

Université de Montréal

La pratique participative en santé publique :
l'émergence d'un paradigme
(Tome I)

par
Sylvie Gendron

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en Santé publique
option Promotion de la santé

novembre 2001

© Sylvie Gendron, 2001

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

La pratique participative en santé publique :
l'émergence d'un paradigme
(Tome I)

présentée par :

Sylvie Gendron

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : Pierre Fournier

Directeur de recherche : Ron Levy

Membre du jury : Louise Potvin

Examineur externe : Michel O'Neill

Représentante du doyen de la FES : José Côté

RÉSUMÉ

Cette thèse concerne l'élaboration d'un cadre conceptuel général qui précise les fondements théoriques et méthodologiques d'une pratique participative favorisant l'engagement accru des acteurs de la santé publique auprès des citoyens. La formulation de ce cadre repose sur des justifications disciplinaire, épistémologique et méthodologique conjuguées aux apprentissages et élaborations conceptuelles issues d'un projet de recherche participative mené avec des femmes ayant une expérience vécue de prostitution. Ce dernier visait une meilleure compréhension des conditions et dynamiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH de prostituées de rue travaillant dans le centre-ville de Montréal (Québec, Canada), ceci afin d'identifier et de mettre en œuvre, avec des travailleuses du sexe, des actions pouvant améliorer leurs conditions de vie et de travail. Outre la démonstration du potentiel de la recherche participative pour le développement de savoirs théoriques et pratiques en santé publique, ce projet empirique procure une conception renouvelée des dimensions psycho-individuelles et sociostructurelles de la vulnérabilité au VIH d'un groupe de femmes particulièrement marginales et souligne l'impératif d'une approche multidimensionnelle en prévention du VIH. Un processus subséquent d'analyse qualitative et de modélisation systémique a permis de déterminer que la vulnérabilité procède d'une expérience vécue d'exclusions et d'une (in)capacité de régulation ; d'énoncer l'autonomie comme contrepartie conceptuelle de la vulnérabilité ; de souligner les corollaires inhérents aux liens d'interdépendance qu'invoque une pratique participative, notamment en termes d'accompagnement des citoyens et d'enjeux de pouvoir ; et de concevoir l'articulation du cadre conceptuel projeté. Ce cadre comporte quatre dimensions paradigmatiques : 1) une épistémologie constructiviste pour le développement de savoirs et d'actions à travers l'(inter)action ; 2) une méthodologie de recherche-pratique participative combinant les fonctions de recherche et d'intervention ; 3) une ontologie valorisant l'autonomie des acteurs, ce qui implique une responsabilité partagée entre une pluralité d'intervenants et de citoyens pour la santé ; et 4) une orientation téléologique privilégiant l'actualisation de projets collectifs pour promouvoir la santé, érigeant ainsi la promotion de la santé comme pôle essentiel d'une santé publique participative. Original et développé à travers un processus récursif de réflexion et d'action, ce cadre permet d'envisager le développement de savoirs et d'interventions novateurs en santé publique et pertinents pour les citoyens concernés.

Mots clés

Participation des citoyens ; recherche-action ; promotion de la santé ; recherche qualitative ; constructivisme ; prostitution ; VIH ; vulnérabilité ; autonomie.

SUMMARY

This dissertation inquires into the theoretical foundations and practical issues involved in the development of participatory practices in public health and introduces an emergent conceptual framework to enhance copartnerships between public health professionals and citizens. The framework is based on public health discourse and experience with regard to citizen participation, epistemological and methodological considerations, as well as lessons learned and conceptual formulations derived from a participatory research project conducted with women having previously engaged in prostitution. The aim of this project was to improve our understanding of street prostitutes' vulnerability to HIV in Montreal (Quebec, Canada) and to identify and develop concerted actions with sex workers to ameliorate their living and working conditions. Besides demonstrating how participatory research can produce practical as well as theoretical knowledge in public health, this empirical project provided insight into the psycho-individual and sociostructural dimensions of HIV vulnerability of an extremely marginalised group of women, emphasising the importance of putting forth multifaceted HIV prevention initiatives. Further qualitative analysis and systemic modelling of data highlighted how vulnerability emerges from a lifeworld of exclusion and a limited capacity to regulate one's life and environment ; established conceptual correspondence between the concepts of vulnerability and autonomy ; underscored the implications of participatory relationships, particularly in terms of power-sharing and citizen support ; and provided grounds for the final conceptual framework. The latter encompasses four paradigmatic dimensions : 1) a constructivist epistemology to develop knowledge and actions through (inter)action ; 2) a participatory methodology combining research with action ; 3) an ontology of autonomy implying shared responsibility for health between a plurality of public health partners and citizens ; and 4) a teleological pursuit of collective projects for health which attests to the centrality of health promotion in public health participatory practice. Developed through a recursive process of reflection and action, this original framework has potential for the development of innovative knowledge and action in public health and is pertinent for citizens who seek to understand and act upon their health-related concerns.

Key words:

Citizen participation ; action research ; health promotion ; qualitative research ; constructivism ; prostitution ; HIV ; vulnerability ; autonomy.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Printemps 1994...	2
Le contexte et le projet de la thèse	3
La pertinence de la thèse	4
Les finalités de la thèse	4
Canevas de la thèse	5
Un mot sur l'articulation de la thèse	6
PREMIÈRE PARTIE DE LA THÈSE	
Les points d'ancrage et la démarche de recherche privilégiés pour la réalisation de la thèse.....	7
Introduction.....	8
CHAPITRE PREMIER	
Le point d'ancrage disciplinaire : l'émergence et la pertinence du projet de la participation en santé publique	11
Survol des origines et de la structuration de la santé publique moderne : vers l'émergence de l'idée et de la pratique de la participation.....	12
Survol des origines et de la structuration de la santé publique moderne	12
L'émergence de l'idée et de la pratique de la participation	15
L'idée et la pratique de la participation au Québec.....	18
Quelques critiques que soulève la mise en œuvre du projet de la participation	22
Le projet de la participation n'est que discours	22
Un concept mal défini qui relève de divers cadres de référence.....	23
Des pratiques de l'ordre de la manipulation	25
Pour l'élaboration d'une théorie et d'une méthode de pratique participative en santé publique	27
Des motifs supplémentaires inscrits dans la finalité de la thèse	27
Le thème central de la pluralité.....	28
CHAPITRE DEUXIÈME	
Le point d'ancrage paradigmatique : une approche constructiviste	31
Le concept de paradigme	32
Origine et définition du concept de paradigme.....	32
Les quatre champs constitutifs d'un paradigme.....	33
Le constructivisme : explicitation et pertinence pour la pratique en santé publique.....	35

L'archipel des constructivismes : substrat d'origine et premier principe fondateur	36
Le constructivisme projectif.....	39
Les considérations épistémologiques.....	39
Les considérations ontologiques.....	40
Les considérations méthodologiques.....	40
Les considérations téléologiques.....	40
Pertinence du paradigme constructiviste (projectif) pour la pratique contemporaine en santé publique.....	41
Le paradigme constructiviste pour aborder le développement d'un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.....	43
Le potentiel de construction de divers types de savoirs à travers l'(inter)action.....	43
L'articulation du caractère multidimensionnel de la connaissance.....	44
La dimension de l'action.....	44
Les dimensions de l'explication et de la compréhension.....	45
La dimension de l'interprétation.....	46
L'articulation des quatre dimensions de la connaissance selon une optique constructiviste.....	47

CHAPITRE TROISIÈME

La démarche de recherche privilégiée pour la réalisation de la thèse	49
La recherche participative.....	51
Diversité et définition générale.....	51
Origines et développement de la recherche participative en bref.....	52
Quelques traits caractéristiques et potentiels distinctifs de la recherche participative pour la santé publique.....	56
Une démarche empreinte de collaboration.....	56
Un processus cyclique générateur.....	57
La production d'une diversité de savoirs.....	58
Quelques défis que présente la recherche participative pour les acteurs de la santé publique.....	59
La problématique sélectionnée pour l'amorce du projet empirique.....	64
La vulnérabilité de prostituées de rue au VIH.....	65
La démarche méthodologique adoptée pour la formulation d'un cadre conceptuel favorisant une pratique participative en santé publique.....	66
La méthodologie générale.....	66
Les méthodes privilégiées.....	68

DEUXIÈME PARTIE DE LA THÈSE

Le projet empirique : un projet participatif avec des travailleuses du sexe pour intervenir sur leur vulnérabilité au VIH	70
--	-----------

Introduction.....	71
--------------------------	-----------

CHAPITRE QUATRIÈME

Les paramètres de la recherche	74
Contexte du projet.....	75
Le contexte organisationnel du projet.....	75
Les femmes pratiquant la prostitution dans les rues du centre-ville de Montréal....	77
Prostitution et VIH : état de la situation et perspectives d'intervention	79
Mise au point : la prostitution en tant que travail	79
Les données épidémiologiques sur le VIH parmi les travailleuses du sexe.....	84
Les interventions pour traiter la problématique prostitution-VIH	87
Aperçu des interventions.....	88
La régulation	88
L'accessibilité des services cliniques et les campagnes de prévention.....	89
L'intégration et le partenariat.....	90
La mobilisation et l'autoprise en charge des prostituées	91
Mise en perspective des stratégies d'intervention privilégiées et la piste de la vulnérabilité.....	93
La question de recherche.....	96
Examen de recherches antérieures	97

CHAPITRE CINQUIÈME

Les procédures de recherche.....	101
La stratégie de recherche participative.....	102
L'élaboration et la mise en œuvre de notre projet de recherche participatif.....	103
Initiation du projet.....	103
Les co-chercheuses principales et nos rôles respectifs.....	104
La phase préparatoire	105
L'établissement des bases du travail en équipe.....	106
La détermination de critères de sélection.....	107
L'identification d'activités d'animation pour soutenir la réflexion et l'action.....	108
Le processus de recrutement	110
La consolidation de la phase de recrutement	113
D'autres dimensions de la phase préparatoire.....	118
Le projet	119
Déroulement du projet.....	120

Le processus conjoint de gestion, d'analyse et de modélisation.....	121
L'analyse <i>a posteriori</i>	127
Quelques considérations sur les méthodes d'analyse de données qualitatives	128
La gestion des données disponibles et générées	129
Les procédures de l'analyse <i>a posteriori</i>	131
Le recours à la littérature.....	137
Les contours de la démarche de théorisation	139
La question de la qualité	140
Les critères épistémiques de crédibilité	142
Le critère de crédibilité	142
Le critère de transférabilité	143
Le critère d'imputabilité procédurale.....	145
Le critère de confirmation.....	146
Un commentaire sur la triangulation.....	147
Les critères pratiques d'authenticité.....	149
Le critère d'intégrité.....	149
Le critère d'authenticité épistémologique.....	150
Le critère d'authenticité pédagogique.....	151
Le critère d'authenticité catalytique.....	151
Le critère d'authenticité stratégique.....	151
Les considérations éthiques	153

CHAPITRE SIXIÈME

Résultats : la question de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH	156
Résultats de la première analyse conjointe	157
Première proposition de résultats	157
Élaboration subséquente du modèle issu de la première analyse conjointe.....	161
Résultats des analyses effectuées <i>a posteriori</i>	163
Le modèle conceptuel organisateur.....	163
Spécification des champs du modèle conceptuel organisateur	163
Délimitation d'un système référentiel	166
Les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.....	171
Des systèmes de croyances à contresens.....	171
Connaissances et croyances	171
Les modes de transmission du VIH	171
La protection du VIH	172
La non-reconnaissance de soi.....	174
L'histoire de vie	174
L'identité de travailleuse du sexe.....	175

La résignation à accepter une image dévalorisante de soi	176
Un monde vécu d'exclusions	177
Des réalités sociales d'exclusion.....	177
Des réalités socio-économiques et sexistes.....	178
L'ignorance, l'indifférence et la stigmatisation à l'endroit des travailleuses du sexe.....	179
La criminalisation des activités liées à la prostitution	181
L'inadéquation des interventions préventives	182
L'exclusion vécue dans le milieu de la prostitution de rue.....	183
Les principaux protagonistes du milieu de la prostitution de rue	183
– Les autres travailleuses du sexe : chacune pour soi	184
– Les <i>pimps</i> , les <i>pushers</i> et les protecteurs : des profiteurs de tout acabit	185
– Les clients : en quête de services	186
– La police : une surveillance répressive qui exclut	187
Des conditions de travail qui aiguisent l'exclusion.....	188
– Des lieux de travail isolés et dangereux.....	189
– Le marché compétitif de la prostitution	190
– La prévalence accrue de drogues dans le milieu.....	190
Des projets (dé)constructeurs et en interférence	192
Les projets (dé)constructeurs inhérents à la vulnérabilité au VIH	193
Le besoin de drogues.....	193
Le besoin d'argent	195
Le besoin d'amour et d'appartenance	195
Un projet de survie.....	197
L'interférence des projets.....	198
Une pratique (dé)réglée.....	200
La transgression des règles de pratique.....	201
La capacité de régulation	203
Un modèle récapitulatif.....	205
Bilan des écrits portant sur la vulnérabilité au VIH parmi les travailleuses du sexe.....	207
Considérations générales.....	207
Considérations spécifiques.....	208
Les niveaux de vulnérabilité	208
Les systèmes de croyances.....	209
Un monde vécu d'exclusions : des réalités sociales d'exclusion.....	212
Un monde vécu d'exclusions : l'exclusion vécue dans le milieu de la prostitution de rue	216
Des projets (dé)constructeurs et en interférence	218

La pratique (dé)réglée du métier	220
Remarque finale	222
Synthèse des résultats.....	223
L'expérience vécue d'exclusion.....	224
La capacité de régulation	225
Mise en relation des idées : formulation d'un premier modèle sur le phénomène de la vulnérabilité (des prostituées de rue au VIH)	226

CHAPITRE SEPTIÈME

Poursuite de la conceptualisation du phénomène de la vulnérabilité.....	230
Mise en perspective du premier modèle sur le phénomène de la vulnérabilité (des prostituées de rue au VIH).....	231
La vulnérabilité au VIH parmi d'autres groupes.....	231
La vulnérabilité considérée dans d'autres contextes que celui du VIH	234
Les conceptualisations théoriques de la notion de vulnérabilité.....	236
Les éléments composant et structurant la conception du phénomène de la vulnérabilité	236
Les dynamiques inscrites dans le phénomène de la vulnérabilité.....	238
Commentaire récapitulatif.....	241
Poursuite de l'élaboration d'un modèle sur le phénomène de la vulnérabilité en santé publique.....	242
Quelques affinités conceptuelles avec les dimensions centrales d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation	243
Des contreparties conceptuelles de la notion de vulnérabilité	244
La résilience	244
L' <i>empowerment</i>	246
Le point d'achoppement que soulève la connexion vulnérabilité- <i>empowerment</i>	249
L'autonomie	252
Reformulation du modèle de la vulnérabilité et piste théorique à poursuivre	255

CHAPITRE HUITIÈME

Impacts et conséquences du projet	258
Impacts du projet chez les co-chercheuses principales	259
Les réalités du travail chez Stella.....	260
Le renouvellement de sens	261
La poursuite de projets	262
La pratique d'intervention chez Stella	263
Conséquences du projet chez Stella	264
Les réalités du travail chez Stella.....	264
Le renouvellement de sens	265

