vivant au sein d'un milieu familial non soutenant (père alcoolique utilisant la violence), elle justifie sa première tentative de suicide par un échec scolaire : « La première fois que j'ai voulu me suicider, j'avais 11 ans. Mes notes étaient pas assez bonnes; je me suis *pitchée* en avant du bus scolaire ».

Puis, vers la fin de l'adolescence, les idéations suicidaires accompagnent parfois la peine d'amour. *Sophie* fait plusieurs tentatives de suicide au cours de sa vie. La première, à 16 ans, suit une rupture amoureuse : « J'ai pris seize cruchons de pilules, j'ai été morte une minute et j'ai été un mois dans le coma ». *Alice*, quant à elle, tente de se défaire du climat familial malsain qui entoure ses relations avec sa mère; une rupture amoureuse appuie son idéation suicidaire. Elle pose un geste désespéré et, à 16 ans, s'ouvre les poignets et gobe des « peanuts » (des médicaments).

L'enfance et l'adolescence : les violences en bref

Les violences à l'enfance et à l'adolescence sont exercées autant par des femmes que par des hommes. Quelques répondantes font état de violences venant de leurs deux parents. Les femmes utilisent surtout de violence physique, psychologique et verbale envers leurs enfants. Seuls des hommes sont accusés de violence sexuelle. Enfin, la négligence dénoncée par certaines répondantes cible la mère.

Violence à l'âge adulte

La violence subie

Jeunes adultes, les femmes rencontrées prennent habituellement leur distance avec la famille. Une relation amoureuse ou un emploi leur permet d'atteindre une certaine autonomie. Les épisodes de violence ici se vivent à l'intérieur du couple ou au travail et prennent différentes formes. Dans la plupart des cas, les femmes en sont l'objet. Comme pour la section précédente, nous procédons par contextes, la conjugalité et les tiers contextes dans ce cas-ci selon le type et le mode des violences recensées.

Contexte de conjugalité

Maude vit 12 ans de maltraitance avec un conjoint qu'elle rencontre à 13 ans. Elle cohabite avec lui de 16 à 25 ans. Comme pour *Amélie* à l'adolescence, *Maude* témoigne, à son tour, du processus de dégradation à l'intérieur du couple. *Maude* :

Il n'était pas comme ça (au départ), il est devenu possessif. Il voulait pas que je regarde les autres; j'avais pas le droit d'aller au dépanneur parce qu'il pensait que j'allais en voir un autre... Mettons, il me disait : « donne-moi ça », pis j'y donnais pas; il me crissait une volée.

Le parcours de *Baïa* ressemble à celui de *Maude*. À 17 ans, elle rencontre un homme avec lequel elle vit treize années traversées de violences. Sa réflexion sur cette relation tumultueuse décrit bien comment une femme agressée peut perdre tout espoir et toute individualité :

Les trois premières années étaient super belles, mais c'était quelqu'un qui prenait de la boisson et il devenait violent, dominant. Tu t'aperçois pas les premiers temps, tu culpabilises toujours. Tu t'aperçois au bout de toutes ces années ce qui faisait que tu restais là, c'était qu'on te dégrade. On t'enlève tes valeurs, ta façon de voir la vie, on t'enlève tout sans que tu t'en aperçoives. C'est ce qui fait qu'un moment donné, tu penses que t'es rien, que personne t'aime, on te voit pas et c'est ta faute à toi tout le temps, c'est toujours toi le problème. Des journées de bonheur tu en as, c'est pas que tu en as pas, tu peux croire que c'est fini; demain, il n'y en aura plus. Mais, le lendemain, la chaîne recommence. Même si quelqu'un disait, sors de là..., c'est toi qui as la clé en-dedans; la porte rouvre à toi quand t'es prêt. Personne peut te sortir de là. Tu descends tellement bas

que tu dis je serais mieux mourir, je pense au suicide, t'as des enfants, tu dis même les enfants aussi. Même si on dit qu'il y a (une porte de sortie), tu crois pas qu'il y en a une parce que tu dis, il va me trouver, il va me revoir quelque part.

Plusieurs répondantes témoignent aussi de violences sexuelles; elles sont abusées ou obligées d'accepter une sexualité qu'elles jugent dégradantes. Par exemple, l'asservissement et l'embarras se pressentent lorsque *Baïa* parle de sodomie et de fellations obligées, tandis que *Cindy* craint les conséquences des nombreuses relations sexuelles non protégées et toutes imprégnées de violence par son partenaire. Dans son couple, *Sophie* doit se soumettre, tout comme *Béatrice*, à des actes sexuels abusifs et dégradants de la part de son partenaire. *Amélie* se plie également aux volontés de son chum, c'était : « quand ça y tentait », dit-elle. Même scénario pour *Gwen*, violentée par son chum. Enfin, *Margot* et *Maude* subissent différents types de violences. Toutes deux sont violées et sexuellement harcelées par leur partenaire.

Autres contextes

En des tiers contextes, la violence est surtout sexuelle. *Sophie* et *Gwen* sont victimes d'agressions sexuelles. Trois hommes, en qui *Sophie* a confiance, violent la jeune femme au début de la vingtaine. *Gwen* est sexuellement agressée par un ami et deux autres personnes :

Il m'appelait tout le temps chez nous, y'était gentil. Il dit : « J'aimerais que tu voies mon auto ». Je suis allée le rencontrer et lui, il m'amène chez son frère. Là, ça finit que lui me viole, son frère et la blonde à son frère, pis, pas à peu près. Un moment donné, je sors dehors et le gars, il me pogne par les pattes, pis il me traîne... Je suis sortie de là dans la nuit, je sais pas comment. C'est un chauffeur de taxi qui m'a passée un manteau et qui m'a amenée chez nous. Il voulait m'amener à l'hôpital, mais je voulais pas.

La violence agie

La réaction de certaines répondantes face à la violence subie appelle l'autodéfense ou, du moins, l'autoprotection. À l'âge adulte, elles ont probablement plus de moyens physiques pour y arriver. La plupart du temps, leur violence vise les conjoints. *Lyn* et *Viviane*, notamment apprennent à se défendre. « À force de se faire frapper », dit *Lyn*, « un moment donné, c'est toi ou c'est lui. J'ai décidé que c'était lui ». De même pour *Viviane* qui comprend et apprend rapidement que sa propre violence est outil de légitime défense :

... c'est moi qui est devenue violente à la longue. Le gars que j'étais avec était vraiment violent. Il me battait et moi, me faire battre, j'aime pas ça. Un moment donné, je me suis tannée, au bout de huit mois, de manger des volées. Ça fait qu'une fois, j'ai décidé de lui dire adieu, mais je pensais qu'il dormait et paf! un coup de poing dans la face. Ah ben, ...un

couteau qui traînait; je l'ai poignardé. C'était sa vie ou la mienne (et la bagarre) a continué. Mettons que je suis descendue du troisième étage et du deuxième avec lui, mais du deuxième au premier, c'est lui qui me l'a fait descendre, et je me suis ramassée la face grosse de même et pleine de bleus.

Pour *Diane*, c'est un trop-plein qui déborde : « Je me suis tannée, je me suis choquée. On a commencé à se pogner, et c'était pas lui qui avait le dessus, c'était moi. Je le cherchais, j'avais trop accumulé de frustrations ». Il ne semble pas y avoir de contre réparties dans la violence exercée par *Blanche* et *Judith* envers leur chum. La première agresse son partenaire et répète à son tour ce que sa mère faisait endurer à son père : il me « tombait sur les nerfs. Je le battais, je lui donnais des coups de poing, j'étais pu capable de l'endurer, on dirait que je toquais sur ma mère », dit-elle. Chez la seconde, on retrouve à peu près le même script. *Judith* :

C'est moi la marâtre qui bat les gars (dit-elle et) quand y me font fâcher, je pogne les nerfs et j'les fesse, je les claque à coups de poing, la main part toute seule. Je me bats tout l'temps avec des gars...

Les tentatives de suicide à l'âge adulte sont reliées à la vie amoureuse. « Tu peux pas vivre, t'as trop de bagages en dedans »! C'est ainsi que s'exprime *Baïa* dégoûtée par une vie conjugale abrutissante et violente. Elle perd le goût de vivre : « J'ai tombé sur les médicaments, tu penses au suicide. Pourquoi me battre? », se dit-elle, « ... ça va rien me donner . T'es à vide, t'as plus de lueur, t'as plus d'espoir... » Une trahison explique le geste de *Rose*. Trompée par son chum, mère depuis trois mois et sans autre soutien, *Rose* attende à sa vie par « overdose de pilules ».

L'âge adulte : les violences en bref

À la violence subie au cours de l'enfance et de l'adolescence s'ajoute celle de l'âge adulte. Dans la majorité des cas, les conjoints sont les auteurs des violences sexuelle, physique et psychologique exercées envers leur partenaire. Plusieurs répondantes cependant inversent les rôles, autodéfense ou colère explosive, elles usent beaucoup plus de violence à l'âge adulte.

Ce chapitre couvre les épisodes de violences remémorées par les répondantes lors de notre entretien avec elles. L'ensemble de ces violences représente le *métaprocessus 1* et précède l'inscription de ces femmes dans un espace social à risque. Nous y avons décrit les multiples violences subies, observées et agies, principalement sous les formes physique, psychologique, verbale et sexuelle, et ce, du plus jeune âge à celui d'adulte. Et nous y avons appris qu'aucune de ces femmes n'était épargnée. À partir de ce constat, nous avons voulu connaître les facteurs associés à la violence, les contextes ou les événements qui font qu'un jour ces femmes prennent la décision de s'inscrire dans un univers social à risque fragilisant encore plus leur rapport à la santé et à la vie. Ce questionnement est à l'agenda du prochain chapitre.

CHAPITRE 4

DERNIER RELAIS AVANT L'INSERTION DANS UN UNIVERS SOCIAL À RISQUE

En session extraordinaire à New York (Nations Unies, 2000)¹⁹ plusieurs milliers de délégués et déléguées, dont une vaste majorité de femmes, s'étaient rassemblés pour donner suite au sommet de Beijing tenu en 1995. À cette occasion, la féminisation croissante de la pauvreté sur le plan mondial était examinée et fut expliquée en ces termes : « L'absence d'éducation maintient les femmes dans la pauvreté, limite leur accès à la santé et les expose à la violence et aux abus ». Ces femmes pauvres ne participent donc pas aux processus politiques, sont plus vulnérables à la maladie, et la pauvreté serait souvent la cause profonde de la prostitution chez elles (ONUSIDA/OMS 2001). Dans le même ordre d'idées et plus près de nous, les résultats d'enquêtes établissaient déjà ce lien : l'appauvrissement constitue l'un des plus puissants déterminants de la santé des femmes allèguent Robichaud *et al.*, en 1994, et cette précarité, reliée à la violence que les femmes subissent, est cautionnée selon Champagne et Lebœuf (1995 : 46) : « par les rapports sociaux inégalitaires encore fortement véhiculés dans la société ». Ces conclusions correspondent parfaitement aux récits des femmes que nous avons rencontrées : peu éduquées, elles ont toutes affronté des conditions socio-économiques difficiles, traînant entre elles et avec elles un lourd bagage en matière de violence.

La violence, appréhendée comme déterminant associé aux risques d'infection aux ITS et VIH, est l'un des principaux thèmes de cette recherche. Cependant, elle n'est pas le seul élément qui amène les femmes dans l'univers social à risque. Nous en avons identifié d'autres qui accroissent la vulnérabilité de ces femmes et accélèrent leur inscription dans l'espace social à risque.

Plusieurs facteurs sont associés à cette vulnérabilité première générée par la violence. Ils tiennent habituellement compte des caractéristiques individuelles (biologiques, habitudes de vie, capacité d'adaptation). En cours d'analyse, nous nous sommes intéressés à certains déterminants individuels et sociaux-situationnels qui influencent négativement les conditions de vie de ces femmes. Pour illustrer les circonstances précédant tout juste leur inscription dans l'univers social à risque, ce chapitre traitera donc :

1. de désaffiliation;
2. de rupture en contexte amoureux entraînant spécifiquement les répondantes dans l'espace social à risque;

¹⁹ Nations Unies : « Femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes, développement et paix au xxi^e siècle » s'est tenue à New York du 5 au 9 juin 2000, communiqué de presse, 10 juin 2000, site Web : www.un.org/news/fr-press/docs/2000/20000610.ag1023.doc.html.

3. d'affiliation quand, d'une part, le mode de vie des répondantes présente une certaine continuité avec le groupe de filiation et, d'autre part, quand la répondante s'inscrit comme membre dans un univers de criminalité.

Facteurs précipitants

La désaffiliation

La mise en perspective de la désaffiliation fait référence aux ruptures de liens vécues à travers les réseaux d'intégration primaire (la famille surtout). Le risque de désaffiliation apparaît :

(...) lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection (Castel, 1995 : 52).

Au cours de ce processus de désaffiliation, la zone de vulnérabilité se dilate et entraîne l'inscription des femmes concernées dans l'espace social à risque. Les données reliées à ce processus portent sur :

1. les fugues ou les placements (en famille ou en centre d'accueil);
2. le deuil produit par la mort d'un proche;
3. le deuil produit par un sentiment de trahison;
4. la perte reliée au placement de leur propre enfant.

Fugue et placement

Après avoir vécu de la violence dans le milieu familial, certaines répondantes décident de quitter ce milieu. Par exemple, l'un des excès de la mère de *Charlotte* l'incite à partir : « C'est la dernière fois que tu me touches », dit-elle à sa mère lorsqu'elle quitte la maison à 16 ans pour « aller danser ». Comme pour *Charlotte*, le père de *Sophie* tente de lever la main sur elle lorsqu'elle a 17 ans. « C'est là que je suis partie », dit-elle.

Certaines des femmes rencontrées vivent d'importants changements affectifs et situationnels : enceinte à 15 ans, *Judith* est placée en famille d'accueil. Elle se fait avorter et fugue. Un climat familial inadéquat provoque le placement de *Lisa* et de *Cindy* : placées en centre d'accueil au début de l'adolescence, elles fuguent. Débute alors pour ces jeunes femmes un parcours que cette recherche associe à l'entrée dans un univers social à risque. *Judith* consomme des drogues dures et injectables. *Lisa* fréquente un *dealer*, devient UDI, se prostitue et vole. *Cindy* devient itinérante et pour survivre, elle vole. Commence alors sa consommation de psychotropes.

Deuil

Blanche et *Mel* réagissent fortement au décès de membres aimés et significatifs dans leur vie. Le père de *Blanche* décède; elle n'a que 14 ans. Elle déménage chez une tante UDI et prostituée qui l'initie à la *freebase*. Quant à *Mel*, le décès de sa jeune sœur, aussi sa confidente, la laisse désespérée. À 18 ans, elle vend tout. Supportée par la sécurité du revenu et UDI, elle se prostitue pour satisfaire sa dépendance.

Deuil produit par un sentiment de trahison

Beaucoup de jeunes filles agressées sexuellement sont confrontées à un déni lors de la révélation de leur agression. Les dénonciations, tenues secrètes ou mises en doute, laissent l'enfant blessé et sans protection. Ce rejet écorche le lien entre le jeune enfant et le parent interpellé et un processus de désaffiliation peut s'enclencher.