La poursuite de projets	266
La pratique d'intervention chez Stella	267
Constats et proposition pour la pratique de la santé publique.....	268

CHAPITRE NEUVIÈME

Épilogue de la deuxième partie de la thèse	273
Les principaux apprentissages.....	274
Originalité	277
Possibilités d'approfondissement théorique.....	278
Quelques implications pratiques	280
La pratique de la recherche participative en santé publique	280
La prévention du VIH	283
L'intervention des acteurs de la santé publique	283

TROISIÈME PARTIE DE LA THÈSE

Vers un paradigme de la participation en santé publique	285
--	------------

Introduction.....	286
--------------------------	------------

CHAPITRE DIXIÈME

Un cadre conceptuel général pour une pratique participative en santé publique.....	288
Éléments structurants d'un cadre conceptuel général pour une pratique participative en santé publique.....	289
Premier élément : l'actualisation de projets collectifs pour promouvoir la santé.....	289
Deuxième élément : une épistémologie constructiviste pour la santé publique	291
Troisième élément : la recherche-pratique participative.....	293
La phase d'initiation : l'apprivoisement	295
La phase préparatoire : l'accompagnement.....	296
La phase du transfert de la théorie au monde de la pratique.....	299
Quatrième élément : l'autonomie des acteurs	301
Configuration des éléments structurants : un cadre paradigmatique pour une pratique participative en santé publique.....	304
Possibilités de suivi.....	308

CONCLUSION GÉNÉRALE	311
----------------------------------	------------

RÉFÉRENCES.....	315
------------------------	------------

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les quatre champs constitutifs d'un paradigme.....	34
Figure 2.	Les quatre dimensions de la connaissance selon une optique constructiviste	47
Figure 3.	Schématisation de l'affiche issue des premières analyses conjointes : les quatre niveaux du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.....	158
Figure 4.	Modèle reconfiguré issu de la première analyse conjointe : les quatre niveaux inter-reliés du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.....	162
Figure 5.	Spécification des champs du modèle conceptuel organisateur	164
Figure 6.	Délimitation du système référentiel du modèle conceptuel organisateur	170
Figure 7.	Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : des systèmes de croyances à contresens.....	172
Figure 8.	Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : un monde vécu d'exclusions	177
Figure 9.	Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : des projets (dé)constructeurs et en interférence	193
Figure 10.	Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : une pratique (dé)réglée.....	201
Figure 11.	Les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : modèle récapitulatif.....	206
Figure 12.	Proposition d'un premier modèle sur le phénomène de la vulnérabilité (des prostituées de rue au VIH).....	228
Figure 13.	Le phénomène de la vulnérabilité-autonomie en santé publique	256
Figure 14.	Proposition d'un premier modèle pour la pratique participative en santé publique.....	272
Figure 15.	Cadre paradigmatique pour une pratique participative en santé publique	304

LISTE DES PHOTOS

Photo 1.	Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : les relations amoureuses.....	124
Photo 2.	Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : la toxicomanie	124
Photo 3.	Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : la violence	124
Photo 4.	Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : les conditions de travail difficiles.....	124
Photo 5.	Aperçu général de l’affiche produite à l’issue de l’analyse conjointe : les quatre niveaux du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.....	127

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLSC : Centre local de services communautaires

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

MTS : Maladies transmissibles sexuellement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA (ou UNAIDS) : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WHO : World Health Organisation

Aux femmes qui travaillent,
quel que soit leur métier.

À Lauranne,
qui illumine ma vie.

À papa,
qui m'a quitté trop tôt.

REMERCIEMENTS

Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et la présence d'amis, de membres de ma famille, de collègues et de professeurs qui, chacun à leur manière, m'ont fait part de leur confiance en ma démarche. Pour cela, je les en remercie sincèrement.

J'aimerais toutefois souligner ma reconnaissance envers les personnes qui ont directement contribué à la finalisation de mes travaux de doctorat.

Ron Levy, mon directeur de recherche, a joué un rôle central dans cette initiative. Il a su m'orienter dans l'exploration de nouveaux champs de connaissances et dans l'acquisition de nouvelles manières de faire (de savoir, d'être et de devenir !) ayant permis d'aviver ma volonté de poursuivre un cheminement intellectuel qui tient compte des impératifs du monde de la pratique et qui raffine, fortifie et régénère l'action. J'ai beaucoup apprécié nos discussions et sa capacité exceptionnelle de m'aider à envisager et concevoir la complexité des phénomènes qui nous interpellent. Par ailleurs, j'ai bénéficié d'une écoute sensible et attentive, à la fois sérieuse et teintée d'un humour salubre, qui témoigne de l'essentielle qualité humaine de mon directeur. C'est non sans regret que j'entrevois l'aboutissement de notre collaboration. Sa présence me manquera.

Je suis également redevable à l'équipe de Stella, présente et passée, dont Karen, Sylvie, Manon, Élane, Marie Claude, Darlène et Claire, ainsi qu'à toutes les femmes que j'ai rencontrées à travers ce projet. Je vous remercie de m'avoir accueillie, accompagnée et soutenue. J'entrevois avec enthousiasme nos projets à venir !

Ma gratitude s'adresse, de plus, à Manon Hudson pour son travail professionnel et soigné de transcription de *verbatim* et de mise en page de ce document ; à Anne Vassal pour sa lecture assidue et ses encouragements pleins d'esprit ; à Pierre de Coninck pour ses talents de designer, ses livres prêtés (en ai-je oublié ?) et sa disponibilité ; et à Diane Crevier pour la production des premières illustrations.

Mes parents, Elisabeth Henry et Robert Gendron, ont également contribué à ce projet à travers des lectures et la mise en forme d'images. De plus, ils m'ont procuré un soutien financier essentiel pour lequel je leur suis profondément reconnaissante. Leur croyance indéfectible en ma capacité de mener ce projet à terme et de relever de nouveaux défis constitue une base vitale de mon devenir.

Enfin, cette thèse n'aurait pu voir le jour sans l'extraordinaire appui moral, matériel et domestique de mon conjoint, Richard Cloutier. Sa patience, sa présence soutenue et sa volonté de traverser ces dernières années parfois tumultueuses à mes côtés sont exemplaires. Richard, mon amour, je t'en suis toute reconnaissante.

SOUTIEN FINANCIER

Les études doctorales ayant mené à la production de cette thèse ont bénéficié des bourses suivantes :

- | | |
|-------------|--|
| 1995 – 1999 | Bourse de spécialisation en recherche sociale pour études doctorales. Conseil québécois de la recherche sociale (64 000 \$) |
| 1996 | Bourse d'aide à la réalisation d'un projet de recherche. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (1 500 \$) |
| 1999 | Bourse de doctorat. Faculté des études supérieures, Université de Montréal (3 000 \$) |
| 2000 | Support financier équipe FCAR – Les approches communautaires en promotion de la santé. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (4 000\$) |
| 2000 | Bourse de doctorat en santé publique. Université de Montréal (5 000 \$) |

INTRODUCTION GÉNÉRALE

PRINTEMPS 1994...

Nous sommes assises autour d'une imposante table au milieu d'une pièce éclairée par de grandes fenêtres s'ouvrant sur une vue ensoleillée du Mont-Royal. Je viens de terminer un exposé de résultats et de recommandations issus d'une étude portant sur le vécu et les besoins de femmes vivant avec le VIH. D'autres chercheuses, quelques intervenants, décideurs et représentants de bailleurs de fonds, ainsi que des femmes vivant avec le VIH, ont écouté attentivement. Nous attendons maintenant l'amorce de la période de discussions.

Enfin, une personne prend la parole. Il s'agit d'une femme séropositive, visiblement mécontente, qui me demande si des femmes vivant avec le VIH ont eu l'occasion de participer à la formulation de cette étude, à l'interprétation des résultats ou à l'élaboration des conclusions et recommandations. Elle ajoute qu'elle ne reconnaît pas en mes propos le vécu des femmes séropositives qu'elle a pu rencontrer au fil des dernières années et elle en questionne ainsi la pertinence. Puis, elle termine en demandant comment nos résultats peuvent être traduits en interventions qui soient véritablement utiles aux femmes atteintes.

Surprise, après une brève hésitation, je lui réponds que ce projet est le fruit d'une collaboration entre plusieurs chercheurs des milieux académique et de la santé publique. À cet instant même monte en moi ce malaise, celui qui me trouble à chaque fois qu'une personne vivant avec le VIH remet en question ou critique une recherche qui n'inclut pas la participation des personnes directement concernées par ce problème. De plus, ayant moi-même une expérience d'intervention auprès de personnes en difficulté, je suis forcée d'admettre que je comprends l'insatisfaction et l'exaspération que peuvent susciter les connaissances produites par cette étude épidémiologique auprès de personnes préoccupées, avant tout, par le « comment faire » plutôt que par l'explication du problème.

Seulement, cette fois-ci, pour la première fois, *je* suis la personne mise sur la sellette... et je suis profondément remuée en pensant à toutes ces femmes que j'ai rencontrées, qui ont répondu à mes questions et raconté leurs histoires avec tant de sérieux et de candeur, voire même de douleur à l'évocation de certains événements. Confondue et interpellée, c'est le regard rivé sur les mains crispées de mon interlocutrice que j'ai alors décidé de ne plus collaborer à des activités de recherche sans en appeler à la participation des principales personnes intéressées. Et depuis, j'en suis venue à croire fermement que la compréhension d'un problème et les actions à prendre ne peuvent reposer, de manière quasi exclusive, sur les interprétations et explications des chercheurs et experts, aussi bien intentionnés que nous sommes.

LE CONTEXTE ET LE PROJET DE LA THÈSE

Outre mon expérience personnelle et la poursuite de mes projets, cette thèse s'inscrit dans le contexte actuel qui convie les différents acteurs de la santé publique, que ce soit pour des raisons d'ordre organisationnel, idéologique ou politique, à s'engager davantage auprès des citoyens en vue de mieux informer les actions de la santé publique (MSSS, 1997a).

À travers cet engagement accru, les acteurs de la santé publique doivent, notamment, conjuguer leur rôle traditionnel d'orchestrateur, rôle qui implique une certaine distance du terrain pour en obtenir une vue d'ensemble et assurer la mise en œuvre d'interventions efficaces, à celui de participant afin de tenter de comprendre davantage, *avec* les citoyens, les multiples réalités qui s'entrechoquent dans leurs milieux de vie concernés et ainsi contribuer à l'élaboration d'actions pertinentes. Ce rôle de participant-orchestrateur implique une identité pour le moins paradoxale pour l'acteur de la santé publique : trop d'attention dévolue à l'identité de participant peut mener à une perte de perspective nécessaire à la fonction d'orchestration ; et trop d'attention accordée au rôle d'orchestrateur peut mener à l'aliénation des citoyens partenaires et de leurs expériences vécues. Par ailleurs, la rencontre des acteurs de la santé publique avec les citoyens touchés par un problème de santé donné met également en relief le difficile projet de conjuguer des intérêts parfois différents, sinon divergents. Une pratique en santé publique qui se veut participative pose donc plus d'un défi – d'autant plus que le modèle de pratique habituel basé sur des traditions biomédicale et administrative stipule l'autorité des acteurs de la santé publique et résume, plus souvent qu'autrement, la participation des citoyens à une forme d'obédience aux requêtes et recommandations des experts.

De ce fait, il appert que le discours contemporain favorisant un engagement accru des acteurs de la santé publique auprès de citoyens invoque une réflexion. Il s'agit, en particulier, d'explicitier et de mieux articuler les fondements d'une pratique qui se veut davantage participative afin d'aligner les processus de développement de savoirs et d'actions en santé publique avec ce discours. Les manières de savoir, de faire, d'être et de devenir des acteurs de la santé publique doivent, en l'occurrence, être reconsidérées pour contribuer à la structuration d'une pratique participative qui peut vraisemblablement concourir au maintien et à l'amélioration de la santé des individus et des collectivités.

C'est donc par souci d'offrir un système de référence aux acteurs de la santé publique que le projet de cette thèse consiste à entreprendre la formulation d'un cadre conceptuel général comportant des éléments de théorie et de méthode pour le développement d'une pratique participative en santé publique.

LA PERTINENCE DE LA THÈSE

Ce projet s'avère pertinent tant pour la société civile que pour le champ de la santé publique. D'une part, un tel cadre peut offrir des fondements à partir desquels créer davantage de liens avec les individus et les collectivités et ainsi favoriser une (re)connaissance mutuelle des besoins et des capacités des divers partis concernés par un problème de santé donné. Ce faisant, il est alors possible de développer des savoirs qui tiennent compte des points de vue des citoyens et d'élaborer des actions crédibles en fonction de leurs expériences de vie et des particularités locales. Plus encore, un tel cadre peut favoriser l'exercice de la citoyenneté en facilitant la contribution active de citoyens au développement des connaissances et à l'organisation d'interventions en santé publique – ce qui peut, en retour, concourir à la conception de savoirs et d'actions novateurs et à la traduction plus effective des connaissances en interventions pertinentes pour la santé des populations.

D'autre part, outre la production d'un cadre de référence pour les acteurs de la santé publique désireux d'entreprendre une pratique participative, le projet de cette thèse offre l'occasion de raffiner davantage les fondements épistémologiques et méthodologiques des processus conjoints de développement de savoirs et d'actions en santé publique. En effet, la participation des citoyens interpelle la mise en œuvre de processus qui vont bien au-delà des fonctions traditionnelles d'observation et de contrôle de la santé publique. La participation évoque également des fonctions d'intervention et de transformation active du monde vécu selon les conjonctures changeantes de la société. Dès lors, à travers la démarche de réflexion que nécessite l'élaboration du cadre conceptuel général projeté, il est possible d'articuler autrement les fondements de la pratique en santé publique et ainsi contribuer à l'évolution et au renouvellement de ce champ d'action.

LES FINALITÉS DE LA THÈSE

Afin de concevoir l'essence d'une pratique participative en santé publique, l'élaboration du cadre projeté repose sur l'articulation de points d'ancrage disciplinaire, paradigmatique et méthodologique considérés ici essentiels ainsi que sur la mise en œuvre d'un projet de recherche participative autour d'un thème mobilisateur pour l'action. À travers le compte-rendu de ces points d'ancrage et du projet empirique, la thèse vise tout particulièrement à exposer une argumentation, une expérience pratique ainsi que des élaborations conceptuelles à partir desquelles il a ensuite été possible de formuler un cadre conceptuel général comportant des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique.

Au terme de cette thèse, il est attendu que ce cadre devrait permettre d'orienter les approches à privilégier pour l'identification et l'analyse de diverses problématiques en santé publique ainsi que la formulation de pistes d'interventions et de stratégies d'action, ceci avec la participation de citoyens concernés. De plus, l'attention étant portée à la fois sur le développement de savoirs et d'actions, ce cadre devrait contribuer à renforcer les liens entre les domaines de la recherche et de l'intervention en santé publique, l'un et l'autre représentant des fonctions essentielles et réciproques de ce champ d'action. Évidemment, l'intégration et la synthèse de divers ordres de savoirs à partir d'un seul projet ayant eu une durée limitée auprès d'un groupe particulier donne lieu à un modèle conceptuel original qu'il importera de raffiner davantage, notamment à travers la poursuite de l'élaboration théorique de certains concepts et le retour sur le terrain de la pratique. La formulation de ce cadre s'inscrit donc dans une finalité qui devra se poursuivre bien au-delà de ce projet de thèse.

Il importe de le souligner, ce projet concerne l'engagement des acteurs de la santé publique auprès de citoyens aux prises avec des problèmes de santé et ainsi la participation des citoyens à la mission d'amélioration de la santé des individus et des collectivités. L'intérêt porte donc sur le terrain de la pratique où les acteurs de la santé publique sont en interaction avec des citoyens – et non sur les dimensions plus techniques et administratives de la conception ou de la gestion de structures favorisant l'action intersectorielle, un thème souvent apparenté à celui de la participation des citoyens.

CANEVAS DE LA THÈSE

La thèse est composée de trois parties. La première vise à expliciter les points d'ancrage disciplinaire, paradigmatique et méthodologique de cet ouvrage. Elle permet, notamment, de circonscrire le projet de la participation en santé publique contemporaine, de présenter le cadre paradigmatique constructiviste à partir duquel procède ici l'élaboration de savoirs et d'exposer les approches méthodologiques adoptées. Ces trois dimensions sont d'ailleurs présentées de manière à démontrer leurs inter-relations, ce qui permet de mettre en contexte la raison d'être du projet empirique de la thèse et d'établir une base pour l'élaboration du cadre conceptuel général projeté.

La deuxième partie présente un récit détaillé du projet empirique de la thèse ainsi que les divers ordres de résultats produits à travers cette initiative. En substance, à travers un projet de recherche participatif visant le développement d'une meilleure compréhension de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH en vue d'élaborer des actions pertinentes pour la promotion de la santé de ces femmes marginales, il a été possible de formuler une

conception théorique autour du phénomène de la vulnérabilité qui s'est avérée, en outre, centrale à l'amorce d'une modélisation portant sur les fondements d'une pratique participative en santé publique.

Enfin, la troisième partie présente un cadre conceptuel général pour une pratique participative en santé publique au terme d'une synthèse des arguments développés et des apprentissages effectués à travers la thèse. Il s'agit, à ma connaissance, d'une première configuration des contours d'un paradigme de la participation en santé publique élaborée à travers un processus récursif de réflexion et d'action entrepris par un acteur (ou plutôt une actrice !) de la santé publique.

UN MOT SUR L'ARTICULATION DE LA THÈSE

Le canevas ayant servi à l'articulation de cette thèse s'inspire des propos de Ratcliffe et Gonzalez-del-Valle (1988) qui, à partir d'une pensée systémique, présentent une conception élargie de ce que constitue une approche de recherche rigoureuse en santé. Selon eux, une recherche de qualité ne se limite pas qu'à l'application de standards de pratique aux phases de collecte et d'analyse de données. Il importe plutôt d'élucider certaines considérations inhérentes à chacune des phases d'un projet de recherche – partant de la précision du but de la recherche à l'évaluation finale de la démarche et des retombées – et de se poser des questions qui visent à assurer une structuration cohérente de ses différentes dimensions (annexe 1 : Adaptation des propositions de Ratcliffe et Gonzalez-del-Valle).

Toutefois, les propos de ces chercheurs sont d'autant plus intéressants en ce qu'ils illustrent comment les attentes, valeurs et idéologies des acteurs impliqués exercent, inéluctablement, une influence certaine sur la formulation et la mise en œuvre d'un projet de recherche. Il s'agit, en l'occurrence, d'exposer clairement les positions sous-tendant les choix posés afin que les usagers de la recherche soient en mesure de situer la teneur des résultats produits et d'évaluer la crédibilité des modèles construits ainsi que la pertinence des actions proposées ou amorcées. Les artisans de la recherche doivent donc, par souci d'intégrité et de transparence, se révéler et manifester leur présence.

C'est donc dans ce sens que ce manuscrit a été rédigé à la première personne du singulier. J'ai préféré signifier ma présence, mon histoire, mes valeurs et desseins, plutôt que de me camoufler derrière le « on » indéfini et impersonnel. Car il s'agit bien ici d'un projet qui m'habite et que je poursuis depuis un certain temps déjà...



PREMIÈRE PARTIE DE LA THÈSE

LES POINTS D'ANCRAGE ET LA DÉMARCHE DE RECHERCHE PRIVILÉGIÉS POUR LA RÉALISATION DE LA THÈSE

INTRODUCTION

L'objectif de cette partie de la thèse est donc de présenter et d'établir la pertinence des points d'ancrage disciplinaire, paradigmatique et méthodologique de cet ouvrage, puis d'exposer la démarche de recherche privilégiée afin de formuler un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.

Le premier chapitre a pour fonction de situer le point d'ancrage disciplinaire de cette thèse. D'entrée de jeu, il s'agit de rendre compte de l'émergence du projet de la participation dans le monde occidental de la santé publique moderne, en prenant soin de porter une certaine attention au contexte québécois des quelques trois dernières décennies. Puis, suivant une synthèse des critiques que soulève la mise en œuvre de ce projet, la pertinence et la faisabilité de l'idée de la participation en santé publique sont établies. En somme, je m'emploie à signifier que l'histoire¹, le discours contemporain en santé publique, ainsi que l'indispensable nécessité de produire de nouveaux savoirs et de nouvelles voies d'action dans ce domaine d'intervention, justifient, malgré et en raison des obstacles apparents, la volonté d'élaborer un cadre conceptuel comportant des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique. Ce faisant, l'articulation du point d'ancrage disciplinaire de ce travail relève également de mon idéal quant aux finalités vers lesquelles devrait tendre la pratique de la santé publique.

Au deuxième chapitre, j'aborde le point d'ancrage paradigmatique de la thèse. Après avoir explicité le concept de paradigme et les fondements du constructivisme, j'établis la pertinence du paradigme constructiviste pour la pratique contemporaine en santé publique. Ensuite, je montre comment ce paradigme s'avère approprié pour aborder le développement d'un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique, puisqu'il donne lieu notamment à la construction de savoirs de l'ordre de la théorie et de la méthode et qu'il permet d'articuler les processus impliqués dans le développement de ces savoirs.

Au troisième et dernier chapitre de cette première partie, je présente le point d'ancrage méthodologique de mes travaux. Il y a distinction, toutefois, entre la méthodologie employée pour le projet empirique de cet ouvrage et la démarche de recherche privilégiée pour la formulation du cadre conceptuel projeté en tant que finalité principale de la thèse.

En l'occurrence, je commence donc par exposer la méthodologie sélectionnée dans le cadre du projet empirique, soit la recherche participative. Après un survol de ce que constitue cette stratégie de recherche, j'en établis la pertinence en regard de la pratique contemporaine en santé publique qui se veut plus participative et qui se doit poursuivre ses

¹ Ou du moins mon interprétation de l'histoire, elle-même interprétée par plusieurs experts.

fonctions essentielles et réciproques de développement de connaissances et d'élaboration d'interventions. Ensuite, je soulève quelques-uns des défis que présente cette méthodologie pour les chercheurs-intervenants de la santé publique, défis dont j'ai tenté de tenir compte dans la mise en œuvre du projet empirique.

Deuxièmement, j'introduis la problématique sélectionnée pour l'amorce du projet empirique. Le thème de la vulnérabilité de prostituées de rue à l'acquisition du VIH est privilégié compte tenu, d'une part, de l'affinité de la recherche participative pour les populations marginales et vulnérables ; et d'autre part, de mon expérience de recherche ainsi que des priorités d'action de la santé publique dans mon domaine d'intérêt. Par ailleurs, l'expérience de la vulnérabilité constitue un important moteur d'intervention pour la santé publique, en plus d'être un élément de mobilisation pour l'action participative. Vue de la sorte, la problématique sélectionnée s'avère donc non seulement pertinente pour entreprendre l'exercice d'un projet participatif à travers lequel concevoir les fondements d'une pratique participative en santé publique. Elle constitue également un point d'entrée intéressant pour saisir le sens de l'expérience de la vulnérabilité et apporter ainsi un éclairage supplémentaire sur les composantes théoriques et méthodologiques d'une pratique participative en santé publique.

Enfin, au terme de ce chapitre, je précise les contours de la méthodologie d'étude de cas qui a permis d'entreprendre, à partir de mon expérience du projet participatif, la formulation du cadre conceptuel projeté pour cette thèse. Fait à signaler, tant cette méthodologie d'étude de cas, que les diverses méthodes employées à différentes étapes de mes travaux et la stratégie de recherche participative sur lequel repose le projet empirique, s'inscrivent dans le prolongement du point d'ancrage paradigmatique constructiviste de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

LE POINT D'ANCRAGE DISCIPLINAIRE : L'ÉMERGENCE ET LA PERTINENCE DU PROJET DE LA PARTICIPATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Dans ce premier chapitre, il est donc question de situer la notion de participation dans le champ de la santé publique et d'en justifier la pertinence en tant que projet de théorisation et d'action. Tout d'abord, je présente un survol des origines et de la structuration de la santé publique moderne afin d'y retracer l'émergence de l'idée et de la pratique de la participation, une présentation au terme duquel j'accorde une attention particulière à l'espace québécois au cours des trois dernières décennies. S'ensuit un relevé des principales critiques que suscite la mise en œuvre du projet de la participation en santé. À la fin, je précise les raisons pour lesquelles je crois essentiel de poursuivre l'élaboration d'un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.

SURVOL DES ORIGINES ET DE LA STRUCTURATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE MODERNE : VERS L'ÉMERGENCE DE L'IDÉE ET DE LA PRATIQUE DE LA PARTICIPATION

SURVOL DES ORIGINES ET DE LA STRUCTURATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE MODERNE

La santé publique moderne, telle que nous la connaissons aujourd'hui en Occident¹, date généralement de la fin du XVIIIe siècle² et a pris forme au cours du XIXe siècle durant les périodes dynamiques de l'industrialisation et de l'urbanisation, notamment en Europe de l'Ouest, puis en Amérique du Nord (Rosen, 1993). C'est donc dans un contexte de profonds changements sociaux et économiques, de concert avec l'incidence accrue de problèmes sanitaires et un certain renouvellement des processus démocratiques régissant la société civile que furent érigés les fondements de la santé publique moderne (Rosen, 1974). Dès lors, étant indissociable de la conjoncture sociopolitique plus large, l'appareil de la santé publique fut élaboré tant pour veiller au conditionnement de la force de la nation en vue d'assurer sa survie et une main d'œuvre productive et compétitive, que pour répondre à des mouvements de mécontentement et de révolte populaire exigeant des conditions de vie et de travail décentes (Gaumer, 1995).

¹ Je m'en tiendrai au monde occidental de la santé publique, celui-ci reflétant le contexte général dans lequel se situe mon travail. Ceci étant, l'évolution de la santé publique est nécessairement influencée par d'autres réalités historiques, notamment asiatiques, africaines ou sud-américaines, qui pourraient vraisemblablement faire l'objet d'une étude comparative approfondie afin de mettre en évidence les particularités des pratiques occidentales et ainsi ouvrir de nouvelles pistes de réflexion. Ce travail ne constitue toutefois pas l'objet du présent survol.

² Cette émergence est, bien évidemment, façonnée par les origines plus lointaines de la santé publique occidentale. Celles-ci remonteraient au 5^e siècle avant J.-C., période où Hippocrate aurait consigné ses observations sur les relations entre environnement et santé ainsi que sur nombre de maladies endémiques et épidémiques (Fournier, 1998).

Les actions de l'institution naissante de la santé publique moderne furent, en l'occurrence, principalement dévolues à l'amélioration de l'hygiène personnelle et de la salubrité de l'environnement dans le but de contrôler les épidémies accompagnant l'urbanisation effrénée des sociétés. La plupart des initiatives furent inspirées du premier traité systématique d'hygiène et d'administration publique rédigé par Johann Peter Frank. Ce traité de six volumes publiés entre 1779 et 1817 énonce les principes diététiques et médicaux à suivre pour favoriser la promotion, le maintien et le recouvrement de la santé. Il expose également des principes d'hygiène personnelle et de salubrité publique devant être promulgués par une « police médicale ». Ces agents auraient notamment été l'outil principal de la légitimation de l'interventionnisme étatique en santé et de l'édification d'une bureaucratie ayant pour mandat de veiller à l'état de santé de la population, où les citoyens se devaient de suivre les recommandations prescrites.

À partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, la pensée sur les axes d'intervention à privilégier se raffina (Rosen, 1993). Dans la foulée des travaux du *Sanitary Reform Movement* influencé par Edwin Chadwick en Angleterre, des rapports préparés par Louis René Villermé décrivant l'état de santé lamentable de diverses populations de travailleurs français, ainsi que des études de Rudolph Virchow et Solomon Neumann voués à réformer le système de santé publique dans le cadre de l'unification des états Allemands, de sérieuses revendications furent formulées sommant une action concertée sur les conditions sociales et économiques à l'origine de la maladie. Ces divers travaux ont tout particulièrement établi un lien entre le mauvais état de santé des populations et leurs conditions de vie et de travail. Ceci justifia, en retour, les revendications prolétariennes de l'époque et mena à l'instauration de réformes sanitaires, notamment en matière de gestion de l'indigence et d'établissement de normes destinées à assurer la sécurité alimentaire ainsi que l'accessibilité à des logements salubres et à des conditions de travail moins néfastes. Ce faisant, la signification de la dimension politique de l'action en santé publique fut renouvelée, au-delà donc d'une responsabilité étatique administrative centrée principalement sur l'hygiène personnelle et la gestion de la salubrité de l'environnement. Nous pourrions être tentés de spéculer que c'est sur la base de tels développements que l'idée de participation de la population aurait pu commencer à faire son chemin en santé publique en vue de veiller à une amélioration significative et soutenue des conditions de vie et de travail. Mais il en est autrement.

En effet, l'avènement de la bactériologie avec les découvertes de Louis Pasteur, ainsi que l'évolution de la médecine clinique et expérimentale à la fin du XIXe siècle orientèrent résolument l'action de la santé publique vers les causes microbiennes de la maladie,

reléguant ainsi au second plan l'intervention portant sur les dimensions sociales, environnementales et politiques à l'origine de la maladie (Gaumer, 1995). La santé publique devint alors principalement tournée vers la conquête biomédicale des bactéries responsables des maladies transmissibles et, parallèlement, la poursuite du développement de l'axe de l'hygiène publique. Par ailleurs, au fil du XXe siècle, l'éducation sanitaire prit un essor important, s'enrichissant des contributions des sciences sociales appliquées à l'analyse de problèmes sociosanitaires. Cependant, cette forme d'intervention demeura essentiellement centrée sur la prévention des infections et la gestion de la maladie.