Placement de leur enfant

Sur un autre plan, l'engagement dans la maternité apparaît comme l'affirmation d'une raison de vivre ce qui, avec la conjugalité heureuse, « alimentent la tension du côté du pôle de la vie » (Binet, Damant, Trottier, 2002). Paradoxalement, cette forme d'engagement, évaluée comme un échec lorsque l'enfant est placée, contribue à l'inscription de certaines femmes dans un univers social à risque. Cette perte précipite la descente vers le bas fond. *Alice* rapporte : « Là, je suis devenue folle, j'ai commencé à vraiment me geler la face tous les jours. » Vulnérabilisées par cette rupture, ces femmes engourdissent leurs souffrances par la toxicomanie. Les exemples qui suivent suffisent à comprendre la souffrance et le déséquilibre occasionnés par cette perte affective.

Gwen, *Margot*, *Karen*, *Chloé* et *Lili* perdent la garde de leur enfant. *Gwen* chavire, dévient UDI et opte pour le travail du sexe dans une agence. *Margot* « dérape » lorsqu'elle apprend l'agression sexuelle subie par sa fille; elle augmente sa consommation de *freebase*. Ses excès entraînent le placement de l'adolescente. *Margot* devient alors la tête dirigeante d'un réseau de vol et recel. Lorsque son enfant est placé, *Karen* augmente sa consommation. À 15 ans, *Chloé* est placée en centre d'accueil pour purger une sentence; elle perd alors la garde de son bébé. Cette rupture l'entraîne vers la délinquance. À sa sortie, elle effectue de nombreux délits dont le trafic de drogues dures. *Lili* perd la garde de son fils. Elle fréquente alors les piqueries et « dérape ». Elle devient danseuse et prostituée de rue.

La rupture en contexte de 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. Ce type de dépendance couvre deux aspects de leurs rapports amoureux :

1. le besoin d'être constamment dans une relation affective avec un homme;
2. la tolérance de relations insatisfaisantes, voire violentes, pour ne pas être seule.

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. Bref, les femmes rencontrées, issues de familles trop souvent dysfonctionnelles, tendent à reproduire le même modèle. Lorsqu'il y a une fugue ou une rupture conjugale, s'ensuit non pas un changement de vie différent (et pour le mieux même s'il est fortement espéré), mais un style de vie semblable. Ces personnes s'affilient.

L'affiliation enracinée

L'affiliation détermine, en grande partie, l'identité de la personne. Qu'elle soit familiale ou sociale, l'affiliation permet de se reconnaître chez l'autre ou dans l'appartenance à un groupe. Plusieurs des femmes interviewées 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. Elles s'y identifient, s'affiliant par intérêts amoureux ou pécuniaires

Continuité ou appartenance à un univers criminel

Une certaine façon de vivre, de dire les choses et de les penser peut remplir les besoins individuels d'appartenance et de reconnaissance sociale. Dans les exemples qui suivent, certaines répondantes font déjà partie d'un réseau (familial ou social) marginal; d'autres sont déjà toxicomanes. Quelques-unes cohabitent avec un conjoint qui trafique et qui est (ou a été) incarcéré.

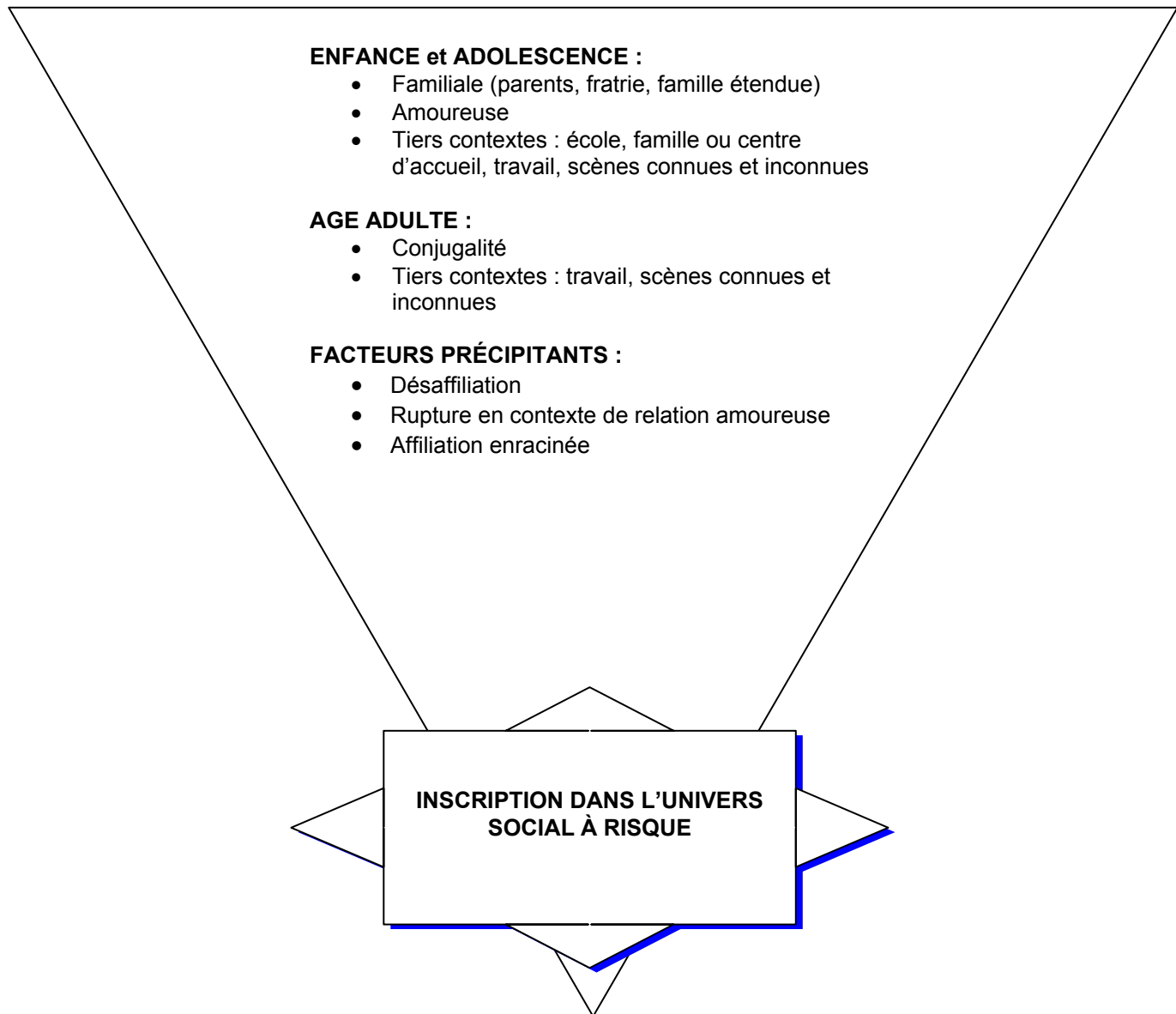
Une première observation révèle non seulement l'influence de la famille, mais également celle des pairs et des conjoints. *Lyn* côtoie des ami(e)s toxicomanes et le devient. Elle « fait son premier client » à 15 ans et consomme des drogues injectables à 16 ans. À l'âge de 15 ans, *Délia* fraude et vole. Incarcérée un temps, cette façon de gagner sa vie devient, à sa sortie, un mode de vie. *Amélie*, en fugue du centre d'accueil, cohabite avec un conjoint violent, consommateur de PCP. Il se fait arrêter. Se retrouvant seule, elle se *shoot*e à l'héroïne. UDI, elle travaille alors pour une agence d'escortes. *Viviane* et son conjoint sont toxicomanes. Se retrouvant seule lorsqu'il se fait arrêter pour trafic de drogues, elle devient UDI et prostituée. Par choix, dit-elle, parce que : « je ne voulais ni voler ni frauder ». *Fany* cohabite avec un chum violent, toxicomane et *dealer*. Elle effectue des vols avec lui et consomme des drogues dures. Elle s'engage, à 18 ans, dans la prostitution d'agence.

De ces facteurs précipitants, certains sont plus déterminants que d'autres; chez certaines femmes, ils déclenchent, plus hâtivement, l'insertion dans un univers social à risque.

Continuum

Ce chapitre révèle l'existence d'un continuum, d'un *métaprocessus* à l'autre : la violence débute parfois très tôt dans la vie des femmes rencontrées et se poursuit plus avant, pendant l'ancrage dans l'univers social à risque. Dans ce milieu, les sources de violences se multiplient. Par leurs conduites (travail du sexe ou délits criminels), les répondantes font l'objet d'agressions de la part de leur conjoint, de patrons, de clients et parfois même de policiers. Déjà stigmatisées et critiquées « pour ce qu'elles sont », on peut postuler que l'accumulation de violences vulnérabilise ces femmes et les amène à s'insérer, puis à s'ancrer dans un univers social à risque. Les données de la figure 1 illustrent notre propos.

Figure 1 – Cumul de violences et inscription dans l'espace social à risque



CHAPITRE 5

ANCRAGE À L'ESPACE SOCIAL À RISQUE

Comme nous venons de le voir, les femmes rencontrées se sont toutes retrouvées dans un espace social à risque. Il est structuré autour du trafic et de la consommation de drogues. À l'intérieur de cet espace, on retrouve un ensemble de relations sociales, incluant des relations sexuelles commerciales pour quelques-unes et des relations amoureuses, souvent avec des partenaires qui font l'usage ou le trafic de drogues. Ces femmes côtoient fréquemment des membres de groupes criminalisés. Plusieurs d'entre elles ont des démêlés avec la justice. Dans ces univers, les femmes occupent une position particulière et il est évident que qui gravitent autour de groupes criminalisés n'y occupent pas des positions de pouvoir.

Ce chapitre reconstitue les épisodes de violence vécus au sein de l'ESR. Il semble que non seulement la violence enracine ces femmes dans le milieu, mais elle les expose à plus de risques, particulièrement à ceux ayant trait aux rapports sexuels.

On retrace aussi des violences dans les interactions sexuelles avec les partenaires, mais aussi avec les clients quand il y a du sexe. On retrouve également de la violence dans le milieu, parmi les voisins, parfois même de la part de certains policiers ou encore dans les piqueries. Il est à noter qu'au cours de cette période, variable dans le temps, les tentatives de suicide chez les répondantes augmentent nettement et leur propre violence est aussi très présente. Par conséquent, ce processus les amène à s'enliser dans un monde dont elles peuvent difficilement se sortir. L'ensemble de ces événements constitue le *métaprocessus* 2, l'arrimage dans l'espace social à risque.

Violences dans l'espace social à risque

La violence subie

En contexte de conjugalité, la violence physique, verbale et psychologique ne se distingue pas de la période précédant l'insertion. Pour *Rose*, *Gwen*, *Cindy* ou *Lili*, elle se poursuit. *Rose*, par exemple connaissait son conjoint; elle sait qu'il a déjà violenté deux de ses copines. Mais l'amour et l'espoir d'en faire un homme meilleur obscurcissent son regard : « Je me disais que moi il ne me battrait pas ». Mais quand cet homme est « en manque » ou quand *Rose* part avec un client trop longtemps, il lui fait des menaces de mort : « Il m'a déjà enfermée dans un logement, puis il m'a dit : Tu ne sortiras pas d'icitte à moins d'une ambulance si tu sors vivante ».

Cindy commence à danser et à se prostituer à 16 ans : « avant, dit-elle, je *bummais*, j'allais piquer des affaires, du linge et j'allais le revendre ». À peu près à la même période, elle s'engage dans une relation avec un homme et vit deux ans de peur. Elle est violentée sévèrement, parfois sans raison apparente.

Quand il arrivait le soir, il voulait faire l'amour. Des fois, j'étais fatiguée, quand j'étais enceinte surtout et ça arrivait là que même si j'y donnais tout ce qu'il voulait, il me battait pareil, j'avais la gueule en sang..., c'était vraiment violent. J'avais trop peur. Tu sais, des menaces de mort par-dessus menaces de mort. Il a déjà battu la petite, il m'a déjà battue, c'était vraiment intense. J'ai saigné plusieurs fois quand j'étais enceinte de ma petite, j'avais tout le temps peur de perdre le bébé à cause de lui (...). Il m'a déjà mis un couteau en dessous de ma gorge, un 12 sur la tête... j'avais peur, je m'enfermais dans mon garde-robe, je capotais. Un moment donné, je me suis décidée, c'est assez, je suis arrivée avec les polices chez nous, pis ils l'ont embarqué.

Délia fait également l'objet de très graves sévices :

Il gueulait, il criait dans la maison : Où c'est que t'es ma crisse pis ma vache pis ma truie pis tout ce que tu veux... Il était très agressif, violent; il me voyait comme un screw. Il m'a pognée à la gorge, m'a craché dans face (...). Il est rentré dans la chambre, m'a ramassée par les cheveux et m'a tirée en bas. Il voulait que je couche dans le bain. Y'a rien qu'y m'a pas fait. À la fin, il m'a amenée dans notre chambre, et il disait : M'as te violer ma tabarnac! J'ai essayé de me sauver par la fenêtre...; il m'a étouffée. Ce soir-là, je me suis sauvée avec la petite. Si je me sauvais pas, il me tuait et se tuait. Lui-même l'a dit : il me tuait, tuait la petite et se tuait après.

Le conjoint de *Diane* pousse si loin la violence qu'elle se sent mourir : « Dans la chambre de bain, il me frappait la tête sur la céramique (...); il m'a pognée à la gorge (...), j'en tremble, je suis presque malade, j'suis plus capable de respirer... ». De même pour *Sophie* qui raconte : « Il était jaloux et possessif. Un moment donné, j'étais couchée à terre, et il m'avait à la gorge. J'étais venue mauve, j'étais sur le bord de crever ».

Les données relevées quant aux violences sexuelles font le plus souvent référence à la violence du conjoint vis-à-vis sa partenaire. La jeune femme peut être prise dans son sommeil (*Rose*) ou encore mise à la porte parce qu'elle refuse une relation sexuelle (*Mel*). *Délia* doit même obéir à son conjoint qui la « prête » à un copain.

Ma bibitte à coke m'a présentée à son chum et on a placoté; on a pris un coup ensemble. Deux ou trois jours après, le chum arrive et il me dit : « X » m'a dit que je pouvais te prendre à soir. Il dit : Il y a juste lui qui a le droit de te prendre et, à soir, il m'a donné le droit. Je l'ai quasiment envoyé promener et il a appelé « X » qui est venu. Il m'a dit : T'as pas le choix, tu t'en vas avec lui. C'était comme si j'étais son affaire; j'ai été obligée d'aller avec ce gars-là, et il m'a fait faire des affaires que je voulais pas faire. C'est de la violence sexuelle, beaucoup.

Quant à la violence du « milieu », c'est la violence au travail référant principalement au travail du sexe. C'est aussi celle exercée dans le cadre du trafic (*dealers, pushers*, consommateurs) ou des lieux de consommation (piqueries) de drogues. Enfin, c'est celle du quartier où vivent les répondantes.

Pour mieux comprendre la violence qui survient, nous distinguons ici le rapport patron/travailleuse du sexe et le rapport travailleuse du sexe/clients. Bien que l'embauche soit reliée au travail du sexe, le patron engage et paie pour des services non sexuels;²⁰ par exemple, il engage une danseuse ou une escorte. Le client peut être considéré comme un « patron » (il engage et paie pour des services), mais le rapport est fondamentalement différent ; l'interaction est explicitement de nature sexuelle.

Les travailleuses du sexe employées d'agences ou de bars doivent négocier avec des patrons ayant parfois la main leste et la patience courte. *Fany* travaille pour une agence d'escortes et cumule de nombreuses heures de travail. Complètement vidée, elle refuse un soir de travailler; son patron « sur la brosse » perd le contrôle et lui « crisse une volée ». *Cindy* danse dans un bar appartenant au « milieu ». Comme sa dette de coke s'élève dangereusement, son patron la harcèle et la menace. Elle raconte :

Mon boss m'a menacée souvent, pis je mangeais des coups parce que moé je faisais de la coke dans ce temps-là, je sniffais beaucoup, pis y mettait ça sur mon compte, pis un moment donné, le compte y a monté... il me frappait, pis tu paies ou je te tue... Je dansais, pis l'argent que je faisais j'y donnais à lui au lieu de la garder pour moé, pour payer ma dette pour arrêter de manger des claques. Je me faisais battre, ça a été déclencheur. J'étais tout l'temps démolie, j'avais pu le goût de vivre, j'avais pu le goût de rien faire. Je me disais que j'étais une bonne à rien, que ce qui m'arrivait, c'était de ma faute.

Appartenir au « milieu » ne garantit la sécurité de personne. Pour *Diane*, « ça a joué dur », mais elle réussit à apprivoiser le « milieu » qui semble lui faire confiance :

Parce que quand on sait qu'ils savent (qu'elle n'a pas parlé quand elle est allée) s'asseoir au poste de passe un (test de confiance), ça a ben l'air qu'après, on est clair, (surtout) police. Ils savent qu'ils peuvent avoir confiance. Ça fait qu'aujourd'hui, j'ai pu besoin de faire de l'escorte.

Les clients usent également de violence physique et verbale envers les travailleuses du sexe, les menaçant même de vouloir les tuer. Comme le dit *Viviane* : « C'est un métier à risques et périls ». Parce que *Viviane*, *Baïa*, *Gwen*, *Cindy* et *Rose* refusent certains actes sexuels ou parce que *Judith* vole les clients, elles essuient injures et agressions physiques de la part des clients. *Cindy* se fait la porte-parole :

²⁰ Ceci n'exclut cependant pas la possibilité pour le patron d'obtenir, d'une manière ou d'une autre, des services sexuels de son employée.

Je m'en rappelle, j'avais 17 ans, pis un client qui voulait la pénétration, puis moi, je voulais pas, là, il avait pas de capote, pis ça été rough (Avec d'autres), je me suis fais battre, pis t'sais : ah! t'es rien qu'une crisse de chienne, bang, bang, bang, pis ils me crissaient des volées.

Lisa veut tellement se « geler » qu'elle accepte de suivre un client à l'allure plutôt inquiétante :

Quand t'embarques avec eux autres, soit tu reviens vivante, soit que tu reviens morte. Tu sais jamais. Le gars m'a embarquée; on était en plein jour. Il avait une drôle de face, vraiment pas beau et même épeurant. J'ai embarqué pareil, j'étais en manque, j'avais le goût de me geler. Tu sais, on peut pas prévoir quand t'embarques avec eux autres. Une chance que j'étais à jeun parce que je serais peut être morte. Il m'a amenée dans un bois et là il me donne 25 \$ pour y faire une pipe. J'y fais. Après, il sort un couteau et là monsieur décide qu'il en voulait encore. Il m'a réellement menacée, il m'a crissé un couteau en dessous de la gorge et m'a traitée de tous les noms. C'était la panique! Là, je crie, et il me dit : « Tu vas fermer ta câlisse de gueule ou sinon je vas te crisser dans le canal, m'as te tuer. » J'ai vu que c'était un fou. Un moment donné, on est parti. Il a dit qu'il viendrait me rapporter, mais il refaisait un détour pour s'en aller dans les bois. Je capotais, j'essayais d'ouvrir la porte. Il m'a crissé un coup de poing sur la gueule me disant : « Tabarnac, tu vas rester icitte », et il rebarrait la porte. On est comme arrêté sur le boulevard; il y avait une lumière, et sa fenêtre était baissée. Il y avait deux chars à côté, et j'ai crié au secours, tout fort. Il m'a crissé un coup de poing et quand il est arrivé pour regarder de l'autre bord, j'ai débarré la porte. Il a crissé le pied dans le fond; la porte était ouverte et là, il me tenait par un bras. Il était quasiment rendu à 80, 90 kilomètres à l'heure hostie sur le boulevard. Il a fallu que je saute en bas du char, mais je me sus pas fait mal réellement, un peu au genou et à la tête. Là, il a essayé de reculer pour me faire embarquer, mais je courais, pis je courais, hostie que j'avais peur, j'étais sûre qu'il allait me frapper, m'écraser. Là, une madame m'a embarquée. (Lisa)

Plusieurs autres travailleuses du sexe, comme *Mel*, *Judith* et *Sophie*, vivent de tels cauchemars. Un client tente de les éliminer. *Mel* se fait poignarder; *Judith* voit une lame de rasoir lui passer sous la gorge et *Sophie* doit se battre avec un client en manque de drogues. Voici ce qu'elles ont à dire :

La pire violence physique que j'ai subie par un client, c'est quand je me suis fais poignarder de coups de couteau. C'était un jeune; je lui ai fait sa pipe (et il sort un couteau). Qu'est-ce que tu fais là? demande-t-elle, t'es pas satisfait? Je vais te redonner ton argent... Il a commencé à me poignarder. Je me suis battue et j'ai réussi à débarquer de l'auto. Il a essayé de me frapper; j'ai pris son numéro de licence. Là, je me suis enlignée vers la porte de l'hôpital... (Mel)

J'ai pogné un bonhomme, un fou! Il m'avait ramassée par les cheveux, il m'avait crissé une lame de rasoir autour du cou. Je me souviens c'est qui, mais je l'ai jamais revu. (Judith)

Il m'a ramassée par la gorge, m'a levée de terre et m'a rentré la face dans le garde-robe. (Malheureusement pour le client et heureusement pour elle, Sophie se défend).

Plusieurs répondantes rapportent avoir été sexuellement agressées par des clients. Contre son gré, *Mel* doit accepter certains actes sexuels dégradants et douloureux physiquement, par exemple la sodomie. Un client armé d'un couteau tente de violer *Lisa* en lui disant de fermer sa gueule. Mais, illustrons plus clairement les risques auxquels les travailleuses du sexe s'exposent. *Charlotte* se voit menacer d'une arme, alors qu'un client tente de la violer :

Une autre fois, un gars m'amène dans un petit coin; il a sorti un couteau et il dit : Tu vas te déshabiller. J'ai ouvert la porte et je suis partie à la course. Mais, dans ma tête, il me suivait, ça fait qu'à toutes les maisons, j'arrêtais et je pesais sur les sonnettes, personne ouvrait. Tu sais, une junkie, nu-pieds, les bras tout maganés.

... et *Rose*, et *Katou* :

Il m'est arrivée de me faire battre et une fois, je me suis fait violer par un client, c'était dans les débuts de ma prostitution. Il m'a monté une petite histoire (disant) : Regarde, je me suis acheté un couteau et c'est pour aller à la chasse en fin de semaine avec un de mes copains. Il s'en est servi pour m'agresser et me violer. (Rose)

Le gars qui m'a violée a fait six ou sept mois de prison... en plus, j'y avais dit que j'avais le VIH! Il était tellement soûl, il disait : Je m'en crisse! (Katou)

L'espace social à risque tourne autour des vendeurs et des consommateurs de drogues : les espaces de trafic. C'est un monde où la violence règne en maître et où les individus n'ont surtout pas intérêt à contracter « ... des dettes, même si c'est rien que 20 \$ », dit *Viviane*. « Y'en a qui vont te sauter dans la face ». *Viviane* est battue pour dettes de drogues; *Margot* se fait harceler : « Là, t'as-tu de l'argent? » *Blanche* s'enfuit avec ses enfants et son chum lorsqu'on l'avise qu'un homme allait débarquer chez elle avec un fusil pour dettes de drogues. À n'en pas douter, la dépendance vulnérabilise la personne et augmente les risques d'agressions. *Judith* :

Au début, tu te contrôles sur la coke, mais, après ça, c'est elle qui te contrôle. Là, tu fais plein de niaiseries : tu voles ta mère, tu voles ton pusher... Un moment donné, j'ai arrêté parce que c'était rendu moi qui les mangeais les claques sur la gueule. Des fois, c'est des dettes, tu pars avec 200 \$ à quelqu'un et quand tu le rencontres, tu y dis pas : Salut, comment ça va? Si y'est en char, y va peser sur le gaz pour te frapper.

Normalement, les personnes fréquentant une piquerie y vont pour s'injecter. Certains hommes en profitent alors pour abuser ou tenter d'abuser les filles lourdement intoxiquées.

Ça m'est arrivé aussi; je ne me souviens plus ou moins, j'étais tellement..., je m'étais piquée (...), et une fille m'a donné une pilule. Je m'étais endormie et je me suis réveillée, j'avais plus de pantalon sur moi.
(Rose)

Le quartier est aussi propice à diverses interactions, notamment avec des policiers, avec des pairs ou avec des résident(e)s du quartier où les répondantes vivent ou elles travaillent. Les forces de l'ordre secourent, sermonnent, sévissent ou procèdent à une arrestation, surtout lorsque les résident(e)s du quartier se plaignent et montrent du doigt. Il n'est donc pas rare que les jeunes femmes soient « fichées » ou reconnues pour troubler la paix. Un soir, *Gwen* n'a pas l'argent qu'il faut pour payer le taxi; le chauffeur appelle les policiers. Comme elle est soûle, ils l'arrêtent, l'amènent au poste et l'isolent dans une cellule. *Gwen* se souvient : « Ils m'ont renfermée comme un chien dans une cellule (...), pis ils m'ont battue : "ferme ta gueule ma..." J'ai voulu porter plainte ». De son côté, *Margot* dit que ce qui la choque profondément, c'est qu'elle se fait arrêter dans son propre quartier. Elle raconte :

Quand ils (les policiers) m'ont arrêtée la troisième fois, ils sont arrivés avec une escouade et là, c'était les armes à feu et toute le kit, les deux mains sur le..., j'avais quasiment le gun collé sur la tempe. Ça m'a ramenée à mon viol et là, je suis devenue violente. Ça a été l'enfer dans le bureau. Y m'ont arrêtée proche de chez moi, c'est un coin que j'aimais rester parce que c'était tranquille. Il y avait beaucoup de personnes âgées et des gens que ça fait longtemps qui restent là; certains avaient des liens avec ma mère, des personnes avec qui elle avait été élevée. Ils m'ont toutes vue me faire arrêter.

Les plaintes répétées de citoyens entraînent un accroissement de la surveillance policière si bien que les filles vivent un sentiment de harcèlement de leur part. Plusieurs d'entre elles empilent les billets d'infraction jusqu'à ce qu'un jour, elles soient emprisonnées pour non-paiement : « prosto/ticket..., ticket/prosto »... un cercle vicieux réducteur : tu n'es qu'une *pute*. *Lisa* raconte :

Je faisais des clients, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour manger, pour m'acheter un morceau de linge, (pour la « dérape... »). La police te lâche pas, (elle) te court après, te donne des tickets. Ils te donnent des tickets, des tickets, des tickets jusqu'à temps que tu rentres en dedans.

La prostituée finit par être reconnue (par les clients et par les résidents du quartier) comme étant une femme qui s'offre sexuellement pour de l'argent. Un acte habituellement réservé à l'intimité provoque l'indignation. L'intolérance s'installe; les invectives fusent; les filles encaissent et se défendent :

Dans tel quartier, c'est à coups de câlisse, de tabarnac, pis c'est à coups de poing. C'est de même que ça se règle les problèmes. (Mel)

Crisse de plotte (et) plein d'affaires, tu sais. (C'est ainsi que certaines personnes abordent Lili). Au début, ça m'affectait, mais après ça, je les regardais et je disais : Mange de la marde! Penses-tu que t'es mieux toi, assis sur ton balcon à attendre ton chèque? (Lili)

Par ailleurs, pour les travailleuses du sexe, les « droits acquis » sur un territoire assurent la notoriété et les bénéfices y étant associés et, de là, surgit la compétitivité. De se présenter quasi quotidiennement sur un même coin de rue assure ainsi une reconnaissance (notamment des clients) et la certitude que l'argent des clients est le leur.

Oui, ça arrivait (de la violence entre filles). Ah... Tu m'as piqué mon client! (...) Pas avec moi là, mais d'autres filles. (Cindy)
C'est arrivé des fois que je me suis battue avec des prostituées (...) par rapport à la drogue, par rapport à la jalousie, par rapport aussi à ce qu'un moment donné, t'es trop gelée, tu viens que tu te prends pour une autre un peu et t'en cognes une... (Rose)

Les connaissances et les rumeurs circulent très rapidement dans le « milieu ». Entre pairs, la loi du silence est moins absolue. Des règles existent : si une personne est jugée fautive, pour quelque motif que ce soit, des mesures « disciplinaires » sont énoncées. Katou l'apprend à ses dépens :

Une fille a dit que moi j'avais dit que telle fille avait volé un tel gars. C'était pas vrai pantoute, mais c'est moi qui a écopé de la volée quand même (...). J'ai mangé une volée par cinq filles. Elles étaient cinq sur moi à me battre à terre comme un chien. J'ai eu peur en tabarnac. J'ai eu tellement peur, j'en ai chié dans mes culottes, mais j'ai réussi à sauver le 20,00 \$. Y m'ont volée ma froc, mes bijoux, ma ceinture...

L'exposition à la violence

« Le milieu ». Les bars sont les lieux propices à l'observation de violences faites aux autres, particulièrement dans les endroits où se tiennent les *pushers*, *dealers*, toxicomanes, souteneurs, travailleuses du sexe et autres clients. Délia en sait quelque chose : « Dans le bar, j'ai vu des batailles, j'ai vu des filles couchées sur la *table de pool*; ils sont 3, 4 dessus qui la taponnent, j'ai vu ça ». Pour sa part, Chloé assiste à des scènes de violence reliées au trafic de drogues. Elle voit son ami, *pusher*, : « ... manger des volées parce qu'il était endetté de 7 000 \$, 8 000 \$ ou 9 000 \$. Après ça, il a eu un *cocktail molotov* sur son char ». Quelques répondantes ont parlé de leurs observations dans des piqueries ou des piaules. Les violences, semble-t-il, y sont innombrables, parfois même innommables. Lyn raconte :

Les premières overdoses que j'ai vues, j'étais jeune, j'étais dans une piquerie et je pensais que la fille était morte. J'ai dit : « A fait une overdose, elle s'est piquée une dose trop forte... » Elle a réussi à s'en sortir parce qu'un pusher est venu. J'ai dit : « Regarde, elle est morte elle là ! » Il dit non, elle est pas morte, elle est juste sur overdose. Il l'a récupérée; j'ai eu peur. J'en ai revu d'autres overdoses. Un moment donné, il y avait un gars en face de moé; il se piquait et j'ai vu la face de son ami, il était sur la chaise, il commençait à capoter : la chaise a tombé, pis il s'est pété le nez. J'ai dit à son chum prends une serviette, pis mets-y dans la face. Le gars s'est relevé; il est parti à courir dans la rue. Moé, j'ai fait des cauchemars là-dessus parce que quand le gars s'est relevé, il m'a regardée, j'y avais comme sauvé la vie là.