À la fin de la seconde guerre mondiale, les systèmes de santé publique occidentaux étaient donc avant tout structurés en fonction de la lutte aux maladies infectieuses fondée sur la bactériologie, l'épidémiologie descriptive et clinique, ainsi que l'éducation axée sur l'hygiène (Desrosiers, 1996). Toutefois, la prévalence croissante des maladies chroniques entraîna une réorientation de la santé publique. Dès lors, à la faveur des réformes sanitaires du dernier quart du XIXe siècle, il y eut résurgence d'un intérêt marqué pour la médecine préventive à travers laquelle une vision plus globale des déterminants de la maladie prit forme, à la jonction du sanitaire et du social. Ce faisant, l'élaboration de régimes de sécurité sociale et la volonté de consolidation des États providence en matière de santé en cette période de relative abondance furent justifiées. En revanche, la conception et l'implantation de ces régimes mobilisa tant de ressources que le développement de l'axe de prévention fut, en général, relégué au second plan et maintenu davantage dans la sphère de l'éducation sanitaire (Anctil & Bluteau, 1986 ; Gaumer, 1995), où le citoyen fut maintenu à titre de réceptacle du savoir professionnel.

Il faudra vraisemblablement attendre les années soixante-dix pour qu'une attention renouvelée soit portée à nouveau sur la prévention des maladies, une fois de nouveaux régimes étatiques de sécurité sociale et sanitaire en voie d'implantation. Fait à signaler, l'idée de préserver et d'améliorer la *santé* commença également à prendre une certaine envergure à cette époque. Il va sans dire que ces options sont certes apparues fort pertinentes pour la classe politique de plusieurs pays occidentaux qui faisait désormais face à une importante dérive des coûts engendrés par les système de soins, et donc à l'impératif de trouver de nouvelles solutions pour assurer la santé des individus et des collectivités (Desrosiers, 1996). À ces tendances s'ajoutèrent, enfin, de multiples contestations à l'endroit de l'establishment médical ainsi qu'une remise en question de la nécessité d'accroître l'offre de services médicaux étant donné une reconnaissance accrue de l'ensemble des facteurs biologiques, comportementaux, sociostructurels et environnementaux ayant une influence sur l'incidence de la maladie et sur l'état de santé.

Dès lors, tant la prévention de la maladie que la promotion de la santé furent envisagées sous l'angle de l'apport potentiel d'une diversité d'acteurs et de secteurs d'intervention, au-delà de l'unique contribution du système de soins (Lalonde, 1974). D'où l'irruption tranquille de l'idée de la participation dans le domaine de la santé publique.

L'ÉMERGENCE DE L'IDÉE ET DE LA PRATIQUE DE LA PARTICIPATION

L'idée de la participation commença donc à se préciser en santé publique à partir des années soixante-dix, dans un contexte dynamique de remise en question des orientations à privilégier pour le système de soins ; et à travers l'élaboration d'une vision élargie des actions à envisager pour traiter des multiples déterminants de la santé. Cette conjoncture alimenta tout particulièrement l'ébauche et la formalisation du concept de promotion de la santé¹, au cœur de ce qu'il fut éventuellement convenu de nommer la « nouvelle santé publique » (Ashton & Seymour, 1988 ; Kickbush, 1986 ; Martin & McQueen, 1989), et dont l'accent porta, notamment, sur la notion de participation tant sous l'égide de la collaboration intersectorielle que de la participation des citoyens².

Le Canada est d'ailleurs reconnu comme chef de file en matière de promotion de la santé, avec la publication, par le gouvernement fédéral en 1974, d'un livre blanc intitulé *Nouvelles perspectives sur la santé des canadiens* (Lalonde, 1974), et mieux connu sous le nom du Rapport Lalonde (Health Canada, 1998). C'est essentiellement ce rapport, largement diffusé, qui souligna l'importance de tenir compte de l'ensemble des facteurs, tant sociaux et environnementaux que comportementaux et médicaux, ayant une incidence sur la santé des populations. Toutefois, suite à ce rapport, l'intervention en promotion de la santé fut, malgré l'appel à des actions multidimensionnelles concertées, principalement centrée sur une approche prescriptive visant la modification des habitudes de vie des individus – ce qui suscita de sérieuses critiques (Labonté, 1994a ; Minkler, 1989). En retour, ce sont notamment ces critiques qui eurent un impact certain sur l'articulation et la promotion de l'idée de la participation. En effet, elles signalèrent avec force et insistance l'importance de favoriser davantage l'engagement des acteurs de la santé publique auprès des populations, et donc d'impliquer plus activement les citoyens dans l'élaboration de l'action afin que celle-ci soit fonction non seulement de déterminants individuels, mais également du vécu des individus et des collectivités en regard de déterminants

¹ Incidemment, le terme « promotion de la santé » avait déjà été évoqué dans la littérature occidentale en 1945 sous la plume de Henry E. Sigerist qui soulignait l'importance d'une action intersectorielle concertée pour améliorer la santé des populations (Terris, 1992).

² Il est à noter qu'un comité d'experts de l'OMS avait déjà statué, dès 1954, sur l'importance d'aider les gens à préserver, améliorer et restaurer leur santé *à travers leurs propres actions et efforts* [italiques ajoutées], soulignant ainsi l'appel à l'implication du citoyen que l'on retrouve plus de deux décennies plus tard au cœur des fondements de la promotion de la santé (Badgley, 1994).

sociostructurels, politiques et environnementaux. La participation était donc conçue comme un moyen de prendre connaissance et d'agir sur les multiples niveaux de déterminants affectant la santé.

Dans le même esprit, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, partenaire important dans la formalisation du concept de promotion de la santé, insista particulièrement sur la participation de la population en vue de promouvoir la santé de manière efficace. D'ailleurs, la *Déclaration d'Alma Ata* sur les soins de santé primaires (WHO, 1978) et la *Stratégie de la santé pour tous* (WHO, 1979) sont des documents ayant signalé, chacun à sa manière, l'indispensable participation active des citoyens dans la vie de leurs communautés afin de planifier et mettre en œuvre des mesures favorables à leur santé. En somme, l'idée qu'il ne suffisait plus de faire et de savoir pour les gens, mais plutôt de faire et de savoir avec, parmi et à travers eux faisait son chemin dans le domaine de la santé.

Toutefois, c'est la publication de deux documents, désormais célèbres au plan international, qui confirma l'importance de la participation de divers acteurs, dont les citoyens, afin de rendre les individus et les collectivités capables d'exercer un meilleur contrôle sur les multiples déterminants de la santé, et ainsi d'améliorer leur santé (Pinder, 1994). Il s'agit, d'une part, de la Charte d'Ottawa, le document de référence principal en promotion de la santé ratifié le 21 novembre 1986 lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est déroulée à Ottawa sous l'égide de l'OMS, de Santé et bien-être social Canada et de l'Association canadienne de santé publique (OMS, SBESC, & ACSP, 1986) ; et d'autre part, de la politique canadienne présentée à cette même conférence et intitulée *Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Epp, 1986). Ces deux documents consolidèrent les bases idéologiques de la promotion de la santé. En particulier, il y est clairement question de la primauté de la participation effective et concrète des citoyens dans la fixation de priorités, la prise de décisions, l'élaboration de stratégies ainsi que le développement d'actions locales pour agir sur les situations ayant une incidence sur leur potentiel santé. Ces processus ont d'ailleurs largement été mis à l'essai au Canada (Hoffman, 1994 ; Manson-Singer, 1994) et demeurent d'actualité au Québec dans le cadre du Réseau québécois de villes et villages en santé instauré depuis 1988 (Lacombe & Poirier, 1991 ; Site Internet : <http://www.rqvvs.qc.ca>).

Enfin, plus récemment, l'*Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada* (Association canadienne de santé publique, 1996), la *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle* (OMS, 1997) et les discussions tenues lors de la

Cinquième conférence internationale sur la promotion de la santé à Mexico (Restrepo, 2000) ont maintenu le thème de la participation des citoyens à l'agenda de la promotion de la santé, tant pour l'élaboration de politiques publiques que pour l'action terrain en santé. Ainsi, l'appel à la participation, ayant officiellement émergé depuis plus de vingt ans dans le domaine de la santé publique, perdure et s'instaure dans la pratique.

Néanmoins, en ce qui concerne la situation au Canada, certains observateurs craignent que l'adoption récente du discours du mouvement de la santé des populations par plusieurs ministères de la santé de niveaux fédéral et provincial entraîne le risque que se perde cette allégeance à la participation des citoyens dans le domaine de la santé (Labonté, 1995 ; Raphael & Bryant, 2000 ; Wong, 1997). Cet argument tient surtout au fait que l'ouvrage majeur dirigé par Evans, Barer et Marmor (1996), sur lequel se base le discours de la santé des populations, est formulé dans une perspective scientifique classique et exprimé dans un langage d'économistes et d'épidémiologistes. La critique affirme, notamment, que les tenants de ce discours ont une vision simpliste du complexe des déterminants socio-économico-politiques de la santé, et que leur position épistémologique positiviste ne favorise ni le développement d'une compréhension contextualisée de l'état de santé des populations à partir des points de vue et des expériences vécues des individus et des collectivités (Robertson, 1998), et ni, par extension, leur implication dans l'action.

Il importe tout de même de constater qu'il existe désormais un contexte socioculturel plus général qui influence les pratiques de la gestion du social et de la santé, de sorte que les planificateurs ont souvent recours à différentes formes de participation des citoyens pour élaborer des politiques et gérer des systèmes de services (Lamoureux, 1994). Une préoccupation croissante semble également se dessiner dans nos sociétés afin d'agir de manière proactive plutôt que de se limiter à réagir (Chamberland & Bilodeau, 2000 ; Forum national sur la santé, 1997a), d'où la prégnance de l'idée de la participation du citoyen. Enfin, d'autres ont noté que la recherche menée sous les auspices de l'agenda de la santé des populations peut aider à combler des lacunes de la promotion de la santé (O'Neill, Pederson, & Rootman, 2001). À titre d'exemple, certaines études suggèrent que la mobilisation communautaire constitue un facteur important pour améliorer, ou du moins préserver, l'état de santé des membres d'une collectivité donnée (Forum national sur la santé, 1997b), aidant ainsi à justifier la participation des citoyens dans le champ d'action de la santé publique.

Bref, la notion de la participation, centrale dans l'idéologie de la promotion de la santé, semble désormais faire partie du cadre à partir duquel se pense et se pratique la santé

publique contemporaine. Un examen de la conjoncture québécoise au cours des trente dernières années va dans le même sens.

L'IDÉE ET LA PRATIQUE DE LA PARTICIPATION AU QUÉBEC

À n'en point douter, les propositions de la Charte d'Ottawa ont certainement trouvé un écho en santé publique au Québec (Colin, 1998). Cependant, plusieurs observateurs sont d'avis que l'intervention sociale et sanitaire pratiquée au Québec depuis la fin des années soixante comportait déjà des éléments idéologiques et stratégiques d'une pratique participative telle que mise de l'avant par la Charte d'Ottawa plus de quinze ans après (Lamoureux, 1994 ; O'Neill & Cardinal, 1994). Selon O'Neill (O'Neill Michel, 1991), le Québec aurait même été chef de file au plan international en ce qui concerne la participation des citoyens dans les services sociaux et de santé.

Cette situation résulterait des transformations profondes qu'a connu la société québécoise dans les années soixante. Cette période a vu naître des comités de citoyens, des groupes de lutte pour la défense des droits ainsi que des mouvements communautaires, féministes et écologiques sommant un élargissement de la démocratie et une participation accrue des citoyens aux processus de prise de décisions portant sur l'orientation et la reconfiguration des politiques sociales et sanitaires au Québec. S'ensuivirent alors une restructuration ainsi qu'un remodelage des rapports de force accordant davantage de place à la société civile et entraînant le développement novateur d'initiatives communautaires gérées par des citoyens (Hamel, 1991). Ainsi, ce serait donc à partir d'un contexte social dynamique particulier, plutôt que sur la base du Rapport Lalonde, ou de la Charte d'Ottawa, que l'idée de la participation fut prise en compte dans la foulée des réformes gouvernementales majeures ayant une incidence sur la pratique de la santé publique au Québec depuis 1970. Ce faisant, la régularité avec laquelle il est question de la participation des citoyens en matière de santé depuis les trente dernières années au Québec est, pour le moins, intéressante.

Le premier jalon marquant en ce sens fut la profonde réorganisation du système de santé et de services sociaux entrepris par la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, mieux connue sous le nom de la Commission Castonguay-Nepveu ayant mené ses travaux de 1966 à 1972 (Gouvernement du Québec, 1972). Outre la création de la Régie de l'assurance maladie en 1969 et du Ministère des Affaires sociales intégrant le domaine de la santé au sein d'une politique globale de sécurité sociale en 1970, c'est à partir des travaux de cette commission que la participation de citoyens à la gestion et à l'orientation des systèmes de services et de soins a été établie pour la première fois au Québec (Desrosiers, 1996), notamment par la présence de citoyens sur les conseils d'administration des

établissements du réseau. Par exemple, les CLSC, créés en 1972 à la suite de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* votée en 1971, devaient être gérés par des conseils d'administration sur lesquels siégeaient une majorité de citoyens¹. Nous savons maintenant, qu'en général, les représentants des citoyens ont eu peu d'influence sur le devenir des établissements face à l'accentuation de la course vers l'autonomie professionnelle et la consolidation d'une emprise technocratique sur le système (Anctil & Bluteau, 1986 ; Fortin, 1991 ; Godbout, 1981, 1987 ; O'Neill Michel, 1991 ; White, 2000). Néanmoins, le projet était lancé, en rupture avec le passé où le citoyen était absent du devenir des actions du réseau.

Près de quinze ans plus tard, une deuxième réforme importante autour de l'organisation des services de santé fut amorcée avec la Commission Rochon (1985-1988) qui marqua le passage de l'État providence à l'État partenaire (Gouvernement du Québec, 1988). Entre autres, à la lumière du contexte politico-économique néo-libéral et des apprentissages effectués au cours des vingt dernières années, il était question d'arrangements favorisant la réalisation d'expériences partenariales et intersectorielles au plan régional ; d'une participation plus effective des usagers dans l'organisation des services afin d'assurer une prise de décision en fonction de leurs besoins et milieux de vie ; et d'un accent renouvelé sur le soutien à la mobilisation communautaire. Cette importante reconnaissance de la participation de la population à l'exercice de sa citoyenneté (Lamoureux, 1994) apparaît, certes, intrigante vu un certain constat d'échec au chapitre de la participation des citoyens depuis le début des années soixante-dix. Néanmoins, cette orientation fut énoncée dans le document intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* (MSSS, 1990), mieux connue sous le nom de la Réforme Côté, et *La Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Cette dernière est particulièrement intéressante dans la mesure où elle invite les acteurs de la santé à favoriser une approche de promotion de la santé dans ce qu'il est convenu de nommer « le virage promotion-prévention ». De plus, on y retrouve une invitation à agir pour et avec les populations vulnérables afin de « mettre à contribution leurs dynamismes, leurs forces et celles du milieu » (p. 164). Une idéologie de participation semble donc faire bonne figure dans les documents produits dans le cadre cette réforme. Toutefois, en dehors de la spécification de mécanismes de participation aux instances décisionnelles des composantes du système et quelques références à l'initiative du mouvement québécois de Villes et Villages en santé, la définition des stratégies de mise en œuvre de la participation du citoyen demeurent vagues.

¹ Contrairement aux autres types d'établissements du réseau où les citoyens occupaient entre 25% et 35% des sièges aux conseils d'administration.