La violence agie

Plusieurs répondantes ont dit avoir exercé de la violence à l'égard des conjoints. Lorsqu'elle fait l'amour, *Baïa*, par exemple devient violente : « une claque sur la gueule, je tirais les cheveux ». Puis *Margot*, femme victime de violence et peu sûre d'elle avant son insertion dans l'ESR, inverse les rôles lorsqu'elle commence à consommer de la *freebase*. Son témoignage est éloquent :

Mon chum, ça fait tellement longtemps qu'il était dans la drogue qu'il est devenu paranoïaque : il s'est mis à me taper sur les nerfs. Mais moi là, je consommais et lui paranoïait, il défaisait mon trip. Ça m'a fait chier à l'extrême, c'est là que j'ai commencé à être violente. J'ai usé de manipulation envers lui, pis je le faisais paranoïer encore plus. Je suis allée jouer dans ses bibittes, je faisais exprès. Physiquement, c'est venu après : tu m'en as assez fait subir, maintenant, c'est à ton tour. Dans ma tête, je disais, je te ferais pas subir pendant 13 ans ce que j'ai subi là, mais tu vas manger la claque. J'étais rendue tellement agressive sur la cocaïne, j'étais pu en contrôle. Le moindrement qu'il me faisait une remarque ou quoi que ce soit, c'était l'élément déclencheur automatique là j'y disais : Ah ouen!, c'est vraiment ce que tu penses de moé hostie là, ça y allait aux toasts! (Lui), c'était toujours les poings, les claques, les coups de pied... C'est un gars qui est fait physiquement, ça fait que moé ça me donnait rien de frapper dessus comme ça, ça lui faisait pas mal. Ça me choquait que lui ça lui fasse rien, je me sus dit je vas te cicatriser parce que je le savais qu'il était fier de son corps. J'ai dit je vas te marquer à vie, je vas te marquer au fer rouge. Il dormait pu la nuit de toute façon, je ne voulais pas qu'il dorme, je voulais qu'il reste la nuit debout parce que moé j'étais rendue que je couchais avec un poignard entre les deux matelas, pis la main entre les deux matelas, pis j'y disais le moindrement que tu me touches, t'es fait. (Ça faisait partie de) la dynamique de la vengeance, je mettais les hommes tout au même rang. J'en avais mare, carrément mare de ça.

Cette violence peut aussi être dirigée vers d'autres personnes. Lorsque *Margot* consomme, sa violence éclate; elle cogne sur toute personne qui la dérange, connue ou pas :

Je les pognais au collet, je les bousculais, pis je disais : Change de trottoir, tu m'énerves. Je disais : Il n'y a plus personne qui va me runner, autant envers les femmes qu'envers les hommes, mais encore plus envers les hommes parce que j'aimais frapper sur les hommes. Pour moé, c'était tous des chiens sales. Avec mon conjoint, on avait décidé d'aller prendre une marche pour s'aérer les esprits. Il y avait un gars en arrière de nous autres. Moé, dans ma tête, il me suivait, pis son regard se détournait tout le temps vers le mien. Là, je me suis retournée de bord, je l'ai pogné au collet, pis j'ai dit : Aie mon hostie de chien sale! As-tu un problème? C'est quoi tu veux? Une partie de jambes en l'air là, c'est juste ça que tu cherches? Il est tellement resté bête, tu sais. Il dit : T'es une crisse de folle.

Comme consommatrice, *Judith* apprend qu'il ne faut pas frauder. Elle applique cette règle lorsqu'elle devient *pusher* et ne s'en laisse pas imposer :

Quand je vendais (et que) quelqu'un me crossait, c'était une claque sur la gueule. J'y parlais pas, je le regardais et ça partait, comme on m'a appris. J'étais pas un ange.

Quant aux violences dirigées contre elles-mêmes, les récits des femmes interviewées sur leur vie dans l'espace social à risque abondent d'exemples sur leurs tentatives de suicide. Les unes s'ouvrent les veines (*Margot*) et avalent des médicaments (*Charlotte*, *Cindy*); d'autres tentent de s'enlever la vie par overdose (*Gwen*, *Judith*, *Rose*). Ces tentatives font souvent suite à une rupture (séparation conjugale, placement d'un enfant) et se décident parce que la vie n'a aucun sens. *Margot* :

Je me suis ouvert les veines, j'ai pris le couteau, pis j'ai dit : Ça y est! La vie s'arrête là. J'suis tannée, j'suis écoeurée d'être là-dedans, j'en ai plein mon casque. J'suis plus capable de m'en sortir...

Tendances

L'analyse des données provenant des entrevues nous permettent de constater que les répondantes « désaffiliées » sont les plus hypothéquées : elles s'insèrent dans l'espace social à risque à un plus jeune âge, elles sont toutes travailleuses du sexe, elles consomment plus de drogues injectables que les autres femmes recrutées et elles ont toutes subi de la violence sexuelle avant et pendant leur insertion dans l'ESR. En contrepartie, celles qui vivent la désaffiliation à la suite d'un deuil (par le décès d'un membre de la famille ou par le placement de leur enfant) seraient moins hypothéquées. Cela se traduit par le fait que :

- leur inscription dans l'ESR se fait quand elles sont un peu plus âgées (en moyenne 22 ans);
- dans ce sous-groupe, les femmes commettent plus de délits dits « masculins » (recel, trafic de drogues), moins de prostitution et, par conséquent, elles seraient moins exposées au fait d'être à risque sexuellement;²¹
- les femmes de ce sous-groupe utilisent moins de drogues injectables.

Quoique plus âgées que les premières au moment de leur insertion, elles sont toutes autant en déroute : les deux tiers d'entre elles sont UDI, et le travail du sexe (surtout) contribue à soutenir leurs dépendances aux drogues.

Finalement, les femmes qui s'affilient, par continuité ou par alliance, à un mode de vie problématique semblent avoir peu de chances d'être mises en présence d'un modèle de vie conforme aux normes et aux manières de vivre de la majorité. Socialisées à un mode de vie pour elles « normal » ou partenaire d'un conjoint criminel, elles nous semblent tout aussi à risque que les jeunes adolescentes en rupture d'affiliation. Elles vivent majoritairement de la prostitution, sont utilisatrices de drogues injectables en grand nombre et l'âge de la transition se fait à peine entrée dans l'âge adulte.

Il est évident que les contextes conjugal et familial représentent le mieux les lieux où s'initient les ruptures et partant, la recherche pour ces jeunes filles ou femmes d'un espace à soi, d'un refuge et d'une identité. Ces jeunes femmes toucheront à cette liberté voulue, mais sans véritablement savoir comment s'en servir.

Une exception : parmi les répondantes, seule *Amélie* semble avoir vécu une enfance/adolescence assez calme; son placement au centre d'accueil (vers 15 ans) est dû, semble-t-il, à une consommation problématique de drogues dures : « J'allais plus à l'école, c'était surtout la fugue là, je consommais ». Pour toutes les autres, il est permis de croire que la violence (conjugale surtout), la désaffiliation et l'affiliation à un mode de vie criminel s'inscrivent véritablement comme étant des facteurs qui accroissent la vulnérabilité de ces femmes et les amènent à s'insérer dans l'espace social à risque. C'est l'aboutissement du *métaprocessus 1* déclenché des années auparavant.

²¹ Cela reste à vérifier.

CHAPITRE 6

CONDUITES SEXUELLES ET GESTION DES RISQUES

L'objectif premier de cette recherche étant de voir en quoi la violence participe à la transmission hétérosexuelle du VIH-sida, le canevas d'entretien fut construit autour des variables violences et interactions sexuelles. Pour ces dernières, les unités d'analyse ont porté sur la catégorie de partenaires (exemples : le chum, le client, le parent), sur les comportements de protection ou de non-protection et sur les « logiques d'action » sous-tendant ces comportements. Le plan d'analyse des données prévoyait identifier les dynamiques de comportements et de les lier, quand cela s'avérait possible, aux violences parcourant les trajectoires de vie des répondantes. Ce chapitre tente de déterminer de quelles manières ces femmes articulent la diversité de logiques sous-tendant leur discours.

Logiques d'action

Les données recueillies et analysées démontrent différentes logiques d'action, préventives ou non, adoptées par les répondantes. Plusieurs types d'interactions à l'égard du risque de contracter une ITS et le VIH-sida ont été identifiés. Ainsi :

1. toutes les répondantes posent des actions de protection à certains moments de leur vie;
2. il existe des périodes où les répondantes ne peuvent se protéger;
3. il se trouve des moments où les répondantes choisissent de ne pas se protéger;
4. enfin, on rencontre des scénarios où les répondantes font des choix en fonction du *sécurisexe*.

Le premier type d'interaction est lié à la protection par le port du condom. Quant aux deuxième et troisième types, ils s'inscrivent dans la non-protection. Au deuxième type se côtoient deux logiques qui paraissent non intentionnelles : l'une résulte de l'agression sexuelle, où la protection est impossible; l'autre découle de l'assuétude et conduit à la protection zéro. Le troisième type d'interaction relève d'une rationalité associée au sentiment d'être protégé. Dans ce type, deux logiques se dégagent : l'une a rapport à la zone affective et relationnelle qui induit la protection irrecevable; l'autre réfère au personnel et à une certaine forme d'irrationalité d'où la protection inconcevable.

La protection

1^{re} logique de protection : le condom

Pour se prémunir contre les risques d'infections sexuelles, les individus doivent s'autogérer et composer avec les désirs, les attitudes et les comportements des autres. Ce rapport à autrui est, de l'avis de Mendès-Leite (1996 : 72), « l'une des problématiques de base de la prévention ». Dans ce qui suit, l'utilisation du condom semble la stratégie la plus utilisée et la plus efficace, particulièrement quand vient le temps de « faire des clients » ou lorsque la relation avec un partenaire débute. Avec les partenaires, (conjointes qu'elles considèrent comme stables ou amants/clients d'un soir), le condom se porte par mesure de sécurité attestant la méconnaissance ou, au contraire, la connaissance de certains faits. L'utilisation du condom avec les clients peut également être un geste de responsabilisation, de contrôle ou même de conscientisation.

Avec les partenaires

Ne « pas connaître » renvoie à la notion de risque et, à cet égard, certaines des femmes rencontrées semblent adopter une pratique où le besoin de « connaître l'autre » devient important. *Amélie, Baïa, Lisa, Béatrice* et *Chloé* insistent sur ce point :

Ma mère m'a toujours dit : Les affaires d'un soir, faut que tu mettes un condom. (Moi), au début, je connais moins la personne. Je sais pas avec qui il a eu des relations, je sais pas s'il est fidèle (alors), c'est toujours, toujours le condom. (Amélie)

Un gars correct généralement (accepte le condom). Un gars qui te force à le faire, s'il veut pas mettre un condom, je considère ça comme un viol. Je considère même pas ça comme une relation sexuelle. Il faut que ce soit protégé, surtout si c'est un gars d'un soir, que tu connais à peine. C'est clair qu'il faut mettre un condom. Les gars ne sont pas si insoucients et d'après ce que j'ai connu, la majorité des gars sont prêts à en mettre, en tout cas, avec une fille d'un soir. (Béatrice)

Pour la majorité des répondantes, le temps (la confiance, l'amour, la stabilité) occasionne la non-protection comme le dit *Chloé* : « Quand la relation devient à long terme, je l'oublie carrément ». Pourtant, d'autres résistent à cette dynamique, comme *Baïa* qui, à peine remise d'une relation conjugale violente où, dit-elle, « j'ai perdu 13 années de ma vie », reprend le contrôle en protégeant sa vie. Il est hors de question qu'elle court le moindre risque.

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 apprivoisés, laissant libre cours à l'amour sans latex. Cette dichotomie entre le travail et

la vie privée joue un rôle primordial non seulement en matière de prévention, mais également par rapport à leur bien-être général. *Lisa, Fany et Cindy* témoignent :

Le condom est présent au début d'une relation. Après ça, j'en mets pu parce qu'un condom, ça me fait penser à un client, c'est la même maudite affaire. (Lisa)

Fany se protège avec les clients (port du condom) parce que, pour elle, c'est des mottés» et pour moé, c'était pour l'argent.

J'ai « fait des clients »; (si je mets pas de condom et) si je vas voir mon chum, me semble que je vas me sentir sale. (Cindy).

Les répondantes parlent aussi des peurs reliées à la maladie et à la mort. *Rose* connaît les infidélités de son partenaire. Elle raconte : « Il avait commencé les seringues et il est allé avec les prostituées. Il m'a trompée et n'avait pas mis de condom ». Se posant des questions sur sa sécurité et par réaction purement défensive (elle cohabite avec un conjoint violent), c'est elle qui se trouve plein d'excuses par rapport à sa vie sexuelle. Elle lui impose alors le port du condom, mais pour un court laps de temps : « J'ai arrêté parce que j'avais repris confiance... » Toujours par rapport aux infidélités d'un conjoint, *Blanche* impose l'abstinence à ce partenaire qui lui revient avec l'herpès et qui refuse de porter le condom. Parfois, c'est le conjoint qui prend l'initiative de la protection. C'est le cas du chum d'*Alice* qui insiste pour porter un condom lorsque ses propres épisodes d'herpès réapparaissent. Mêmes considérations pour *Judith* qui se sait séropositive et qui avise ses partenaires de son état : « c'était lui qui décidait (s'il se protégeait ou non), c'était parfois oui, parfois non ».

Plusieurs femmes se servent également d'un condom pour contrer leurs peurs face aux différentes infections sexuellement transmises et, pour quelques-unes d'entre elles, comme moyen de contraception. Pour *Cindy* et *Lili*, « les capotes, c'était pour se protéger des maladies », alors que pour *Mel* et *Maude*, elles empêchaient aussi la fécondation. Toutes deux ne prennent pas d'anovulants et ne veulent ni bébés ni maladies. Il semble également que certains conjoints aient très peur « des bibittes » et du sida, comme ceux de *Maude* et d'*Amélie*.

Avec les clients : le sécurisexe

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. Ces messages sont, en quelque sorte, solidement incorporés. Ainsi, le port du condom fait habituellement partie de *l'habitus* de travail des travailleuses du sexe. Parfois, elles se servent de stratagème : *Lisa* et *Rose* ont ainsi appris à « sucer » avec un condom placé discrètement sur l'organe génital masculin. Ces savoirs leur furent transmis par des compagnes de travail. Ainsi, elles appliquent des règles ou des principes quant à leur protection pour les pratiques sexuelles, pour l'hygiène et pour la

contraception. Ce type de rapports implique la responsabilisation de la personne, le contrôle qu'elle exerce sur sa vie et le fait d'être conscientisée aux conséquences du VIH-sida.

➤ Se responsabiliser

La plupart du temps, les répondantes qui se prostituent ou qui se sont prostituées cohabitent avec un conjoint. Porter le condom lors d'interactions sexuelles lucratives fait partie de leurs outils de travail. Elles se responsabilisent. Ces travailleuses du sexe appliquent trois principes fort simples : ne pas faire confiance, être honnête le plus possible, choisir le type de pratiques sexuelles.

Pour certaines de ces femmes, il est essentiel de ne faire confiance à personne parce que « le gars d'affaires qui arrive avec la cravate (c'est souvent), celui qui couraille le plus; il est plus infecté que le gars qui se dope à côté de chez vous », soutient *Baïa*. Pour d'autres, il est important de faire connaître sa séropositivité surtout si le client demande une relation vaginale. Malgré leur séronégativité, certaines répondantes vont faire croire qu'elles sont infectées. De l'avis de ces femmes, c'est la meilleure stratégie à adopter pour que le client accepte la protection par le condom.

Enfin, pour la plupart des travailleuses du sexe, la représentation du risque est différente selon qu'il s'agisse d'une fellation, d'une relation vaginale ou encore d'une relation anale. « J'ai toujours mis le condom, sauf pour la fellation », disent *Baïa*, *Mel*, *Rose*, *Lisa* et *Katou*. À travers leurs propos, il est clair que la « pipe » n'est pas associée à un risque de santé majeur et si le client est refusé, c'est parfois pour une question d'hygiène : « Tu me paies pour sucer une queue, pas de la crasse », dit *Mel*. Lorsqu'il est question de relation complète, toutes les femmes disent exiger le condom. *Mel* souligne que « jamais (elle n'a) eu de maladies vénériennes au niveau vaginal. Je mets toujours des condoms avec les clients », dit-elle. « Et, si ça fait pas son affaire, c'est salut, bonjour! » *Amélie* et *Cindy* y tiennent également. La première explique : « ...certains font juste s'essayer et quand y voient qu'on dit non, ben ok ». Si le client refuse, les travailleuses du sexe lui servent ce type de réponses : « Va-t-en!, Tu t'en vas!, Va voir ailleurs! » quelquefois accompagnées d'un « décrisse ». (Lili)

Très peu de répondantes mentionnent les relations anales sinon *Mel* forcée par un client. La plupart du temps, les filles de rue préfèrent la fellation : « C'est moins cher pour le client, et c'est plus vite », dit *Katou*.

➤ Contrôler la situation

Se responsabiliser sous-entend que ces femmes tendent à conserver, à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie. *Cindy* utilise « toujours sa capote, même quand je fais des pipes », dit-elle, « Je me suis toujours protégée. » *Gwen*, *Baïa*, *Mel* et *Rose* font également preuve de lucidité en travaillant de façon *straight* (sobriété et port du condom pour les rapports sexuels à risque). Quant à *Maude*, elle refuse systématiquement les offres monétaires alléchantes offertes par les clients et se fait fort de négocier sa propre protection :

Je lui disais : C'est autant pour toi que pour moi, tu sais. Y'a pas juste toi que je fais comme client. Si t'en mets pas et que moi j'ai une maladie... J'avais le tour! Quelqu'un qui est fraudeur a plus le tour de parler.

Enfin, il n'est pas question que *Fany* prenne des risques : le client, c'est un « motté sous forme de portefeuille ». Si ces clients parlent de non-protection, elle « les crisse dehors ».

➤ Être conscientisée

Être directement ou indirectement conscientisée sur les risques et les conséquences d'une infection au VIH-sida participe assurément à la volonté de se protéger lors d'interactions sexuelles. Ainsi, quelques-unes des répondantes infectées par le VIH-sida préviennent leurs partenaires et essaient de diminuer leur consommation afin de reprendre leur santé en mains. *Amélie* est extrêmement lucide à ce propos et ne peut pas se permettre de risquer sa vie « pour 100,00 \$ ou 150,00 \$, non, je peux pas! », dit-elle. *Cindy* est directement touchée par le sida de sa sœur (conséquence d'un viol à 15 ans) et *Baïa*, par le VIH de son frère et la mort d'une douzaine d'ami(e)s décédé(e)s des suites du sida. *Baïa* pose la réflexion suivante :

C'est la journée que tu ressens quelque chose, comme te brûler sur le poêle, (bien) à la minute où tu touches au feu, tu sais c'est quoi, on t'a avertie. Quand ils le savent pas, t'as pas de conscience. Tant que tu ne sais pas, tant que t'as pas ressenti la chose, t'en as pas de conscience. Moi, j'ai vu des choses, j'en ai vécu des émotions. Quand tu vois tes ami(e)s partir, tu te dis : Crisse! Ça allume quelque part et même si le monde voit les commerciaux, s'ils l'ont pas vécu...

2^e logique de protection : conditions de travail et de 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.

En début de sa carrière, *Fany* n'accepte que des « mottés » dans la trentaine ou la quarantaine; « Ils sont plus doux, super fins et plus respectueux », dit-elle. Elle prévient ainsi les agressions verbales des plus jeunes : « Avec les jeunes, t'es comme une bébelle, t'es une salope, t'es une ci, pis ça ». *Fany* choisit également une agence qui recommande l'utilisation du condom et où les filles se sentent protégées. Lorsqu'elles sont choisies par un client comme escorte, elles sont accompagnées d'un chauffeur. En cas de pépin, un code suffit : le protecteur se présente alors à la chambre. Enfin, *Fany* limite ses services : « Je me prenais pas pour une machine; certaines travaillaient pour faire 1 200 \$ la nuit, mais un coup que j'avais mon 300 \$, ça faisait mon affaire ».

Pour *Amélie*, les bonnes conditions de travail portent sur l'agence, l'entraide entre les pairs au travail et le choix du quart de travail. Étant UDI, ses copines de travail la supportent et l'encouragent à utiliser le condom envers et contre tous. Elle tient à sa vie. Ce support dans l'environnement au travail fait partie, semble-t-il, du profil d'agences plus *clean*. Ailleurs, « c'est épouvantable », raconte *Amélie*, « les filles se piquent... ». Cette jeune femme préfère également la clientèle de jour :

À partir de 1 h du matin, moi, je travaille plus. Y'en a qui sont soûls, sont maganés, exigeants. Ils arrivent même pas à avoir une érection et là, ils se choquent : C'est de ta faute! À la fin de la nuit, on pogne les fins de veille comme on dit et y'en a qui ont pris beaucoup de coke. Durant le jour, c'est plus des messieurs d'affaires. J'aime beaucoup la clientèle de jour.

Certaines actions régissent aussi la conduite des femmes toxicomanes non pas tant pour les relations sexuelles que pour les « bonnes manières de se doper », et ce, sans augmenter les risques de contracter un virus quelconque. Ce qui ressort du corpus de données a trait au rejet de méthodes jugées « à risques » : s'injecter ou pas, échanger les seringues ou pas, ou encore, se piquer dans une piquerie ou chez soi.

À 17 ans, *Blanche* vit chez sa tante; cette dernière « faisait de la *freebase* ». La jeune fille se laisse tenter par cette drogue et s'y « accroche ». La tante devient UDI, et *Blanche* veut en connaître les effets. Malgré une certaine résistance, sa tante finit par lui faire une injection. Quand *Blanche* se réveille, son bras est tout bleu, et elle se dit : « Non! C'est pas moé ça ». Non seulement cette expérience lui déplaît, mais les égarements toxiques de sa parente UDI la confortent dans sa décision : « Ils se piquent et un coup ben gelés, ils prennent pas le temps de se nettoyer ça eux autres. J'ai vu aller ma tante et c'est dégueulasse ».

Sophie a une peur morbide du sida et des ITS. Chez elle, un soir, une fille se pique et, sans le faire exprès, pique *Sophie* avec son « crayon » (la seringue) : « Je voulais la tuer! Tout à coup qu'elle a le sida, je capotais. J'étais enceinte, j'ai passé mon test, et tout était beau, sauf l'hépatite C ». Ses craintes s'amplifient et l'encouragent à n'utiliser que des seringues propres et à ne jamais les échanger : « J'allais au Point de Repères pour me chercher six cents seringues. Je ramassais les vieilles et j'allais les porter. Ils m'en donnaient des neuves ».

Amélie ne fréquente pas les piqueries pour s'injecter, question de sécurité et de propreté : « J'ai toujours fait ça proprement », dit-elle. « J'allais acheter mes seringues à la pharmacie ou je les prenais au Point de Repères et j'allais faire ça chez moi, dans mon salon, dans mes affaires à moi ».

La non-protection : une typologie

La non-protection englobe les interactions sexuelles et les rationalisations portant sur les conduites sexuelles non protégées. L'analyse du discours des femmes nous a permis d'élaborer quatre scénarios. Certaines conditions sont associées à l'impossibilité de gérer sa propre protection comme dans les cas d'agressions sexuelles ou de « dérape ». D'autres conditions, malgré la non-protection, supposent une dimension protectrice. Les femmes, pour diverses raisons, ont le sentiment d'être protégées.

Dans ce qui suit, nous verrons d'abord la protection impossible reliée aux agressions sexuelles subies par les répondantes dans les contextes de l'enfance, de la conjugalité et de l'espace social à risque.

Dans un deuxième temps, nous discutons de la protection zéro spécifique à la toxicomanie. Puis, nous examinerons la symbolique inhérente à la protection irrecevable où, notamment les croyances, la confiance et l'exclusivité du lien sexuel font office de garde du corps. Enfin, nous saisissons les représentations liées à la protection inconcevable.

1^{er} scénario : la protection impossible

Ce scénario regroupe les épisodes de violences où la protection est impossible lorsque des jeunes filles ou des femmes se retrouvent dans des situations d'agressions où il y a une relation sexuelle sans protection. Trois contextes y sont reliés : celui de l'enfance et de l'adolescence, celui de la conjugalité et celui de l'univers social à risque.

Certaines des femmes rencontrées rapportent des relations incestueuses à l'intérieur de leurs familles. Elles ont été abusées leur père ou par leur frère. Plusieurs jeunes filles ont également parlé d'agressions sexuelles subies ailleurs par des amis des parents, des employés ou des inconnus. Cependant, nous n'avons pu obtenir de données claires quant au déroulement de ces agressions (plusieurs femmes ont parlé d'attouchements, de *flattages* ou de viol), mais il n'est pas impensable qu'elles se soient produites sans protection. Plusieurs agressions sexuelles se sont aussi réalisées dans un contexte amoureux. À notre connaissance, seul l'amoureux de *Délia* porte un condom lorsqu'il la « prend » à 14 ans.

Le deuxième contexte où la protection est impossible est celui qui survient dans des situations de violence conjugale. Certaines femmes ont rapporté des situations où la violence conjugale rend tout à fait impossible la protection dans l'interaction sexuelle en raison du rapport de pouvoir et de contrôle instaurés par le conjoint. Il ne s'agit pas à proprement parler de viols, mais « tu n'y penses même pas », disent-elles. C'est pratiquement vrai quand les menaces de mort planent constamment sur la conjointe. *Margot* : « ... la violence s'est installée, et c'est arrivé à quelques reprises qu'il m'obligeait à avoir des relations sexuelles sans que je sois consentante ». Il est donc évident que la violence conjugale, selon les expériences rapportées par ces femmes, rend toute forme de protection impossible.

Le dernier contexte où la protection est impossible est représenté par l'espace social à risque. D'après nos données, ce contexte appartient principalement au monde des femmes « de la rue », ces travailleuses du sexe qui habitent l'espace social à risque. Toutes les femmes ayant des activités de prostitution ont rapporté avoir vécu des expériences de violence rendant la protection impossible. Dans l'ESR, il arrive aussi que le conjoint soit l'agresseur. *Rose*, par exemple qui s'endort après avoir pris des pilules et s'être piquée est agressée par son chum : « Je m'en étais pas rendu compte, c'était comme un viol ».

Les clients cependant sont le plus souvent mentionnés. *Cindy* est forcée :

À 17 ans, un voulut la pénétration, et moi, je voulais pas. Il avait pas de capote, ça a été rough... : T'es rien qu'une crisse de chienne; il me crissait des volées..., j'avais pas le choix.

Même scénario pour *Rose* : sexuellement et physiquement agressée par des clients : « Un client a sorti un couteau, c'était au début de ma prostitution. Il s'en est servi pour m'agresser, pour me violer ». Et, pour *Lili* : « Ça m'est arrivé d'en pogner des violents; ils m'ont forcée, c'est tout. Je n'avais pas le choix, je me suis laissée faire ».

Les résultats présentés à travers ce scénario montrent que la violence qui traverse l'interaction sexuelle explique, selon un modèle de cause à effet, l'absence de protection. Toutefois, les effets de violence sur le comportement sexuel ne peuvent être abordés uniquement avec le modèle de la causalité linéaire. Nous avons également identifié un type de gestion des risques qui se qualifierait plutôt de « non-gestion » et qui, sans être directement associé à la violence, le serait de façon implicite. En effet, la violence subie qui amène les femmes à s'insérer et à s'ancrer dans l'univers social à risque, les conduit à vivre des expériences de « dérape ». Dans ces moments-là, la protection est à l'état zéro.

2^e scénario : la protection zéro

De façon générale, les expériences de « dérape » soumettent les répondantes à divers risques, agressions sexuelles ou expériences mortifères, notamment. La « dérape » se compose d'habitudes de consommation excessive de cocaïne, de *freebase* ou d'autres drogues, injectées ou non. Ces témoignages parlent d'eux-mêmes :

Je me suis piquée deux ans de temps. J'ai rentré dans les drogues fortes au boutte... pour m'évaporer la tête, m'engourdir, m'enfoncer, aller chercher le silence total, la paix, puis le soleil. (Baïa)

Je me suis gelée d'aplomb, ça a duré trois ans et demi d'enfer. Je suis allée d'un bord et de l'autre, le bas, c'est là que je l'ai eu. Tu sais, travailler sur la rue, être gelée, tu vois rien pendant trois ans. (Viviane)
J'avais à peu près 2, 3 heures de sommeil par nuit. Je me couchais aux petites heures du matin, pis aussitôt que je me levais à 10 h, j'avais le shake, j'avais le manque, j'avais le goût de la cocaïne... (Margot)

Dans notre étude, ces expériences se vivent principalement pendant l'insertion dans l'espace social à risque. Celles qui s'y adonnent entretiennent des rapports particuliers au travail, au corps et à la santé.

Pour les travailleuses du sexe, le rapport au travail est le plus souvent utilitaire. *Judith*, par exemple raconte :

Quand j'ai commencé à consommer v'là 10 ans, je crossais tout le monde, je me sauvais avec l'argent. Je dormais pas, je mangeais pas, je me gelais tout le temps, tout le temps. Je faisais un quart, je faisais un « motté », un quart, un « motté », un quart, un « motté... »

Séduites par le prochain *hit* annoncé, toutes les travailleuses du sexe rapportent ce type de conduites « ordaliques »²², et ce, à un (ou plusieurs) temps de leur vie. Au cours de ces pratiques, ces femmes nous racontent que leurs rapports au corps et à la santé passent carrément au second plan; certaines, comme *Judith*, vont même s'apercevoir tardivement de leur grossesse. Elles disent ne pas se laver, ne pas se nourrir, maigrir si bien que parfois, elles ressemblent à des mortes vivantes.

Lyn : « J'ai consommé en tabarnouche. Dans mon gros bas fond, je dormais, mangeais, me lavais une fois par semaine ». Lorsqu'elles fréquentent les piqueries, un autre danger les guette : intoxiquées, les hommes peuvent essayer d'abuser d'elles : « Pendant qu'une fille dort, c'est pas violent, mais ils abusent sexuellement d'elle. Cela a failli m'arriver », dit *Lisa*.

Les expériences extrêmes de toxicité éliminent, dans bien des cas, toute notion de risque. Quand le besoin de « dope » se fait urgent, la résistance s'effondre. *Lisa* : Quand j'suis gelée et que je suis en manque, que j'ai le goût, y'a rien qui m'arrête. Tu te câlisses de toute, tu te câlisserais de la vie. Sur les risques associés à ce type de consommation, *Katou* et *Judith* témoignent de ceux pris comme travailleuse du sexe.