Par la suite, dans la foulée de la Réforme Côté, l'organisation de la santé publique fut modifiée en 1993. Puis, aspect novateur, sept priorités d'action communes à l'ensemble du Québec furent promulguées sous la forme des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, encadrées, en retour, de quatre principes directeurs indiquant les axes à partir desquels les actions retenues devraient être accomplies (MSSS, 1997a). Deux de ces principes sont particulièrement intéressants en ce qu'ils renvoient à la volonté de s'engager davantage auprès des communautés et à la détermination d'intervenir de façon concertée et coordonnée avec de multiples acteurs de différents secteurs afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Québec. De ce fait, il semble bien qu'une idéologie de la participation devrait animer, à l'heure actuelle, non seulement la gestion de la santé publique, mais bien l'action directe sur le terrain.

Or, le contenu du rapport de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* dirigé par Michel Clair et déposé en décembre 2000 (MSSS, 2000a) laisse perplexe, du moins en ce qui a trait au domaine de la santé publique. Les finalités du système de santé y sont identifiées sous les vocables de « prévenir, guérir et soigner » ; et la promotion de la santé, conçue comme service offert par l'État, est essentiellement classée sous le vocable de la prévention. Aussi, faisant fi des idées développées au Québec et ailleurs dans le monde depuis plus de vingt-cinq ans, la promotion de la santé est définie comme étant :

« Des mesures collectives et individuelles visant à promouvoir des comportements sains sur le plan des habitudes de vie et de travail (ex. : alimentation saine, activité physique, réseau social, valorisation des compétences et du potentiel) ou à réduire des comportements pouvant être dangereux pour la santé (ex. : tabagisme, drogues, alcool, vitesse au volant). Il s'agit en fait d'éducation à la santé. » (pp. 36-37).

Étant donné cette vision rétrograde de la promotion de la santé, il n'est donc pas surprenant que la question de la participation du citoyen soit reléguée au rang de processus consultatifs et éducatifs, ou encore qu'elle soit formulée en termes de relation de partenariat avec son médecin qui a la responsabilité d'intégrer des actions de « prévention-promotion » dans son coffre à outils cliniques (!). Somme toute, l'idéologie de la participation est fortement diluée dans ce document à saveur managériale dont les propositions semblent aller, en plusieurs points, à contre-courant de l'esprit des réformes entreprises depuis les années soixante-dix.

Cependant, il est possible que ce revers de la participation effective du citoyen soit le reflet d'une pratique qui arrive difficilement à légitimer et à intégrer les valeurs fondamentales de la promotion de la santé. Ceci n'est pas surprenant dans le contexte actuel d'accroissement

des contraintes budgétaires couplé au sous financement chronique des infrastructures et des programmes orientés sur le développement de la promotion de la santé au Québec. À ceci s'ajoute la prédominance persistante du modèle biomédical dans le domaine de la santé et l'édification soutenue des intérêts de puissants groupes de professionnels qui y adhèrent ; le développement fulgurant de dispositifs techno-scientifiques prometteurs qui font oublier l'impact limité des activités curatives sur la santé de la population ; et, enfin, la culture politique néo-libérale qui ne fait que prendre de l'ampleur, avec pour effet la valorisation de rapports de rentabilité et la remise en question d'une éthique plus « fraternelle » de la participation (Resnick, 1991). En fait, plusieurs observateurs avaient déjà présagé un tel scénario (O'Neill, Rootman, & Pederson, 1994 ; Renaud, 1996).



Au terme de ce survol, condensé il va sans dire, il semble que malgré la présence de certains ingrédients à la fin du XIXe siècle pour que puisse s'amorcer le développement de l'idée et de la pratique de la participation en santé publique, cette orientation constituerait plutôt l'aboutissement d'une évolution récente. Elle serait notamment issue d'un croisement entre un contexte de profonds changements sociaux valorisant davantage l'exercice de la citoyenneté ; une compréhension accrue des multiples déterminants et processus favorisant la santé ; et des initiatives adoptées pour réorganiser les systèmes de santé en fonction des besoins perçus et des développements conceptuels de l'heure. Cependant, quoique le projet de la participation fasse maintenant partie des discours en santé publique, au Québec et ailleurs, il semble bien que les mécanismes et les fondements d'une pratique participative ne soient pas clairement articulés. De plus, il reste à actualiser cette pratique particulière dans un contexte parsemé de contraintes.

En effet, depuis la Grèce Antique, la pratique de la santé publique repose essentiellement sur une philosophie et un appareillage de contrôle et de réglementation des individus et des institutions (Rosen, 1993). Vue sous cet angle, la volonté de favoriser la participation des citoyens s'avère donc plutôt révolutionnaire, ce qui n'est pas sans susciter des résistances. À ceci s'ajoute la redéfinition continue de la santé publique selon la nature et l'étendue des problèmes émergents, le contexte politique et économique en vigueur, les idéologies et les valeurs des cultures dominantes, ainsi que la rationalité technico-scientifique (Fassin, 2000 ; Gaumer, 1995 ; Turner, 2000). Dès lors, le projet de la participation pose tout un défi à la santé publique traditionnellement régulatrice et continuellement contrainte et façonnée par des contingences externes... et ce d'autant plus que sa mise en œuvre soulève plus d'une critique.

QUELQUES CRITIQUES QUE SOULÈVE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE LA PARTICIPATION

À prime abord, le projet de la participation apparaît certainement digne de mérite et d'intérêt. Ce projet vise une gestion plus égalitaire du social et de la santé ; l'élaboration d'un processus de décision plus près des citoyens et de leurs réalités locales ; une mise en échec des rigidités des grands systèmes ; ainsi qu'une démocratisation accrue favorisant une plus grande participation de la population dans la Cité. Cependant, sa mise en œuvre n'est pas sans soulever d'importantes objections. À cet égard, une synthèse des principales critiques suggère que le projet de la participation n'est que discours ; qu'il réfère à un concept mal défini relevant de divers cadres de référence ; et qu'il donne ainsi lieu à une certaine ambiguïté qui se traduit, plus souvent qu'autrement, par des pratiques manipulatoires.

LE PROJET DE LA PARTICIPATION N'EST QUE DISCOURS

Bien que le discours entourant le projet de la participation du citoyen soit inspirateur de changements sur le plan des modes d'action dans les champs du social et de la santé, les observateurs sont d'avis que les stratégies mises de l'avant sont presque exclusivement orientées sur l'organisation et le réaménagement de structures de gestion des services existants, sans pour autant donner une marge de manœuvre suffisante aux citoyens administrateurs, ni modifier les pratiques des professionnels intervenant directement auprès des groupes et des individus (Lamoureux, 1994 ; White, 2000). Ainsi, le discours de la participation ne serait qu'une rhétorique disjointe de la pratique.

Selon plusieurs, ceci résulterait de la difficulté à opérationnaliser ce discours puisque les mesures pour y arriver ne sont pas suffisamment tangibles (Hancock, 1994 ; Minkler, 1999 ; Pinder, 1994). Il semble également que les cadres épistémiques et méthodologiques permettant d'évaluer une telle stratégie ne soient pas suffisamment élaborés (McQueen & Anderson, 2000) ce qui, encore, nous donnerait peu d'indices quant aux actions à privilégier. En conséquence, il n'est donc pas surprenant que les preuves de l'efficacité et de l'impact de la participation des citoyens en termes de véritables transformations des connaissances et des pratiques ne soient pas concluantes (Jewkes & Murcott, 1998 ; White, 2000) – ce qui, de plus, pose problème en cette ère de quête de données probantes et d'imputabilité scientifique et administrative (Labonté, 1994a). Dans la mesure où le savoir faire en termes de pratique et d'évaluation de la participation demeure plus ou moins incertain, la critique qui réduit ce projet à un discours risque donc fort de perdurer.

UN CONCEPT MAL DÉFINI QUI RELÈVE DE DIVERS CADRES DE RÉFÉRENCE

Que la pratique soit jugée disjointe de l'idée de la participation peut relever non seulement d'un manque apparent de moyens tangibles et probants pour assurer la participation effective et efficace des citoyens, mais également de l'absence d'une définition claire et d'une diversité de cadres de référence à partir desquels s'engage l'action. En effet, le concept de participation est rarement défini, puisque d'emblée considéré clair et explicite. Pourtant, son sens dépend tant du contexte culturel et des structures sociales et politiques dans lesquels évolue une collectivité que des valeurs et des projets des individus et des groupes (Petersen & Lupton, 1996). À titre d'exemple, il y a plusieurs distinctions entre la participation militante des citoyens en quête de transformations politiques, la participation communautaire ayant pour but l'entraide, et la participation de loisir à des fins ludiques (Fortin, A., 1991).

Cependant, lorsqu'il y a tentative d'explicitation du concept, la participation est généralement présentée selon le degré de contrôle détenu par des individus, groupes ou communautés sur le parcours d'un projet donné (à titre d'illustration, voir : Arnstein, 1969 ; Cornwall, 1996). Par exemple, Cornwall présente un continuum de six modes de participation. Celle-ci va de la cooptation (où les participants sollicités n'ont aucune contribution au devenir d'un projet) ; à la mobilisation collective (qui relève essentiellement des initiatives et des actions des membres d'une collectivité, sans l'appui spécifique de partenaires institutionnels) ; en passant par la subordination, la consultation, la collaboration et la co-participation. Outre la référence à la dimension d'exercice de contrôle, d'autres ont tenté de qualifier la participation en fonction des fins poursuivies (études de besoin, allocation de ressources, etc.) et du type de connaissances privilégiées (expérientielles, populaires, scientifiques) (White, 1993). Il n'en demeure pas moins qu'aucune définition fait nettement consensus, ce qui donne lieu à des initiatives participatives qui s'inscrivent dans des logiques et des cadres de références différents.

À cet égard, White (2000) distingue les deux principaux cadres à l'intérieur desquels s'inscrit la mise en œuvre de la participation et qui s'avèrent, par ailleurs, divergents étant donnée la nature de leurs visées respectives. D'une part, il est question d'une approche psychosociologique et humaniste valorisant l'exercice de la citoyenneté, la démocratie, l'habilitation et l'*empowerment*¹ des personnes concernées. Dans ce cadre de référence, le projet de la participation implique alors l'établissement de liens continus et durables entre

¹ J'utilise ce terme anglo-saxon vu son usage courant dans le discours quotidien. D'autres termes en français, tels ceux d'émancipation et d'autoprise en charge, ne rendent pas justice au sens multidimensionnel de ce concept.

différents partis ; la mobilisation interne d'une diversité d'acteurs autour d'intérêts collectifs pour des actions concrètes ; et la discussion et la promotion d'une pluralité de visions favorisant une compréhension renouvelée de divers points de vue, sans pour autant viser le consensus. C'est essentiellement à ce type de cadre que fait référence Cornwall (1996) lorsqu'elle traite, par exemple, de co-participation sur le continuum de la participation.

D'autre part, et à l'opposé, White (2000) distingue un cadre de référence privilégiant une approche managériale où la participation est organisée de l'extérieur et s'inscrit dans un processus de consultation auprès d'informateurs clés, lesquels informateurs ne rendent d'ailleurs pas nécessairement compte des points de vue d'une collectivité (Jewkes & Murcott, 1998). Il y est notamment question de susciter la coopération de groupes ou d'individus pour tenter d'accroître l'efficacité, la productivité et la qualité des produits et services ainsi que la consolidation d'un consensus. Les problématiques sont principalement définies en termes épidémiologiques et quantitatifs et les solutions basées sur une sorte d'utopie planificatrice. À titre d'exemple, les propos de Rissel et Bracht (1999) et de Bracht, Kingsbury, et Rissel (1999) rendent compte d'approches s'apparentant davantage à ce cadre, où les planificateurs et organisateurs communautaires jouent un rôle primordial dans l'élaboration et la direction d'initiatives communautaires en promotion de la santé, ce qui ne les empêche pas, toutefois, de souhaiter l'*empowerment* individuel et collectif des personnes rejointes. Dans la même veine, malgré le principe de participation mis de l'avant par Green et Kreuter (1991), la planification et la mise en œuvre d'interventions en promotion de la santé selon le cadre PRECEDE-PROCEED relèvent principalement d'une rationalité scientifique et administrative, où l'organisation provient de l'extérieur plutôt que de l'intérieur.

Dans ce contexte conceptuel pour le moins équivoque et multiple, les constats formulés suggèrent que les initiatives incorporant la notion de participation dans les champs du social et de la santé relèvent plus souvent qu'autrement de la cooptation-consultation et d'un cadre de référence managérial (Petersen & Lupton, 1996 ; White, 2000). Dans ces conditions, les citoyens interpellés sont alors sollicités essentiellement sur une base ponctuelle ; confrontés à des manières de faire qui leur sont inhabituelles en termes de gestion d'informations et de processus de délibération ; et tenus à l'écart du développement d'un agenda qui leur permettrait véritablement d'orienter et de participer à des actions significatives en fonction de leurs savoirs. En l'occurrence, il peut certainement devenir difficile pour bien des citoyens d'entrevoir des bénéfices qui justifient une participation

plus active à des projets de santé. D'où les difficultés de recrutement et de maintien de la participation que déplorent moult intervenants.

DES PRATIQUES DE L'ORDRE DE LA MANIPULATION

Vu le cadre de référence managérial qui prévaut, plusieurs observateurs sont d'avis que l'appel à la participation du citoyen dans un domaine principalement géré par l'État (ou par ses institutions affiliées), comme c'est le cas en santé, dénote une vision simpliste et naïve des dynamiques complexes et des rapports asymétriques de pouvoir entre les citoyens et les acteurs institutionnels impliqués (Hancock, 1994 ; Lupton, 1995 ; Petersen & Lupton, 1996 ; Stevenson & Burke, 1991). Selon certains, ce cadre serait tout particulièrement privilégié puisqu'il maintient une forme de *statu quo* eu égard aux dynamiques de pouvoir établies (Rhodes, 1994 ; White, 2000). En effet, puisque la participation y est en quelque sorte organisée, voire encadrée, par divers intervenants, il est alors plus aisé de s'assurer que les processus entrepris mènent à des résultats qui vont dans le sens des directions souhaitées par les politiciens, les administrateurs, les scientifiques et d'autres professionnels, experts ou groupes d'intérêts concernés. C'est essentiellement cet « encadrement » qui soulève l'argument voulant que l'appel à la participation ne serait qu'une stratégie manipulatrice permettant de masquer la poursuite d'une diversité d'agendas.

Par exemple, Lupton (1995) suggère qu'à travers le processus de la participation il serait possible d'imposer une nouvelle moralité impliquant des responsabilités et des manières spécifiques de se comporter, d'agir et d'exercer sa citoyenneté, tant sur un plan individuel que collectif. Dans cette optique, l'action issue d'un processus participatif serait en quelque sorte façonnée, et ce d'autant plus lorsque l'attention est centrée sur des intérêts locaux, obscurcissant ainsi les supra-systèmes de pouvoir et les macro-dynamiques décisionnelles.