J'avais tout le temps des condoms sur moi, mais, c'est sûr que si j'étais sur un gros manque de coke et que le client me disait : Si tu mets un condom, t'auras pas l'argent et je vais aller chercher une autre qui le mettra pas! Ben moi, j'étais tellement sur le manque que fuck le condom. (Katou)

Je me crissais de toute moi. Tout ce que je voulais, c'était ma coke. Je m'en foutais, je pognais un client pas de condom : Ah! C'est pas grave! Donne-moi un vingt de plus. Quant tu r'penses à ça, pagner le VIH pour un vingt de plus... (Judith)

²² « Les conduites « ordaliques » sont caractérisées par la recherche d'expériences extrêmes aux cours desquelles les sujets surmontent un risque vital pour se prouver qu'ils peuvent vivre. La confrontation avec soi-même, le défi au hasard, au destin, les épreuves passées dans la recherche du produit sont présents dans les discours de certains consommateurs intensifs. On ne les retrouve pas chez les consommateurs réguliers ou occasionnels. »

http://www.cesdip.msh-paris.fr/qp_99_3.htm

Ces témoignages illustrent parfaitement les risques encourus particulièrement par les travailleuses du sexe : On a vu que lorsque ces femmes sont sexuellement agressées par des conjoints ou des clients, il est impossible pour elles de se protéger de possibles ITS. Quand la « dérape » s'y rajoute, le tableau se complique : l'emprise du psychotrope entrave le jugement et suspend toute idée de prévention sur le plan sexuel.

Pour faire suite à ces épisodes de non-protection reliés à l'impossibilité ou à l'absence d'intention de protection, passons maintenant au premier type de protection symbolique : la protection irrecevable. Pour certaines femmes, cette forme de gestion des risques correspond aux sentiments et aux valeurs pouvant facilement être liés à leur socialisation. Elle s'accorde également avec l'esprit de leurs relations avec les hommes.

3^e scénario : la protection irrecevable

La socialisation des femmes teinte les rapports qu'elles établissent aux autres, particulièrement aux hommes, c'est pourquoi la logique inhérente à la protection irrecevable se manifeste à travers l'aspect relationnel entretenu par les répondantes, et ce, tant avec les conjoints qu'avec les clients.

Avec les partenaires, le seul fait, par exemple de ne pas utiliser de condom lors d'une relation sexuelle transmet un message : « l'amour est possible » et comme il est possible, la confiance s'extériorise par la non-protection. Dans ce cadre, la protection irrecevable se manifeste :

- Pour certains amoureux, des garanties tangibles de protection sont requises lors de leurs premières relations sexuelles. Après, la non-protection s'installe. *Baïa* : « J'y fais confiance, une chose terrible de la vie. Souvent, je me dis : pourquoi y faire confiance? Parce qu'il est mieux que les autres! Il est plus fin; je l'aime, c'est mon meilleur, j'y fais confiance ». *Chloé* : « ... une *one night*, c'est sûr que je le mets. Mais, mettons que c'est une relation qui devient à long terme et à long terme pour moi, c'est un an et plus, je l'oublie carrément »;
- dans la volonté de faire plaisir au partenaire et par conséquent en neutralisant les désirs ou les peurs de ces femmes. Le chum de *Blanche* aime les relations anales : « Il aime ça, c'est correct, (mais) j'aime pas ça, je me raidis. Je le fais parce que je veux lui faire plaisir »;
- enfin, lorsque la passion et l'intensité de la relation sexuelle dépassent le risque. *Lisa* : « On est en train de faire l'amour, c'est trop intense, on en met pas ». *Maude* : « Quand j'ai couché avec, j'ai pas pensé à rien, j'étais trop embarquée dans l'amour, c'était ça va être le mien, je te désire ».

Ces manifestations confiantes, d'abnégation ou passionnelles n'empêchent cependant pas certaines d'entre elles de s'interroger par la suite sur les risques courus :

(...) j'avais l'outrage du doute, puis si je l'ai, c'est parce qu'il y a quelque chose quelque part. Mais aussitôt que je lui dis on devrait mettre le condom parce que t'as pas confiance comme je te disais ben, ça fait des chicanes terribles. (Baïa)

Par ailleurs, avec les clients, ne pas mettre de condom c'est lui dire : « T'es un homme spécial et avec toi je ne me protège pas ». Dans un tel cas, les repères du danger et le sentiment de sécurité réfèrent à diverses caractéristiques, comme l'apparence (physique ou l'hygiène de la personne) ou le statut du client. La protection irrecevable se construit et se pense de façon similaire à la gestion appliquée à leur vie de couple. La protection irrecevable avec le client se tisse :

- à travers une relation privilégiée avec un client en particulier et par le sens correspondant à cette liaison. Pour *Rose*, la volonté du client prime : « C'est arrivé que le client exigeait de pas en mettre », mais, dit-elle, : « Il y a eu des *sugar daddy* que j'ai utilisé des condoms, d'autres non ». La notion d'exclusivité réfère à l'absence de risque : « Il y en a un que je savais qu'il allait pas voir d'autres prostituées, c'était juste moé. Avec lui, j'acceptais d'avoir des relations pas de condom ». (*Rose*) Autre exemple : le plus fidèle client de *Lisa* n'était pas perçu à risque. Il était marié et âgé, dit-elle. « ... je savais que c'était rien que moé qu'y pognait. Il en voulait pas (de condom) ». Dans le même ordre d'idées, *Maude* raconte : « Le premier coup, ça a été le condom; le deuxième aussi. Mais, il *callait* juste moi, c'était tout le temps moi et quand j'étais pas là, il attendait que j'arrive »;
- par la croyance voulant « que les hommes, en général, n'aiment pas porter le condom. (*Katou*);
- par la présence de caractéristiques physiques ou sociales particulièrement rassurantes : le client a une allure qui plaît; une profession qui sécurise. À ces hommes jugés corrects aux yeux de la professionnelle du sexe, on fait un « passe-droit ». *Lili* exige habituellement le condom, mais en fait abstraction à l'occasion : « Des fois, c'est un beau "p'tit pit", et on se laisse aller ou (pour un autre) y'a l'air correct, bon ok là. J'en ai un avec qui je l'ai toujours fait sans condom... » Il travaille dans le domaine de la santé.

L'amour, le pouvoir, la passion, l'exclusivité... voilà des thèmes qui résument assez bien les logiques derrière ce que nous nommons « la protection irrecevable » : contracter une maladie sexuellement transmise à l'intérieur de cette enceinte protectrice devient rationnellement impossible. Poursuivons maintenant plus avant et voyons une autre forme symbolique de gestion des risques : la protection inconcevable.

4^e scénario : la protection inconcevable

Alors que la protection irrecevable émane de l'aspect relationnel, la protection inconcevable est reliée à une représentation du danger, du risque et de la maladie.

La gestion des représentations du risque/maladie devient inconcevable lorsque les répondantes elles-mêmes ne se perçoivent pas en danger ou lorsque leur discours ne révèle aucun signe de questionnement ou de préoccupation quant à la gestion des risques sur le plan de la sexualité. Ces discours tiennent compte du facteur générationnel, (le discours sur le VIH-sida étant moins présent pour les répondantes de plus de 35 ans par exemple), mais ils révèlent également la présence d'attitudes, d'habitudes de vie ou de jugement moral personnel induits par le contexte socioculturel ambiant. Charlotte, par exemple croit que le sida touche « les homosexuels seulement. Ça touche pas le monde normal ». Ces femmes peuvent ou non connaître les risques reliés à la non-protection lors de relations sexuelles, soit qu'elles ignorent ou croient que jamais ça ne leur arrivera, soit qu'elles se fient aux dires des uns, aux croyances de tous ou à leurs propres expériences.

Avant et pendant l'insertion dans l'univers social à risque, certaines femmes s'imaginent invincibles et donc inatteignables par la maladie (*Maude*) tout autant que par les grossesses (*Gwen*). *Délia* ne se protégeait pas du tout : « J'y pensais même pas », dit-elle (trois interruptions volontaires de grossesse à son actif). Les ITS, elle ne connaissait pas ça : « C'est pas pour moi, c'est pour les autres », conclut-elle. Ce type de logique quasi « magique » rejoint tout autant le client que le chum : le risque/maladie, comme conséquence possible de l'amour ou du travail, ne peut être conçu de façon concrète. *Judith* n'a jamais cru que « ça l'attaquerait » avant qu'elle ne découvre sa séropositivité en 1996 : « Je me disais que ça sauterait pas sur moé, je peux pas l'avoir, c'est impossible ». De même pour *Charlotte* : « Tu sais, tu vois du monde qui ont le sida, t'en fréquentes, tu te tiens avec, mais (tu te dis), non, moé ça m'arrivera pas ». Elle ne se protégeait jamais.

D'un autre côté, ce que l'on sait sur le conjoint/client permet également de baisser la garde lors de contacts sexuels. Lorsqu'il a été question de protection et de port du condom²³, nous avons parlé de l'importance de connaître le partenaire; inversement, connaître l'autre invite à la non-protection. *Maude*, par exemple connaît son partenaire : « elle sait avec qui (elle) couche. » De même pour *Alice*, qui connaît tous les gars de la gang avec lesquels elle couche. Quant à *Sophie*, lorsque ses *chums* sortent de prison, elle ne les perçoit ni ne les croit à risque puisque le dépistage des ITS y est obligatoire. À leur sortie et en contexte de conjugalité, elle espère leur fidélité. À ce moment, toute stratégie de protection devient inconcevable et inutile.

Enfin, Il est intéressant de noter le lien que certaines répondantes établissent entre un espace géographique précis et des individus y habitant. Ce territoire peut être petit (où tout se sait des uns sur les autres) ou plus étendu, mais circonscrit (là encore, tout s'apprend). Pour *Alice*, notamment le fait de vivre dans une petite localité rend la

²³ Se référer aux pages 81 - 82.

présence du sida sur le territoire tout à fait improbable, et le risque/maladie impensable : le « milieu » rejette celui (ou celle) qui est atteint(e) du VIH-sida. Alice :

De toute façon, y'en a pas chez nous parce que y'en a un là; il se fait tellement rejeter, ça part comme une traînée de poudre dans la ville, c'est comme s'il avait la peste et qu'il y aurait une grosse croix rouge chez eux. Ça fait que pas de ressources, aucun soin, il s'expatrie.

Sophie tient à peu près le même discours par rapport à un quartier circonscrit dans une ville beaucoup plus importante : « Ah, les gars que je baisais avec, je les connaissais, je pognais pas un inconnu. À "X", tout se sait de toute façon; tu lâches un "pet" et ça se sait ».

Passage de la protection à la non-protection

Même si les femmes rencontrées connaissent les messages de prévention et les comportements y étant associés, quelques croyances mènent à une non-protection. Ces situations se produisent surtout par rapport aux scénarios de protection inconcevables et irrecevables. Pour certaines répondantes, comme Chloé, l'amour, le choix du partenaire, le temps et le dépistage fondent leur sécurité et leur tranquillité d'esprit : « J'ai pas eu beaucoup de partenaires et quand j'suis avec quelqu'un, dans ma tête, c'est pour la vie. J'aime pas sauter d'un partenaire à l'autre », dit-elle. Ce principe de sélection du « bon gars » agit dès le début d'une relation; certaines femmes préférant ne pas faire l'amour avec un partenaire vis-à-vis lequel elles ne ressentent rien (Sophie) et d'autres préférant ne pas se lier avec un utilisateur de drogues injectables.

Les gars qui se piquent, je veux rien savoir de ça. Je m'en suis aperçue moi même, quand tu te piques, tu viens tout fou, tu ferais n'importe quoi là-dessus. Les maladies... y'aurait 90 % du monde dans « X » qui ont le VIH ou qui ont des hépatites, (et) l'autre 10 %, c'est qui? Y'en a qui peuvent te dire un pourcentage plus bas, mais moé, je dis que c'est 90 % qui ont de quoi, quasiment 100 %. Ça a pas d'allure hostie! Même les vieux bonhommes y'ont toute une hépatite B parce qu'ils boivent tous dans la même bouteille, des alcooliques là. (Lisa)

Plusieurs répondantes ont également parlé du test aux six mois, habitude augmentant chez elles le sentiment qu'elles sont « nettes ». Ce mécanisme, relié aux savoirs médicaux, apporte un effet d'exorcisme chez ces personnes, une sorte de sérothérapie comme gage de bonne santé. Cindy, par exemple s'en fait un devoir : « Je me suis toujours protégée, j'ai toujours fait ce qu'il fallait que je fasse et je passe mes tests à tous les six mois, même si j'ai toujours le même partenaire ». Baïa : « On est allé passer des tests avant, on a attendu nos résultats ». Amélie : « Au début, il se protégeait et après ça, il voulait plus. J'ai dit : On va passer des tests tous les deux. Donc, j'y ai fait passé un test, moi aussi. Ça a été correct, et on faisait l'amour sans condom »

Interactions sexuelles et gestion du risque

En quoi les conduites des femmes interviewées font-elles obstacle à la prévention en matière d'infections transmises sexuellement? Surtout, quels types de logiques, attitudes et comportements font que ces femmes choisissent de ne pas se protéger malgré les discours tenus par la Santé publique quant aux risques infectieux reliés à la sexualité? Les réponses suggérées là-dessus portent sur la violence exercée contre les femmes d'où l'impossibilité de se protéger; sur la toxicomanie, rendant la protection inexistante et enfin sur des représentations de l'amour, de la maladie et du risque qui induisent la protection irrecevable ou inconcevable. Ceci met en évidence la complexité des liens à établir dans l'interrelation femmes/violences/sida. Pour en comprendre et expliquer la dynamique, nous proposons un modèle intégrateur illustré au tableau 2. Ce modèle s'inspire de celui développé par Jauvin, Clément et Damant (1998) quant au rapport santé/violence. En voici les explications.

Nous savons que la santé est déterminée, entre autres, par un ensemble de facteurs individuels et sociosituationnels positifs ou négatifs interreliés entre eux et favorisant la prise de risque ou la protection lors d'interactions sexuelles. Ce sont des déterminants santé.

Nous nous sommes principalement concentrés sur l'impact négatif des violences subies, observées ou agies par des femmes au cours de leur vie. Cette reconstitution, illustrée à la partie gauche du tableau 2, structure les *métaprocessus* 1 et 2. Ces *métaprocessus* rendent compte du cumul des violences, de leur gravité et de leur juxtaposition qui amènent des femmes à s'inscrire dans un espace social à risque, puis à s'y ancrer.

D'autres facteurs accélèrent le passage dans l'espace social à risque. Ce sont des facteurs négatifs dits précipitants, comme la désaffiliation, la rupture d'une relation amoureuse ou l'affiliation ancrée.

Pour contrebalancer le risque, la socialisation au *sécurisexe* et certains principes, règles, attitudes et habitudes de vie personnels sont considérés comme des facteurs positifs.

Les logiques d'action (partie droite du tableau) naissent de multiples sources : elles concernent non seulement les contextes, les circonstances, les attitudes et les habitudes de vie des répondantes, mais elles sont aussi conditionnées par leurs connaissances sur le *sécurisexe*. La première logique de protection, par l'utilisation du condom, se retrouve autant avant l'insertion dans l'espace social à risque qu'après celle-ci. La deuxième logique de protection, la sécurité, tant au travail que dans l'espace toxicomaniaque, ne concerne que les répondantes ancrées dans un univers social à risque.