En outre, certains sont d'avis que l'appel à la participation constitue une stratégie pour légitimer les actions et protéger les politiques de l'État ou de ses institutions, consolidant ainsi l'emprise de bureaucrates et de professionnels sur l'intervention en santé (Petersen & Lupton, 1996 ; White, 2000). Dans un contexte de rationalisation budgétaire, de désengagement de l'État, de volonté de responsabilisation accrue des citoyens et de sous-traitance des services, les processus de participation seraient alors des moyens que se donnent les institutions afin de partager le fardeau de décisions délicates, favoriser l'acceptabilité de choix impopulaires et se doter d'une apparente imputabilité. Ainsi, quoique les démarches participatives s'avèrent coûteuses et énergivores, elles

constitueraient désormais une forme de gestion de risque politique et administratif dans le but de se protéger de revendications sociales opposées et de conflits potentiels.

Enfin, le *feel good perspective* pouvant résulter des fonctions thérapeutiques et éducatives de la participation pourrait également constituer un passeport pour le passage d'agendas occultés (White, 2000). En particulier, l'accroissement de sentiments positifs de dignité, d'estime de soi et de capacité accrue pour l'action pourraient rendre des participants moins sensibles à des propositions de politiques et de programmes qui ne vont pas nécessairement dans le sens de leurs intérêts.



En résumé, il faut admettre que de sérieuses critiques ont été formulées à l'égard de la mise en œuvre du projet de la participation, notamment en termes de son actualisation managériale à saveur manipulatrice. Pourtant, au terme d'une analyse éclairée, Lamoureux (1994) conclut que la situation est plus nuancée que ne le laissent entrevoir ces critiques. Selon elle, la participation ne constitue pas qu'une technologie de gestionnaires. Elle est également tributaire des demandes et des exigences de mouvements communautaires et de citoyens, ainsi que de l'émergence de nouveaux paradigmes d'intervention prônant une pluralité de visions et la mise à contribution des potentialités de divers partenaires. Devant ce constat, Lamoureux propose alors les concepts de « coopération conflictuelle » et de « participation contradictoire » afin de rendre compte des liens qui se tissent entre divers partis, où les acteurs de l'État et de ses institutions affiliées espèrent mobiliser une diversité de participants nouveaux dans *leurs* projets, en donnant tout de même une place à la légitimité et aux projets des partis invités ou rejoints. Les multiples acteurs engagés dans la voie de la participation se retrouvent donc au cœur d'une dialectique de relative dépendance et d'autonomie. Le défi consiste alors à trouver la difficile voie de l'articulation de savoirs qui ont chacun leur propre langage ; d'idées qui ne peuvent passer d'un langage à l'autre ; ou encore de projets ayant des finalités qui s'opposent.

Néanmoins, dans la mesure où le projet de la participation fait tout de même partie des discours actuels en santé publique, il importe, tout en tenant compte des critiques formulées, de considérer comment procéder à cette articulation. Mais avant de poursuivre cet important projet, il convient de réitérer les justifications qui s'imposent au terme de mes propos et de préciser des motifs supplémentaires qui appuient encore davantage cette initiative d'élaboration d'un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.

POUR L'ÉLABORATION D'UNE THÉORIE ET D'UNE MÉTHODE DE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

DES MOTIFS SUPPLÉMENTAIRES INSCRITS DANS LA FINALITÉ DE LA THÈSE

Tel qu'énoncé en début de chapitre, les propos développés ici ont essentiellement pour but de justifier la pertinence de la finalité de cette thèse, soit l'élaboration d'un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique. Dans l'ensemble, l'on pourrait être tenté de croire que l'état actuel du discours en santé publique, ainsi que le besoin afférent d'amener la pratique au-delà de celui-ci et en fonction d'un cadre de référence permettant d'établir des mécanismes de participation en dehors de la manipulation, constituent des incitatifs pour le moins pertinents.

Toutefois, la finalité envisagée de cette thèse est également fonction de mes idéaux et de ce que je nomme ici un double impératif de développement de nouvelles connaissances et de transformation de nos pratiques en santé publique.

En ce qui concerne mes idéaux, je tiens à proposer l'ébauche d'un cadre conceptuel qui reflète mon allégeance à l'idéologie de la promotion de la santé. Il est question, je le rappelle, d'une perspective qui soutient le principe de participation active des citoyens afin qu'ils puissent agir et exercer plus de contrôle sur les situations ayant une incidence sur leur santé ainsi que celle de leurs familles et de leurs communautés d'appartenance. Dans cette optique, il s'agit alors de faire en sorte que la pratique de recherche et d'intervention en santé publique fasse appel aux potentiels dynamiques des citoyens afin de trouver des solutions à leurs besoins¹.

Cet appel aux citoyens ne devrait cependant pas se limiter à une fonction consultative. Toujours selon l'idéologie de la promotion de la santé, il importe plutôt de se doter d'un cadre comportant des éléments de théorie et de méthode qui favorisent un véritable partage de savoirs et de pouvoirs entre les partis concernés, et ce en fonction de leurs spécificités et du développement de leurs capacités. En fait, il s'agit là de l'écho d'un projet plus fondamental qui m'anime : que le processus de pratique inhérent à la santé publique, ainsi que les savoirs émergents, puissent contribuer à élargir l'espace démocratique de nos sociétés et l'exercice de la citoyenneté au quotidien. Ceci dit, ce projet ne relève pas d'un idéal participationniste (Godbout, 1991) où tous les citoyens devraient participer à

¹ Mes propos ont certainement une résonance pour les actions de la santé publique visant la promotion de la santé. Par contre, il n'est pas exclu que l'idée et la pratique de la participation puissent être développées dans le cadre d'activités reliées aux domaines de la prévention et de la protection ou encore de celles s'inscrivant dans l'axe de connaissance/surveillance de l'état de santé de la population. Je reviendrai sur ce point dans la troisième partie de la thèse.

l'élaboration et à la mise en œuvre de toutes les décisions et les actions de la santé publique. Je privilégie plutôt une forme de participation à travers laquelle les citoyens peuvent prendre une part active, en fonction de leurs capacités et intérêts, au développement de savoirs et d'interventions ayant une incidence sur des problèmes qui les préoccupent de manière significative eu égard à leur santé et à leur bien-être.

D'autre part, l'élaboration d'un cadre conceptuel pour une pratique participative trouve sa justification dans un double impératif de développement de nouvelles connaissances et de transformation de nos pratiques qui s'impose désormais en santé publique. En effet, il est devenu nécessaire, voire incontournable, de créer une zone dynamique d'interpénétration, d'imbrication, d'interdépendance et de transaction entre de multiples partenaires afin de conjuguer la pluralité des savoirs disciplinaires et formels des professionnels (Macdonald & Bunton, 1992) avec les savoirs populaires (Popay & Williams, 1996) et les savoirs pratiques (Rootman & O'Neill, 1994), expérientiels et informels (Levy, 1995) de tous les acteurs concernés. Cette conjugaison de savoirs est devenue essentielle afin de mieux comprendre les multiples déterminants de la santé, soit biologiques, comportementaux, sociaux, culturels, politiques et environnementaux, ainsi que leurs interactions complexes. Ce processus permettra alors de renouveler nos connaissances et de transformer, voire retracer, nos balises d'intervention.

En conséquence, nous sommes plus que jamais conviés à dépasser le modèle épidémiologique d'appréhension de problèmes et le cadre de planification rationnelle qui ancrent la pratique de la santé publique dans une pensée dualiste et objective. Cette dernière simplifie abusivement la complexité croissante des problématiques et mutilé le dynamisme inhérent aux contributions essentielles d'une pluralité d'acteurs. De plus, elle ne peut tenir compte de la subjectivité des acteurs concernés et des systèmes de sens particuliers d'une localité, d'où une certaine difficulté à adapter l'action au niveau du monde vécu quotidien des personnes. Le projet de cette thèse s'engage, en l'occurrence, sur la voie d'une transition épistémologique (Levy, 1995) à travers laquelle se dessine une ouverture sur de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques pour la santé publique.

LE THÈME CENTRAL DE LA PLURALITÉ

Pour clore, j'aimerais attirer votre attention sur le fait que la finalité de cette thèse évoque un thème central, soit celui de la pluralité : pluralité d'acteurs à convier, pluralité de réalités ayant une incidence sur la santé et qu'il importe de saisir, pluralité de savoirs à construire, et pluralité de pratiques et de projets à considérer. Devant ces pluralités, qui créent une situation complexe et dynamique il va sans dire, la quête de consensus absolu et de

solutions uniques apparaît illusoire, voire contre-productive et contraignante. En conséquence, il apparaît plutôt souhaitable de composer avec cette pluralité, en tant qu'expression d'un espace démocratique et moteur d'innovation, et même de lui accorder, dans l'élaboration du cadre conceptuel projeté, la place centrale qui lui revient. Ceci étant, la gestion de la pluralité constitue un défi pour le moins central dans nos sociétés contemporaines (Bernstein, 1992 ; Habermas, 1984, 1987), ce qui n'est pas sans remettre en question le potentiel de réalisation du projet de la participation en santé publique.

En réponse à ce défi, le concept de « pluralisme discordant » introduit par Gregory (1996) offre une piste intéressante. Cette notion est inspirée de Bernstein (1992) qui propose la métaphore de la constellation pour concevoir l'espace dynamique où s'entrecroisent et s'entrechoquent une pluralité d'acteurs¹ arborant une diversité de savoirs, de réalités, de pratiques et de projets, lequel espace se transforme, récursivement, au rythme interstellaire des interactions en émergence. Ce faisant, cette métaphore est particulièrement intéressante, en ce qu'elle permet de concevoir l'effet de la *juxtaposition* d'une pluralité de points de vue, qui se manifeste, notamment, par des forces d'attraction entre points de vue convergents ; et par des forces de répulsion entre points de vue radicalement discordants, au-delà de toute réconciliation. Partant de cette juxtaposition, Bernstein argumente alors que les attractions entre points de vue convergents peuvent donner lieu à l'émergence de conceptions partagées et novatrices et, ainsi, favoriser le développement de certains consensus et liens d'interdépendance entre des acteurs différents. Les forces de répulsion, quant à elles, en exposant des divergences d'idées, peuvent aider à mieux comprendre les fondements et les implications de ses propres positions et de celles d'autrui, et donc appuyer le développement d'autonomies respectives.

Dès lors, s'inspirant à la fois de cette métaphore et de ce que Habermas qualifie de délibération démocratique (Chambers, 1995), Gregory (1996) propose que la pluralité est non seulement gérable mais porteuse de potentiels. Dans la mesure où il y a possibilité de délibérations valorisant une communication pragmatique et éthique², Gregory suggère, en particulier, qu'une pluralité de points de vue peuvent se suppléer l'un l'autre, tant à travers leurs concordances que leurs discordances, et donner ainsi lieu au développement de compréhensions nouvelles à travers l'interaction et la réflexivité ; à la production de

¹ À l'image des étoiles défilant dans le monde stellaire.

² Selon Chambers (1995), Habermas distingue la communication pragmatique axée sur la recherche de moyens pour arriver à des fins de la communication éthique axée sur la quête de compréhension de soi et d'autrui. Toutes deux font partie du processus de délibération démocratique qui inclut également une troisième dimension discursive, soit la communication morale axée sur l'établissement d'une entente partagée quant aux principes moraux fondamentaux devant régir la vie en société.

solutions novatrices pour faire face à des problèmes communs ; ainsi qu'à l'amorce de transformations qui tentent de tenir compte des réalités partagées avec autrui et des réalités propres à chacun. Ces propos rappellent, incidemment, la dialectique de relative interdépendance et d'autonomie qu'invoque Lamoureux (1994) lorsqu'elle qualifie la dynamique de la participation.

En somme, il importe de retenir ici que le concept de pluralisme discordant permet d'entrevoir que le projet d'une pratique participative en santé publique est non seulement pertinent mais réalisable. Surtout, l'interaction et les processus de délibérations qu'il sous-tend rendent vraisemblable le potentiel de développement de savoirs novateurs et sophistiqués ainsi que la transformation des pratiques à travers les contributions plurielles d'une diversité d'acteurs-participants.



Le contexte justifiant la volonté d'élaboration d'un cadre conceptuel comportant des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique étant exposé, il importe maintenant d'exposer le point d'ancrage paradigmatique à l'intérieur duquel s'intègre la perspective pluraliste que sous-tend le projet de la participation.

CHAPITRE DEUXIÈME

LE POINT D'ANCRAGE PARADIGMATIQUE : UNE APPROCHE CONSTRUCTIVISTE

Exposer le point d’ancrage paradigmatique s’avère essentiel pour préciser l’articulation des valeurs, des croyances et des intérêts à l’origine des choix théoriques et méthodologiques posés au cours d’un travail de recherche (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988). Dans ce chapitre, j’aborde donc l’explicitation du cadre paradigmatique à partir duquel je privilégie l’élaboration d’un cadre conceptuel comportant des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique. En premier lieu, il s’agit de préciser le sens et les champs constitutifs du concept de paradigme. Ensuite, je présente et je caractérise le paradigme constructiviste de manière à démontrer sa légitimité pour la pratique contemporaine en santé publique. À la fin, j’expose comment ce paradigme permet d’aborder le développement d’un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.

LE CONCEPT DE PARADIGME

Reflète d’une culture populaire qui suit l’évolution des discours scientifiques, le mot « paradigme » est apparu, il y a quelque temps, dans les publicités de chaussures sport Nike^{MC}. Loin de moi l’idée de porter un jugement sur la signification accordée à cette terminologie dans ce contexte particulier ! Cependant, il importe tout de même de préciser les origines et la définition de ce concept ainsi que d’en clarifier les champs constitutifs afin d’établir les assises de mes propos.

ORIGINE ET DÉFINITION DU CONCEPT DE PARADIGME

Le concept de paradigme fut proposé en 1962 par l’américain Thomas Samuel Kuhn, physicien et historien des sciences. Sa monographie, *The Structure of Scientific Revolutions* (Kuhn, 1996), est un des livres les plus cités dans le monde.

En substance, le propos de ce livre vise à démontrer que le développement de la connaissance scientifique progresse par révolutions et par ruptures plutôt qu’à travers un processus graduel, ordonné et cumulatif menant à la découverte de la vérité. À partir de son interprétation de l’histoire de la physique, et sous l’influence des écrits de l’allemand Ludwik Fleck¹ (1896-1961) qui suggère d’accorder de l’importance aux conditions sociologiques dans lesquelles s’élabore la science, Kuhn s’exerce notamment à faire la démonstration suivante : les longues périodes de « science normale », pendant lesquelles des théories et des méthodes sont élaborées et raffinées afin de trouver des solutions aux problèmes de l’heure, sont scindées par des périodes de crises et de révolutions

¹ Kuhn réfère à une monographie produite par Fleck en 1935, laquelle est intitulée *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* (Fleck, 1981).

intellectuelles à travers lesquelles la communauté scientifique abandonne un système de référence donné, soit un paradigme, pour le remplacer par un autre jugé plus apte à contribuer à la résolution d'anomalies théoriques persistantes et à faire progresser le processus de développement des connaissances. Ces analyses soulevèrent plus d'une critique (Feyerabend, 1979 ; Lakatos dans Chambers, 1987), il n'en demeure pas moins que c'est à partir des premiers écrits de Kuhn en 1962 que le concept de paradigme a pris forme. Il aura toutefois fallu attendre quelques années afin qu'il clarifie le sens de ce terme (Kuhn, 1970, 1977). En effet, plusieurs critiques avaient relevé l'extrême plasticité du concept dans son premier livre, certains ayant noté jusqu'à vingt-deux sens différents (Masterman, 1970).