La section entre la protection et la non-protection représente les facteurs pouvant influencer le passage de l'un à l'autre. Les règles de l'amour, du temps et du dépistage s'étendent autant au 1^{er} qu'au 2^e *métaprocessus*. Les logiques de non-protection sont, soit involontaires par la violence sexuelle et la « dérape », soit symboliques par la nature des liens entretenus avec le chum/client (l'irrecevabilité du risque) ou par l'inconcevabilité du risque ou de la maladie. La protection zéro est particulière au 2^e *métaprocessus*.

Pour mieux comprendre le lien entre les logiques d'action, le risque et la prévention du VIH, il semble pertinent ajouter les observations suivantes :

- En ce qui concerne la logique d'action de protection, il est possible de constater que plusieurs femmes se protègent, à un moment ou à un autre de leur vie. Cette logique s'applique avec les partenaires ou les amants d'un soir et avec les clients. Elle est principalement sécuritaire, mais parfois hygiénique. Dans cette perspective, le condom indique le souci de soi et de l'autre.
- En pratique, les travailleuses du sexe disent généralement exiger du client qu'il porte un condom. Ces femmes ne font habituellement pas confiance aux hommes à qui elles se vendent. Cependant certaines font des exceptions, comme lorsqu'il s'agit d'un *sugar daddy* ou encore lorsque le client possède des particularités rassurantes à leurs yeux.
- En principe, les travailleuses du sexe ne cachent pas leur séroprévalence au client. Elles s'attendent ainsi à ce qu'il se protège. Certaines travailleuses du sexe séronégatives utilisent ce type de révélation comme stratégie de protection et s'attendent à cette même réaction des clients.
- Quant à la logique de non-protection, nos données permettent de distinguer celles qui parlent de non-protection tout à fait involontaire et celles où l'immanence du risque est totalement absente de leur discours, de leurs comportements ou des conduites de leurs partenaires. Symboliquement, ces femmes alors se sentent protégées.
- Dans un premier temps, la non-protection se rapporte directement à la violence vécue (viols, violence conjugale ou violence sexuelle au travail). La protection est alors **impossible**. Dans un deuxième temps, cette violence subie peut indirectement provoquer l'inscription de ces femmes dans l'espace social à risque, univers où certaines plongent dans la toxicomanie. Emportées par le désir d'être ailleurs et/ou d'être quelqu'un d'autre, obsédées par leur dépendance, elles partent sur la « dérape ». La protection est à son plus bas niveau : à **zéro**. Une seule des femmes rencontrées mentionne évacuer tout élément de sexualité, lors de ces moments de « dérape ».

- La non-protection de type symbolique est, en quelque sorte, une garantie plus ou moins efficace face aux risques reliés aux interactions sexuelles. Quand elle est **irrecevable**, elle réfère aux rapports que les femmes établissent avec les hommes, tant avec leurs conjoints qu'avec leurs clients. Plusieurs raisons sont invoquées. Ainsi, avec les amoureux considérés comme stables, c'est la confiance et l'amour. Avec les nouveaux chums, la protection s'efface lorsqu'on veut faire plaisir ou lorsque la passion est présente : l'emballement des sens alors ne contrôle pas.
- Avec les clients, la protection **irrecevable** repose, en fait, sur des notions totalement subjectives. Le danger est évacué parce que l'apparence du client donne confiance : il semble appartenir à la classe aisée, il a « l'air propre », il est trop âgé pour satisfaire plus d'une travailleuse du sexe. Ou encore la personne prostituée croit qu'elle est la seule à lui accorder ses services. Dans ce type de protection, connaître les hommes avec lesquels la jeune femme travaille signe également tout abandon de protection.
- La protection **inconcevable** renvoie au non-questionnement, à l'inexistence de toute impression de risque, de danger ou de maladie. Nous rejoignons ici une certaine forme de pensée magique : « Les maladies, c'est pour les autres », « elles n'existaient pas dans mon temps » ou « mon milieu est *safe* ».

La logique inscrite dans l'entre-deux allie (interface) une action concrète (poser un geste ou faire un choix pour éviter les risques) à l'idée que ce choix soit tout à fait préventif (du moins, elles y croient). Cette logique de *sécurisexe* se fonde sur des règles de vie ou sur des choix : pour éviter l'agression ou pour améliorer la qualité de vie.

Risque et prévention du VIH

Calvez (1996 : 61) écrit que la « manière dont les individus organisent leur expérience sociale oriente leur perception des situations à risque ». En appliquant ce postulat à la catégorie « expériences sexuelles » de notre corpus de données, l'adaptation, en grande partie, s'y configure parfaitement. Cependant, la section en marge de cette configuration ne peut y être reliée, et ce, pour deux raisons :

1. Comment, en effet, considérer que les femmes agressées sexuellement puissent organiser cette expérience sociale?
2. Comment percevoir le risque qu'elles courent quand l'esprit et la conscience du risque sont absents?

Au cours de leur vie, avant et pendant leur insertion dans l'espace social à risque, les femmes rencontrées parlent différemment des risques associés à leurs conduites sexuelles. Tout dépend si :

- elles sont en amour;
- elles distinguent leur vie personnelle de leur vie professionnelle;
- elles valorisent leur propre vie ou non;
- elles sont UDI ou alcooliques.

Dans un premier temps, et ce, autant avant leur inscription que pendant leur présence dans l'univers social à risque, leurs compétences culturelle et sociale en matière de sexualité, alimentées par la socialisation et les savoirs acquis, s'adaptent aux solutions proposées par le paradigme sociomédical à travers lequel l'évaluation normative prévaut, particulièrement en ce qui concerne le port du condom. La rationalité alors prédomine, et l'utilisation du condom s'adapte adéquatement aux fins poursuivies :

- on se protège lors des premières relations sexuelles, le temps de l'appivoiser;
- on évite des grossesses;
- on craint les infections transmises sexuellement;
- on distingue le privé et le public, l'amour et le travail du sexe.

Cependant, cette réponse spécifique au risque d'infection se heurte parfois à la logique du « raisonnable », alimentée par certaines convictions intimes reliées à l'évaluation amoureuse et morale, reflétant « l'irrecevabilité du risque » : existe alors des rapports

de confiance – fidélité et stabilité du couple – et un « pacte » implicite ou non basé sur des sentiments (amour et passion). Cette logique du « raisonnable » peut aussi être liée à l'évaluation imaginaire de la personne, estimation hautement subjective basée principalement sur des caractéristiques inhérentes :

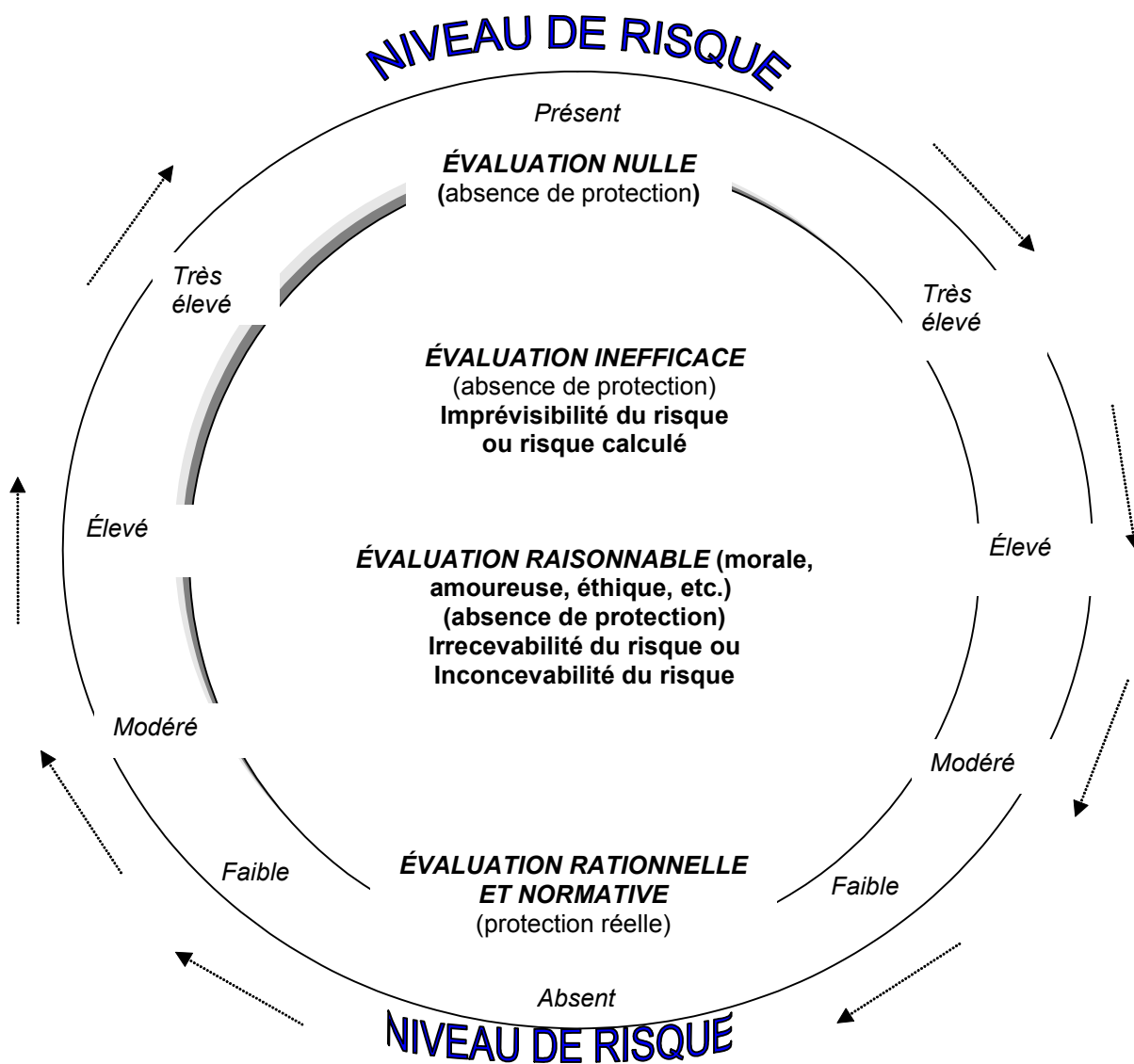
- à des lieux (le risque est moindre chez moi que dans une piquerie);
- à des pratiques (éviter des pratiques sexuelles connues ou supposées être le plus à risque, le coït, notamment);
- à des individus (selon les apparences : le physique, la propreté, l'âge, le statut social);
- à l'époque (le risque de contamination étant absent des discours, par exemple, il y a 15 ans).

Ce type de protection imaginaire réfère à « l'inconcevabilité du risque ». Par exemples, lorsque le sentiment d'être protégée dépend de la croyance en une immunité innée ou acquise, quand il se fonde sur l'exorcisme de la maladie, par des tests de dépistage à répétition, quand il s'appuie sur la réduction de partenaires ou sur le fait ne pas être UDI, etc.

Lorsque survient le risque d'infection, la réflexion et capacité de juger d'une situation sont présentes mais inopérantes. En ce qui concerne la prévention, il arrive que les femmes n'aient pas le choix ou encore qu'elles décident de prendre un risque en toute conscience, car elles évaluent le coût moins attrayant que la fin attendue : la jouissance procurée par le prochain *hit*. Il faut donc référer aux situations ou aux contextes des expériences vécues par les répondantes. Ainsi, quand les femmes sont agressées sexuellement, elles comprennent que le risque de contracter une infection est réel, mais la prévention devient tout simplement impossible. Cette situation est, de toute évidence, imprévisible, et les femmes agressées n'y peuvent rien. Par contre, lorsque certaines travailleuses du sexe acceptent une prime monétaire de la part d'un client pour des relations sexuelles non protégées, elles prennent un risque calculé. Enfin, lorsque ces femmes partent sur la « dérape » et malgré le fait que quelques-unes aient mentionné n'avoir aucun appétit sexuel dans ces moments, l'imprévisible et l'évaluation du risque se côtoient. Si elles désirent s'intoxiquer, c'est un choix, mais le laisser-aller créé par un état de conscience altérée peut favoriser des rapports sexuels non protégés, des échanges ou l'utilisation de seringues non stériles.

Par conséquent, s'il y a une interaction sexuelle lors de ces moments de « dérape », il peut s'agir (ou non) d'une agression. Si c'est le cas, l'agresseur peut être un habitué de la piquerie fréquentée par la toxicomane ou encore d'un client qui abuse de son état. Sinon, lorsque ces femmes intoxiquées se laissent aller à l'amour, elles ne parlent pas nécessairement de *sécurisexe* ni même de non-protection. Généralement, elles n'y pensent même pas et ne posent aucune réflexion à ce niveau. La figure 2 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 rationnel où la prévention est alors à son plus bas niveau, sinon totalement absente.

Figure 2 – Évaluation du risque



Voici comment s'articule la figure 2 :

- En ce concerne la prévention des ITS/VIH-sida, l'évaluation rationnelle et normative induit une protection réelle où le risque est objectivement faible. En effet, dans ce domaine d'évaluation, les femmes exigent le condom. Le partenaire (l'amoureux ou le client) peut également en faire la demande par mesure de sécurité. À noter que ce type d'évaluation s'effectue en fonction de la santé des femmes, régulée, en grande partie, par la socialisation.
- Dans l'évaluation basée sur le « raisonnable », le risque mesuré évolue d'un cran, de faible à modéré. Les évaluations sont axées sur une réalité relative et subjective. Ici, la non-protection s'appuie sur un locus immatériel et donc sur du ressenti, un *feeling*, le sens commun, le sentiment d'être protégée. Plusieurs répondantes adoptent également certaines règles (idées/actions) leur apparaissant moins à risque en contexte amoureux ou comme travailleuse du sexe.
- En situation d'évaluation inefficace, la violence sexuelle se pose en obstacle à la prévention. En effet, la protection est impossible pour les femmes agressées sexuellement et elle est nulle lorsqu'elles partent sur une « dérape » ou qu'elles échangent des seringues. Dans les cas d'agressions sexuelles, le risque est imprévisible. Lorsqu'elles sont intoxiquées, le risque peut être imprévisible ou nettement absent. La prise de risque peut également être calculée quand la travailleuse du sexe accepte une prime pour des services sexuels non protégés.

Il semble surtout important de retenir que la prise de risque est dynamique et qu'elle évolue d'un stade à l'autre, de manière circulaire et non linéaire. Effectivement, tout relève de ce qui se passe dans la vie des répondantes à ce moment-là. Est-elle agressée par un conjoint? Vit-elle un deuil? Est-elle trop intoxiquée lorsqu'elle « fait des clients »? Sa santé devient-elle une priorité? À noter toutefois que l'intervention est tout de même possible, puisque la prévention se situe toujours quelque part, soit en période d'accroissement du risque, soit dans sa diminution.

CONCLUSION

L'exclusion, sous toutes ses formes, nous fragilise aux maladies et au VIH en particulier. Il me semble que si on était sérieux comme société dans notre discours de prévention des maladies, il faudrait d'abord et avant tout s'attaquer à ces exclusions à un meilleur partage du pouvoir et de la richesse. Mais nous nous mentons.
(André Le Clerc)²⁴

Objectifs et questions de départ

Dans le cadre de cette recherche portant sur les rapports entre la violence et la transmission hétérosexuelle des ITS et du VIH-sida chez les femmes, l'objectif principal était de saisir les liens qui sous-tendent ces deux réalités. Faisant suite à une recension exhaustive des écrits sur ces univers, nous avons choisi d'interroger des femmes ayant un passé de violences subies et qui habitent et vivent dans des environnements sociaux à risque, telles ceux de la prostitution, de la toxicomanie et de la criminalité pour tenter de répondre aux questions suivantes :

1. En quoi la violence participe-t-elle à la transmission hétérosexuelle du sida et à la féminisation de l'épidémie?
2. Comment les femmes inscrites dans un univers social à risque gèrent-elles le risque du VIH?
3. Outre la violence, existe-t-il d'autres logiques d'action préventives, ou non, influençant les pratiques sexuelles de ces femmes?

Les résultats que nous avons décrits dans ce rapport nous amènent à tirer quatre constats principaux que nous transmettons ici en guise de conclusion.

²⁴ Citation tirée d'une communication de Roger Le Clerc, directeur de la COCQ-sida dans le cadre d'un colloque tenu à Québec les 26 et 27 novembre 2001 : *Vulnérabilité et VIH/MTS : les enjeux et les défis de la prévention*, site Web : www.cocqsida.com

Constats de recherche

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 victimes de violence, mais, en plus, certaines d'entre elles retournent ces violences contre elles-mêmes ou autrui.
- Les multiples formes, la persistance, l'intensité et la gravité des violences vulnérabilisent ces femmes.
- 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.
- 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. Les univers de violence et d'espace social à risque finissent par se confondre.

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 lorsqu'elles habitent l'espace social à risque.
- Le *métaprocessus 2* correspond à l'augmentation de l'incidence et de la gravité de la violence à laquelle elles sont exposées; ce cheminement contribue à ancrer ces femmes dans l'univers social à risque.

Les interactions sexuelles et les scénarios de protection

- Une typologie composée de quatre types de logiques de non-protection contre les ITS ou le VIH a été constituée à partir des résultats de l'analyse du discours de ces femmes : la protection impossible, la protection zéro, la protection irrecevable et la protection inconcevable.
- La protection impossible survient lorsque les femmes se retrouvent dans des situations, tels 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 une relation sexuelle sans protection.
- Les moments de protection zéro sont associés aux périodes de « dérape », que vivent certaines femmes lorsqu'elles 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.
- 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. Dans ce scénario, toute stratégie de protection ou de non-protection est liée au contexte relationnel.
- La protection inconcevable concerne les 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.

La prévention du VIH

Nous avons vu que, dans le cas des femmes qui connaissent des situations de violence, les facteurs individuels de protection sont relativement limités. Ainsi :

- La prévention du VIH n'est pas le simple fait de l'individu qui décide de prendre ou de ne pas prendre de risques. Elle est tributaire d'un ensemble de facteurs dans lequel évoluent ces personnes.
- Les contextes producteurs de risque, particulièrement ceux de la violence, 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.
- 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 du message. En effet, toutes les femmes rencontrées le connaissent. 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.

Pistes d'intervention

- Pour diminuer, de façon efficace, la propagation de l'épidémie, il est essentiel 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 davantage que de travailler individuellement avec chacune de ces femmes vulnérables ou d'agir en groupe auprès d'elles. Il faut s'attaquer aux conditions structurelles qui produisent ces univers sociaux à risque.
- Il importe d'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.
- L'idée d'agir au mieux dans une perspective de travail de proximité et sans moralisation ni prêchi-prêcha convient bien davantage auprès de 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.
- Inscrire les interventions dans un contexte de collaboration intersectorielle d'éducation préventive et de conscientisation fondées sur l'approche de réduction des méfaits.

Pistes de recherche

- 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.
- Continuer la réflexion en articulant d'autres données du même genre sous l'angle d'une analyse de genre. À cet égard, une recherche, actuellement en cours, soulève les questions suivantes :
 - Est-ce que la situation des prostitués masculins est semblable à celle des femmes prostituées sur le plan de la violence?
 - Outre la violence, la façon de réguler la prostitution de rue du côté des hommes diffère-t-elle de celle des femmes?
 - Les impacts sur la vulnérabilité au VIH sont-ils comparables?
 - 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?
- 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 la vulnérabilité qui, à son tour, agirait sur les comportements de santé. Il sera 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 certain(e)s s'en sortent mieux que d'autres, notamment en protégeant davantage leur santé et leur vie.
- Revisiter 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.

Retombées sociales

Cette recherche devrait permettre aux intervenants et intervenantes, aux travailleurs de rue et travailleuses de rue et aux décideurs et décideuses de :

- bénéficier d'un outil de prévention provisoirement nommé *L'ABC de la rue* dans le but d'améliorer les conditions de travail des travailleuses du sexe et de prévenir la violence. Un projet d'élaboration 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 prostitué(e)s;
- 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;
- favoriser le développement de 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

- Albertyn, C. (2000). « Le droit et les humains pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH », *Revue canadienne VIH/SIDA et droit*, vol. 5 (4).
- 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. 29 (7), July, p. 411-416.
- Bibeau, G., Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises. À travers les itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- Binet, L., Damant, D. (2002). « La vie incertaine : les funambules de l'espace toxicomane », 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.
- Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan.
- Brousseau, M. (1999). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse de doctorat, Faculté des Études supérieures, Université Laval, École de service social.
- 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.
- Cantin, S., Rinfret-Raynor, M. (1994). « Quitter le conjoint violent comme stratégie de résolution du problème », p. 265-282, in Rinfret-Raynor, M., Cantin, S. (dir.), *Violence conjugale, Recherche sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*, Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard.
- Centre québécois de coordination sur le sida (CQRS 2001). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida)*. Québec, cas cumulatifs 1979-2001, mise à jour n° 2001-2.
- Champagne, C., Leboeuf, L. (1995). « Violence et pauvreté », *Relations*, n° 608 : 46-48, mars.
- Church, S., Henderson, M., Barnard, M., Graham, H. (2001). Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey". *British Medical Journal*, 322 (7285): 524-525.

- Clapier-Vallandon, S. (1991). « Approche systémique et récit de vie », p. 92-104, in F. Steudler et Watier, P. *Interrogations et parcours sociologiques : Actes du Colloque Sociologies III*, Université des Sciences humaines de Strasbourg, Paris : Méridiens-Klincksieck.
- COCQsida (2002). Coalition des organismes communautaires québécois. Site Internet : www.cocqsida.com.
- CQCS (2001). Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Anastos, K., Cohen, J., Melvick, S. (2000). "Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV", *American Journal of Public Health*, Vol. 90 (4): 500-565.
- Comité canadien sur la violence faite aux femmes (1993). *Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services.
- Dubé, M. (2000). *La violence conjugale et le filicide; quels facteurs explicatifs lient ces problématiques? Mieux comprendre pour mieux intervenir*. Communication présentée au 68^e Congrès de l'ACFAS, 15-29 mai 2000.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*, Paris : Éditions du Seuil.
- El-Bassel, N., Witte, S., Wada, T., Gilbert, L., Wallace, J. (2001). "Correlates of partners violence among female street-based sex workers: Substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks", *AIDS Patient Care and STD's*, janvier 15 (1): 41-51.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Foleno, A., Frye, V. (2000). "Fear and Violence: Raising the HIV stakes", *AIDS, Education and Prevention*, April 12 (2): 154-170.
- Eldridge, G.D., St-Lawrence, J.S., Little, C.E., et al. (1997). "Évaluation 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., McGillicuddy, P., Hallgren, A. (2000). "Crack and prostitution: Gender, myths and experiences", *Journal of Drug Issues*, 30 (4) : 767-788.
- Farmer, P., Furin, J. (1997). « Sexe, drogue et violences structurelles : les femmes et le VIH », *Journal des anthropologues*, n^{os} 68-69 : 35-47.
- 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.
- Folette, V.M., Polusny, M.A., Bechtle, A.E., Naugle, A.E. (1996). "Cumulative Sexual Abuse, Adolescent Sexual Behaviors, and Sexual Revictimization", *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1: 25-35.

- Garcia-Moreno, C., Watts, C. (2000). "Violence against Women: Its Importance for HIV/AIDS", *AIDS*, 14, supplement 3: S253-S265.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*. Paris : Colin.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine.
- 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.
- Guyon, L., Robitaille, C., Clarkson, M., Lavallée, C. (1996). *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Hattem, T. (2000). *Survey of Sexual Assault Survivors: Report to Participants*. Justice Canada et Canadian Association of Sexual Assault Centres, Ottawa.
- Hébert, M., Lavoie, F., Tremblay, R. (1999). *Mental Health Impact of Child Sexual Abuse and Dating Violence in Female Adolescents*. Communication présentée au 6e International Family Violence Research Conference, Durham, New Hampshire.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Kaye Wilson, S. (1990). *Children of Battered Women*, Newbury Park: Sage.
- Jauvin, N., Clément, M., Damant, D. (1998). *L'interrelation entre la santé et la violence*, Montréal et Québec : le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), l'Université de Montréal et le Centre d'excellence pour la santé des femmes.
- Kimerling, R., Goldsmith, R. (2000). "Links between exposure to violence and HIV-infection: Implications for substance abuse treatment with women", *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol. 18 (3): 61-69.
- Lacharité, C., Robidoux, S. (1996). « La qualité de la relation conjugale, le soutien du conjoint et la détresse parentale des mères négligentes ou à risque sur le plan psychosocial », p. 67-87, in Tessier, Tarabulsy et Éthier (dir.), *Dimensions de la maltraitance*, Sainte-Foy : les Presses de l'Université du Québec.
- Le Clerc, R. (2001). *Vulnérabilité et VIH/MTS : les enjeux et les défis de la prévention*. Communication présentée dans le cadre d'un colloque tenu à Québec les 26 et 27 novembre 2001. Informations site Internet : www.cocqsida.com.
- Le Monde diplomatique (1999). *Manières de voir*, 44, mars-avril. Site Internet : www.monde-diplomatique.fr/info-diplo/msg00089.html.

- Lowman, J., Fraser, L. (1995). *Violence against persons who prostitute: The experience in British Columbia*. Technical Report No. TR1996-14e, Ottawa: Département de la justice.
- Maeve, M.K. (2000). Speaking unavoidable Truths: "Understanding early Childhood Sexual and Physical Violence among Women in Prison", *Issues in Mental Health Nursing*, 21: 473-498.
- Mallory, C., Phyllis-Noerager, S. (2000). "Awakening as a Change Process among Women at Risk for HIV who Engage in Survival Sex", *Qualitative Health Research*, September, 10 (5): 581-594.
- 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 », p. 65-76, in Calvez, Marcel, *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, Paris : ANRS.
- Messervier, M. (1999). *La perception des femmes prostituées de la rue face à leur sexualité en lien avec leurs clients et leur partenaire amoureux*. Rapport d'activité présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sexologie, Montréal : Université du Québec.
- Miller, M. (1999). "A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV-risk among women", *AIDS Care*, Vol. 11 (1): 3-20.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a). *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec*, Santé publique, Collection : analyses et surveillance, décembre.
- _____, (2001b). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moeller, T.P., Bachmann, G.A., Moeller, J.R. (1994). "The Combined Effects of Physical, Sexual, and Emotional Abuse during Childhood: Long-term Health Consequences for Women", *Child Abuse & Neglect*, 17: 623-640.
- Muchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mullings, J.L., Marquart, J.W., Brewer, V.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.
- Nations Unies (2000). *Femmes en l'an 2000 : égalité entre les sexes, développement et paix au xxi^e siècle*. Communiqué de presse, 10 juin 2000. Site Internet : www.un.org/news/fr-press/docs/2000/20000610.ag1023.doc.html.

- 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 (2000; 2001). *Le point sur l'épidémie du SIDA 2001*, décembre 2001. Site Web : COCQ-sida : www.cocqsida.com.
- _____, (2000). *L'ONUSIDA s'alarme de la tendance croissante à la féminisation du sida*. Communiqué de presse, 29 février 2000, p. 1, Site Internet : www.health.fgov.be/wh13/krant/krantarch2000/kranttekstmar/000301m08un.htm.
- Pâquet-Deehy, A. (1998). « La violence décloisonnée ou la victimisation et la revictimisation dans la vie privée des femmes », *Intervention*, 108 : 7-17.
- Poitras, M., Lavoie, F. (1995). "A Study of the Prevalence of Sexual Coercion in Adolescent Heterosexual Dating Relationship in a Quebec Sample", *Violence and Victims*, 10 (4): 299-313.
- Pryen, S. (1999). *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Réseau canadien de la santé (1999). *Prévention de la violence/FAQS, question 2 : Qu'est-ce que la violence envers une femme?*, site Internet : www.canadien-health-network.ca.
- Robichaud, J.-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M., Saucier, J. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité*, Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- 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.
- _____, (2001a). *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.
- _____, (2001b). *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.
- _____, (avril 2001). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2000*, Santé Canada.
- _____, (mai 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.

- _____, (novembre 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, des MTS et de la tuberculose. Centre de prévention et du contrôle des maladies infectieuses, novembre.
- _____, (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.
- Sowell, R.L., Philips, R.D., Seals, B., Murdaugh, C., Rush, C. (2002). "Incidence and correlates of physical violence among HIV-infected women at risk for pregnancy in the south-eastern United States", *Journal of Association Nurses AIDS Care*, Vol. 13 (2): 46-58.
- Statistique Canada (2002). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, n° de cat. : 85-224-XIF, p. 1.
- _____, (2000). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa.
- _____, (1999a). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, Ottawa, Ministère de l'Industrie.
- _____, (1999b). Délinquants sexuels, *Juristat*, vol. 19, n° 3, mars.
- _____, (1993). *L'enquête sur la violence envers les femmes*, *Le Quotidien*, Ottawa.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C. (2000). *Incidence et problématique des mauvais traitements et des troubles de comportements signalés aux services de protection de la jeunesse québécois : portrait général de la méthodologie et principaux résultats descriptifs*. x^e symposium international de victimologie, Montréal.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B. (2000). *The canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Methodology and preliminary findings*. Victimization of children and youth: An international Research Conference. Durham: NH.
- Turmel, B. (2002). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Cas cumulatifs 1979-2002. Mise à jour n° 2002*. Programme de surveillance du sida du Québec, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/f/outils/recherch/index.html.
- Velda-Simons, R. (2000). "Child Sexual Trauma and Female Prostitution. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering", août, vol. 61, p. 1096.

- White, J.W., Humphrey, J.A., Hall-Smith, P. (1999). *A Model of Sexual Revictimization: Longitudinal Analyses*. Communication présentée à la 6^e International Family Violence Research Conference, Durham, New Hampshire.
- Women's Safety Project (1993). *Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*, Comité canadien sur la violence faite aux femmes, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services.
- Wyatt, G.E., Riederle, M. (1994). "Sexual Harassment and Prior Sexual Trauma among African-American and White American Women", *Violence and Victims*, 9, 3: 233-247.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Bradford Reich, D., Marino, M., Haynes, M., Gunderson, J. (1999). "Violence in the lives of adult borderline patients", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 2: 65-71.
- Zierler, S., Cunningham, W.E., Andersen, R., Shapiro, M.F., Bozzette, S.A., Nakazono, T., Morton, S., Crystal, S., Stein, M., Turner, B., St Clair, P. (2000). "Violence Victimization after HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care", *American Journal of Public Health*, 90 (2): 208-215