Ceci étant, il est désormais entendu qu'un paradigme est un système de référence, ou un cadre conceptuel général, qui reflète un ensemble de croyances admis par une majorité d'individus au sein d'une discipline, ou même d'un ensemble de disciplines, et à l'intérieur duquel des théories sont testées, évaluées, et si nécessaire, révisées (Audi, 1995). Dès lors, un paradigme sert de phare ou de guide qui délimite, en quelque sorte, un cadre normatif à partir duquel des groupes concernés formulent des questions qu'ils croient légitimes, identifient et mettent au point des techniques et des stratégies qu'ils jugent appropriées, attribuent un sens aux résultats atteints et aux solutions émergentes et, enfin, déterminent les projets et les actions à poursuivre pour effectuer le travail normal de la discipline (Levy, 1994). Vu de la sorte, un paradigme constitue un moteur important du processus de développement des connaissances.

LES QUATRE CHAMPS CONSTITUTIFS D'UN PARADIGME

Bien que ce ne soit pas encore une norme largement établie, j'adopte ici la perspective voulant qu'un paradigme soit défini en fonction de quatre ordres de considérations dont les éléments et le contenu respectifs sont mutuellement interdépendants. Schématiquement, le concept de paradigme peut donc être représenté par quatre champs inter-reliés, soit les champs épistémologique, ontologique, méthodologique et téléologique (Levy, 1994)¹.

¹ Le concept de paradigme est communément défini en fonction des trois premiers champs présentés ici, soit épistémologique, ontologique et méthodologique (Guba & Lincoln, 1994). Cependant, dans une élaboration récente de leurs idées, Lincoln et Guba (2000) croient qu'il serait pertinent d'ajouter une quatrième dimension à l'explicitation des fondements d'un paradigme, soit le champ axiologique. Selon eux, il importe de signifier le rôle de l'éthique et de la spiritualité dans le processus de développement de la connaissance et, en particulier, l'influence de l'orientation axiologique sur les finalités poursuivies à travers l'activité de développement des connaissances. Il ne s'agit toutefois pas d'une explicitation des finalités en soi – comme c'est le cas lorsqu'il est question des considérations téléologiques – mais plutôt de rendre compte des valeurs morales qui délimitent les frontières de la recherche. Dans ce contexte, je suis alors d'avis que leur dimension axiologique se rapporte plutôt au domaine des considérations épistémologiques, limitant donc encore à trois dimensions leur conception des fondements d'un paradigme.

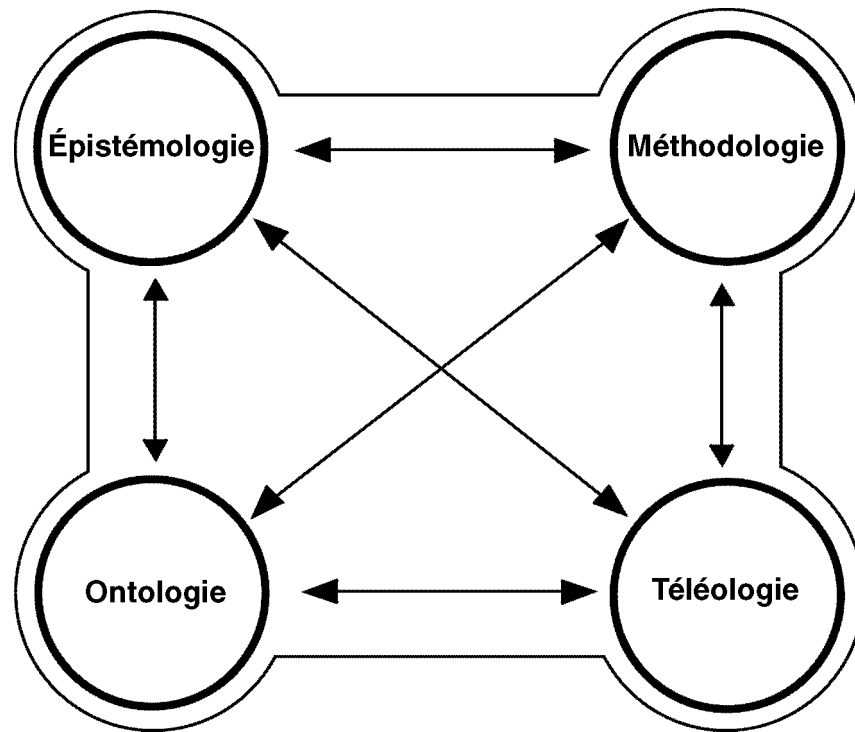


Figure 1. Les quatre champs constitutifs d'un paradigme

Le champ épistémologique renvoie aux conditions et aux limites structurelles en fonction desquelles sont développées les connaissances, ainsi qu'aux justifications utilisées pour légitimer ces connaissances (Audi, 1995). Autrement dit, le fondement épistémologique d'un paradigme aide à circonscrire une vision du monde et à délimiter les frontières de l'approche de recherche (Levy, 1994). Ceci permet, en retour, de spécifier la relation entre la personne engagée dans le processus de développement des connaissances et le monde vécu (Guba & Lincoln, 1994) et de déterminer les contours de ce que constitue une connaissance valable.

Le champ ontologique décrit la nature, la constitution et la structure de la réalité, et ce qu'on peut savoir des entités qui existent (Audi, 1995). Ainsi, ce champ évoque la nature du monde vécu, soit l'univers des entités ou des êtres considérés comme physiquement ou mentalement manipulables dans le processus de recherche (Levy, 1994).

Le champ méthodologique, quant à lui, réfère aux méthodes, aux procédés et aux techniques avec lesquels on appréhende le monde vécu et qui permettent de formuler des constats. Il s'agit donc de la panoplie de moyens pouvant être mis en œuvre dans le processus d'élaboration des connaissances.

Enfin, le champ téléologique est rarement mentionné. Il s'agit des finalités et des projets poursuivis à travers l'activité de développement de connaissances, ce qui révèle, en l'occurrence, les intentions et les intérêts des chercheurs ainsi que les responsabilités dont ils s'investissent par rapport à leurs travaux (Levy, 1994). Par extension, c'est précisément ce champ qui permet de concevoir l'influence de la mission d'intervention de l'institution de la santé publique sur les activités de développement des connaissances qu'on y entreprend.

Les quatre champs d'un paradigme renvoient donc à la relation qu'établit une chercheuse au monde vécu, à la nature de la réalité, aux méthodes privilégiées pour appréhender ce monde, ainsi qu'aux finalités poursuivies à travers le processus de développement de connaissances. En somme, il s'agit de quatre ordres de fondements qu'il importe de bien expliciter afin d'être en mesure de spécifier les implications théoriques et pratiques d'un paradigme donné et de situer la teneur des travaux émergents.

Dans la mesure où plusieurs paradigmes coexistent à un moment donné (Feyerabend, 1979), la question se pose, inévitablement, de savoir lequel privilégier. Pourtant, il n'existe pas de raisonnement particulier ou de critères uniques pour juger des mérites d'un paradigme et en établir la supériorité par rapport à un autre. Il s'agit essentiellement d'une question de choix dicté par nos valeurs et nos convictions quant à la capacité d'un paradigme donné de favoriser une meilleure compréhension ainsi que l'action dans le monde qui nous entoure (Levy, 1994 ; Lincoln & Guba, 1985). Pour ma part, je privilégie le paradigme constructiviste puisqu'il constitue un support légitime pour la pratique en santé publique.

LE CONSTRUCTIVISME : EXPLICITATION ET PERTINENCE POUR LA PRATIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE

Dans les faits, il existe plusieurs constructivismes. Il s'agit, pour ainsi dire, d'un archipel de constructivismes qui prend forme depuis les quarante dernières années, tant en réponse aux lacunes progressivement dévoilées des positivismes¹, que pour fournir un ancrage paradigmatique aux nouvelles sciences en émergence, telles l'intelligence artificielle et les sciences de la communication et de l'information (Le Moigne, 1994, 1995 ; Schwandt, 1997). À titre d'exemple, Le Moigne (1995) décrit le constructivisme génétique de Piaget, le constructivisme de la conception de Simon, le constructivisme de l'autonomie de Maturana et de Varela, le constructivisme dialectique de Bateson, le constructivisme

¹ Par exemple, à ce sujet, voir Bernstein (1983).

dialogique et récuratif au cœur du paradigme de la complexité de Morin et, enfin, le constructivisme projectif qu'il privilégie. Fait à signaler, ces constructivismes se nourrissent mutuellement, prennent racine dans le même substrat d'origine et reposent sur un principe fondateur commun qui attribue au sujet connaissant un rôle décisif dans le processus de développement des connaissances.

L'ARCHIPEL DES CONSTRUCTIVISMES : SUBSTRAT D'ORIGINE ET PREMIER PRINCIPE FONDATEUR

À prime abord, il semble donc que la formulation des constructivismes soit relativement récente dans l'évolution de la pensée occidentale. Cependant, force est de constater que ce paradigme constitue l'héritage d'une riche histoire de réflexions portant sur les fondements de la connaissance : Le Moigne (1995) réfère ainsi à vingt-cinq siècles de considérations toutes aussi légitimes que celles sur lesquelles reposent les positivismes fondant l'épistémologie institutionnelle contemporaine.

Il invoque, par exemple, la culture de la Grèce antique pour signaler l'existence de courants de pensée qui vont déjà dans le sens des épistémologies constructivistes. En particulier, il réfère aux thèses de la sophistique¹, tels les propos de Protagoras (490-420 av. J.-C.) et de Gorgias (483-376 av. J.-C.), dont la philosophie des connaissances stipule qu'il n'y a pas de vérité objective et que la réalité pour chaque personne est telle qu'elle lui apparaît à travers son expérience des phénomènes. Le Moigne (1995) évoque ensuite la pensée des nominalistes médiévaux qui suggèrent que nous ne pouvons connaître la réalité en soi, dans sa véritable essence. En fait, nous ne connaissons que les représentations issues de notre expérience sensible des phénomènes perçus. Dès lors, les principes selon lesquels les réalités sont multiples et modulées par l'expérience vécue du sujet dans le monde ne sont pas récents.

Par ailleurs, toujours selon Le Moigne (1995), il appert que les constructivismes s'inscrivent dans la lignée des propos du philosophe italien Vico (1668-1744), le père de la philosophie moderne de l'histoire, de la culture et de la mythologie (Audi, 1995). Pour ce philosophe qui a offert la première et la plus convaincante des grandes discussions critiques du *Discours de la méthode* de Descartes (1596-1650), le vrai et le faire sont une seule et même chose. Le vrai étant ce qui est fait (théorie du *Verum Factum*), Vico a donc élaboré une conception constructive de la connaissance qui valorise l'invention, la création et la conjonction d'idées à travers l'expérience. Incidemment, cette conception de la

¹ Il est question ici de la doctrine sophistique avant qu'un sens nettement défavorable lui soit attribuée, notamment à partir de l'époque de Platon (427-347 av. J.-C.), puis surtout celle d'Aristote (384-322 av. J.-C.) (Lalande, 1993).

connaissance fut également proposée et développée plus de deux siècles plus tard par Valéry (1870-1945) à la lumière de son étude des *Cahiers* de Léonard de Vinci (1456-1519) et de la méditation qu'il entreprit pour élucider la méthode cognitive de ce dernier¹. Faut-il le spécifier, de Vinci a produit des connaissances originales, notamment en hydrodynamique, en physique, et en mécanique. En fait, il a développé une œuvre scientifique féconde et créatrice plus d'un siècle avant que Descartes n'établissent le *Discours de la méthode*, un traité dont la science positive occidentale s'inspire maintenant depuis plus de trois siècles afin d'assurer sa réussite et sa légitimité. Ceci est d'autant plus intéressant que la méthode déployée par de Vinci ne correspond pas aux principes de la vérité objective, du déterminisme causal et de la méthode analytique cartésienne. Cette méthode rend plutôt compte de ce que Valéry a qualifié d'étonnante capacité de l'esprit humain de produire et de construire du sens, où la conception se fait à travers l'action et l'expérience sensible du sujet et donne lieu à la construction de représentations de phénomènes et d'objets plutôt qu'à la reproduction d'un réel donné. Dès lors, depuis maintenant plus de 350 ans, et malgré les enseignements traditionnellement privilégiés, la connaissance est conçue faisable et constructible à travers l'action et l'expérience vécue.

Poursuivant l'histoire en quête de réflexions appuyant les fondements des constructivismes, Le Moigne (1995) renvoie, par ailleurs, à la troisième Critique de Kant (1724-1804). Publiée en 1797, *La critique de la faculté de juger* rend compte, pour la première fois de l'histoire de l'épistémologie moderne, de la notion de téléologie. Kant a notamment su mettre en évidence la capacité de l'esprit humain d'élaborer les finalités en référence auxquelles s'exerce la faculté de juger et de raisonner. Cette proposition fut d'ailleurs développée davantage au XXe siècle, notamment par les pragmatistes américains James (1842-1910) et Dewey (1859-1952). Selon ces derniers, la connaissance est essentiellement construite à travers les transactions des sujets connaissant avec les objets à connaître en vue d'organiser le monde constitué par ces expériences vécues en fonction d'intérêts ou de valeurs privilégiées. Dans cette perspective, le développement des connaissances comporte, outre une dimension de constructibilité à travers l'action et l'expérience vécue, une intentionnalité, une finalité, voire une projectivité.

Enfin, quoique la terminologie de « constructivisme » ait été proposée dès le début du XXe siècle par des mathématiciens voulant énoncer le caractère construit de la connaissance scientifique, et donc signifier la construction du connaissable par les sujets constructeurs, ce n'est qu'avec Piaget (1896-1980) (Le Moigne, 1994, 1995) que l'on accéda à la mise au monde officielle de l'épistémologie constructiviste en 1967. En effet, à partir d'une longue

¹ Selon Le Moigne, il semble toutefois que Valéry n'ait pas connu l'œuvre de Vico.

réflexion dans le domaine de la psychologie cognitive, Piaget développa l'épistémologie génétique qu'il nomma éventuellement constructiviste puisque cette vision épistémologique mit en évidence la genèse constructive, voire la construction continue de la connaissance par le sujet connaissant (Inhelder, 1985). Piaget établit plus particulièrement la connaissance en tant que processus continu de construction dont le maître d'œuvre est le sujet construisant des connaissances à travers ses interactions avec les objets à connaître – des interactions où, par ailleurs, l'objet est façonné par le sujet qui le considère, lequel est récursivement façonné par l'objet. Bref, il suffit de retenir ici que le coup d'envoi fut donné au développement des constructivismes sur la base du principe fondateur de l'inextricable interrelation du sujet et de l'objet au cœur de l'acte de construction des connaissances.

Ce principe fondateur des constructivismes s'avère assurément légitime à la lumière de diverses réflexions relatives aux fondements de la connaissance et signalées au cours des vingt-cinq derniers siècles, dont notamment celles ayant signifié l'existence de réalités multiples qui se traduisent par des représentations évoquant des connaissances construites à travers l'expérience vécue et l'action. En revanche, il est à noter que les écrits de Piaget ne font pas directement référence à la dimension téléologique de la connaissance, ni à l'exercice intentionnel de la raison, pourtant déjà conçus. Cet état de fait serait attribuable à l'époque dans laquelle évoluait Piaget, le *téléos* ayant une connotation métaphysique, et donc non-scientifique¹. En l'occurrence, il n'est donc pas surprenant que perdurent certaines descriptions de constructivismes qui ne font pas mention de l'importance des finalités poursuivies par les acteurs constructeurs de connaissances (voir par exemple : Guba & Lincoln, 1994 ; Lincoln & Guba, 2000 ; Schwandt, 2000). Pourtant, la médiation d'un objet par un sujet prend nécessairement la forme d'un projet (Bachelard, 1934 dans Le Moigne, 1995). Sinon, comment et sur quelles bases privilégier certaines constructions d'un objet plutôt que d'autres ? Plus encore, comment serait-il possible de concevoir un sujet sans intention, finalité ou projet ? Même le scientifique prétendu neutre et objectif qui tente de ne pas être façonné par l'objet qu'il observe et analyse poursuit un projet, soit celui d'expliquer et de rendre compte de la réalité donnée. Et à ce projet s'ajoutent, de surcroît, des projets personnels de quête de reconnaissance, d'avancement et de prestige pour ses contributions à l'édification de la Science (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988).

En définitive, l'archipel des constructivismes, dont le coup d'envoi officiel fut donné par Piaget, repose sur un principe maintes fois annoncé au fil du temps, soit celui voulant que le sujet connaissant joue un rôle décisif dans le processus de développement des connaissances à travers ses interactions avec les objets à connaître. Toutefois, à l'orée du

¹ Est-il besoin de spécifier que cette dimension apparaît encore suspecte de nos jours ?

XXI^e siècle, il importe également de reconnaître que le complexe sujet-objet est modulé par des projets, au demeurant façonnés par des sujets et objets. Cette dimension projective est d'autant plus pertinente qu'elle permet de donner un sens au processus de développement des connaissances, où les sujets concernés interagissent entre eux à travers la jonction de leurs projets respectifs, tout en invoquant, cependant, leurs spécificités particulières – ce qui nous renvoie, encore une fois, à la dialectique de relative interdépendance et d'autonomie mentionnée plus tôt lorsqu'il est question de la dynamique de la participation (Lamoureux, 1994) et de la gestion de la pluralité (Gregory, 1996). En fait, c'est précisément cette dimension projective qui fait en sorte que je privilégie ici la version du constructivisme projectif explicitée par Le Moigne (1994) et qui rappelle la version de Levy (1994).

LE CONSTRUCTIVISME PROJECTIF

Le constructivisme projectif privilégié dans le cadre de cette thèse tient donc pour point de départ le complexe sujet-objet-projet, soit l'inter relation entre les sujets connaissant, les objets considérés et les projets inscrits dans l'un et l'autre. Les propos suivants visent à expliciter l'articulation de ce complexe en fonction des quatre champs constitutifs et inter-reliés du paradigme. La connaissance étant conçue ici inhérente à un processus de construction continue, il va sans dire que tant la version présentée ici du constructivisme, que les autres versions apparentées, ne sauraient être épargnées de redéfinitions éventuelles. Ceci étant, et tel que je le spécifierai plus loin, les postulats qui suivent servent tout de même de points d'ancrage pertinents pour la pratique en santé publique.

LES CONSIDÉRATIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES

Le paradigme constructiviste privilégié, d'entrée de jeu, une épistémologie subjectiviste et pragmatiste. Il s'agit d'une épistémologie subjectiviste puisqu'elle consacre l'absolu primat des sujets dans le processus de construction des connaissances. Il est notamment admis que les sujets, acteurs non-neutres, construisent délibérément des connaissances à travers leurs interactions et leurs actions intentionnelles dans le monde. En l'occurrence, les connaissances produites sont des représentations construites, voire artificielles, issues de l'expérience créatrice et engagée des sujets. Aussi, puisqu'elles sont dépendantes des sujets, ces connaissances sont inévitablement soumises à un processus récursif de changement à travers la permanence des actions et des interactions des sujets dans le monde. Enfin, cette épistémologie est également nommée pragmatiste puisque les connaissances sont produites pour et dans l'(inter)action¹ ; et que la valeur des connaissances construites réside dans leur

¹ Ce vocable inclut les interactions sujet-sujet et sujet-objet, ainsi que les actions des sujets en fonction des sujets-objets-projets.

capacité à favoriser des actions intelligibles qui, en retour, stimulent l'acte de conception et de connaissance.

LES CONSIDÉRATIONS ONTOLOGIQUES

Puisque la connaissance est constructible, il s'ensuit que la réalité est conçue cognitivement construite et reconstruite à travers l'expérience vécue des sujets en (inter)action. Toutefois, étant donné la diversité et la multitude de sujets, il s'agit nécessairement d'une ontologie pluraliste qui reconnaît l'existence de nombreuses perceptions d'une pluralité de mondes vécus plutôt qu'une seule réalité indépendante, préexistante et ordonnée par des lois naturelles et immuables. Il n'en demeure pas moins que plusieurs sujets-individus, voire des communautés entières, peuvent partager et s'entendre sur une même représentation de la réalité à un moment et dans un espace donnés, dans la mesure où cette représentation est jugée suffisamment sophistiquée pour rendre compte des multiples perceptions de tous les partis impliqués.

LES CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Lorsqu'il est question d'une approche constructiviste, les moyens mis en œuvre pour construire les connaissances relèvent de méthodologies diverses et complémentaires, soit : phénoménologiques pour aborder et concevoir les multiples perceptions du monde vécu ; herméneutiques pour développer une compréhension intelligible ; et réflexives et dialogiques pour construire et raffiner les connaissances émergentes à travers les expériences d'(inter)action des sujets dans le monde. Plus précisément, les sujets s'engagent dans des processus d'organisation, de (co)création et de conjonction-association-relation d'idées afin de s'approprier cognitivement leurs perceptions et expériences vécues pour produire de nouveaux sens et concevoir de multiples représentations (Checkland, 1981). Ceux-ci leur permettent alors de se projeter dans l'avenir et de poursuivre leurs (inter)actions dans le monde qui, récursivement, transforment leurs mondes vécus et leurs connaissances de ce monde. Considérés de la sorte, les processus de développement des connaissances et de transformation du monde vécu sont intimement interdépendants.

LES CONSIDÉRATIONS TÉLÉOLOGIQUES

Il est question ici d'une téléologie signifiée et engagée. D'une part, elle est signifiée puisqu'on y reconnaît la nécessité d'identifier, d'interpréter et d'explicitier les multiples intentions, finalités et projets inhérents au processus de construction des connaissances entrepris par les sujets en (inter)action dans le monde. D'autre part, il est question d'une téléologie engagée puisque les sujets connaissant endossent les responsabilités inhérentes à la (co)création du sens attribué au monde soit, l'usage qui est fait des connaissances

émergentes et les conséquences de cet usage sur les transformations engendrées dans le monde.

En somme, le constructivisme privilégié ici procède d'une épistémologie subjectiviste et pragmatiste, d'une ontologie pluraliste, d'une méthodologie privilégiant la conception dans l'(inter)action pour la poursuite d'(inter)actions intelligibles et transformatrices dans le monde, ainsi que d'une téléologie signifiée et engagée. Examinons maintenant la pertinence de ce paradigme pour la pratique contemporaine en santé publique.

PERTINENCE DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE (PROJECTIF)¹ POUR LA PRATIQUE CONTEMPORAINE EN SANTÉ PUBLIQUE

Ailleurs, j'ai déjà suggéré (Gendron, 1996) que le paradigme constructiviste est un cadre conceptuel général légitime pour concevoir et soutenir la pratique contemporaine de la santé publique qui intègre l'idéologie de la promotion de la santé ; et je ne suis évidemment pas la seule à tenir cette position (Labonté & Robertson, 1996 ; Levy, 1997 ; Lincoln, 1992 ; Sieppert, 1998). Considérant le chapitre précédent, je tiens cependant à souligner que ce paradigme constitue, en outre, un appui théorique pertinent pour composer avec quatre défis majeurs qu'impose, à l'heure actuelle, une pratique qui se veut davantage participative en santé publique, soit :

- le défi de concevoir la nature complexe du monde vécu ;
- le défi de la construction de connaissances valables pour les acteurs interpellés ;
- le défi de la gestion de la pluralité ;
- et le défi inhérent à la poursuite de la mission transformatrice de la santé publique.

Il va sans dire que ces défis sont interdépendants. Par exemple, la gestion de la pluralité et la nature complexe du monde vécu sont nécessairement évoquées lorsqu'une diversité d'acteurs collaborent à la construction de connaissances et à la transformation afférente des réalités qui les entourent. Toutefois, chaque défi est également envisageable en fonction d'un des quatre fondements du paradigme constructiviste, lequel fondement implique, par ailleurs, les trois autres.

Premièrement, l'articulation d'une véritable et durable pratique participative ne saurait prendre forme sans la reconnaissance de la nature complexe du monde vécu que sous-tend

¹ Le lecteur ou la lectrice avisé(e) aura noté la mise entre parenthèses du terme « projectif ». Il s'agit pour moi de rappeler explicitement l'importance accordée ici à la notion d'intentionnalité inscrite dans le processus de développement des connaissances. Cependant, afin d'alléger le texte, j'emploierai désormais les termes de « paradigme constructiviste » ou de « constructivisme », avec l'assurance, toutefois, que la variété des constructivismes apparentés ainsi que l'orientation particulière que je privilégie, aient été spécifiées.

la participation. En effet, l'ouverture à une pratique participative suscite le dévoilement, la rencontre et la conjonction d'une pluralité de systèmes de sens, de réalités locales et de projets relevant d'une diversité d'acteurs. Dans ce contexte, l'ontologie pluraliste du paradigme constructiviste s'avère tout à fait pertinente pour concevoir et légitimer la nature complexe du monde vécu émergeant d'une dynamique participative en santé publique.

Deuxièmement, l'épistémologie subjectiviste et pragmatiste du paradigme constructiviste s'avère un point d'ancrage pertinent pour relever le défi de la construction de connaissances valables à l'intérieur d'un cadre faisant appel à un engagement accru des acteurs de la santé publique auprès des citoyens. D'une part, puisqu'elle reconnaît la centralité du sujet dans le processus de construction de connaissances, cette épistémologie invoque la contribution et le respect des apports particuliers de *tous* les partis impliqués. Les connaissances produites ont donc davantage le potentiel d'être considérées valables par les divers partis dans la mesure où elles intègrent, en quelque sorte, une part des subjectivités, des réalités et des projets de tous les partenaires concernés, à travers leurs (inter)actions dans le monde. D'autre part, puisque cette épistémologie valorise la production de connaissances permettant aux acteurs interpellés de transiger de manière plus intelligible et donc plus efficacement dans le monde, les connaissances émergentes seront d'autant plus valables pour les individus et les collectivités, notamment ceux en quête de savoirs leur permettant de juguler les multiples déterminants ayant une incidence sur leur santé.

Troisièmement, la construction de connaissances dans un monde complexe, pluriel et participatif soulève inévitablement le défi de la gestion de la pluralité. En fait, il importe de gérer la supplétion et l'articulation d'une pluralité de réalités, de projets et de connaissances disponibles et en construction, en plus de conjuguer une diversité de savoirs faire. À cet effet, et à l'insigne du concept de pluralisme discordant présenté plus tôt (Gregory, 1996), la méthodologie dialogique et réflexive du paradigme constructiviste favorisant la (co)création, voire la (co)construction, dans l'(inter)action trouve tout son sens. Qui plus est, la gestion de la pluralité donnant lieu, à travers le dialogue et la réflexivité, au développement de compréhensions nouvelles et à la formulation de solutions novatrices pour faire face à des problèmes communs, cette méthodologie favorise également l'imbrication des fonctions de construction de connaissances et d'intervention laquelle s'avère indispensable à la poursuite de la mission transformatrice de la santé publique.

Finalement, dans la mesure où une pratique participative invoque la centralité du sujet dans le processus de construction des connaissances, la volonté de produire des connaissances intelligibles et utiles à l'élaboration d'actions efficaces dans un monde complexe, ainsi que

la gestion de la pluralité qui facilite la réciprocité des processus de développement de savoirs et de transformation des pratiques ; cela implique la nécessité d'une téléologie signifiée afin d'assurer que le processus de développement des savoirs s'inscrit dans un projet explicite et pertinent de transformation du monde vécu des acteurs concernés. Dès lors, la poursuite de la mission transformatrice de la santé publique, en collaboration avec de multiples acteurs, constitue un défi envisageable dans le cadre du paradigme constructiviste. Ce défi est d'autant plus concevable que l'orientation téléologique engagée du constructivisme va dans le sens du parti pris interventionniste qu'évoque l'idéologie émancipatrice véhiculée par la Charte d'Ottawa, sise au cœur de la santé publique contemporaine.

En somme, le paradigme constructiviste s'avère fort pertinent pour relever les défis d'une pratique qui se veut davantage participative en santé publique. Il reste maintenant à indiquer comment ce paradigme est utile pour aborder la conception d'éléments de théorie et de méthode dans l'élaboration du cadre conceptuel que projette cette thèse.

LE PARADIGME CONSTRUCTIVISTE POUR ABORDER LE DÉVELOPPEMENT D'UN CADRE CONCEPTUEL POUR UNE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

Au terme de ce chapitre, je tiens à souligner deux corollaires du paradigme constructiviste qui s'avèrent particulièrement significatifs pour l'élaboration d'éléments de théorie et de méthode que devrait comporter un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique. Il est question ici du potentiel que comporte le constructivisme pour favoriser la construction de divers types de savoirs à travers l'(inter)action ; et de la possibilité afférente qu'offre ce paradigme d'articuler le caractère multidimensionnel de la connaissance, et donc de saisir les processus qu'il importe de mieux cerner pour poursuivre les finalités inter-reliées du développement de savoirs théoriques et méthodologiques.

LE POTENTIEL DE CONSTRUCTION DE DIVERS TYPES DE SAVOIRS À TRAVERS L'(INTER)ACTION

Essentiellement, je tiens à attirer l'attention sur le fait que la construction de connaissances à travers l'(inter)action évoque, d'une part, la primauté de l'action dans la production de la connaissance et ; d'autre part, le processus synchrone de développement de connaissances et de transformation du monde vécu, ce qui évacue alors la distinction quasi-traditionnelle entre les domaines de la conceptualisation et de l'action. Dès lors, à l'instar de ce que constitue l'exercice de la santé publique, le paradigme constructiviste souligne, à travers

l'importance accordée à l'action, la nécessaire réciprocity des processus de développement de connaissances et d'intervention.

D'aucuns y verront ici l'influence certaine de la philosophie pragmatiste américaine. Celle-ci stipule, notamment, que l'action intentionnelle servant à transformer le monde vécu est source d'apprentissage permettant d'organiser et de comprendre nos expériences et le monde qui nous entoure, et en plus, de concevoir comment agir autrement ou de manière plus informée. Puis, récursivement, ces savoirs renforcent la capacité d'agir et de savoir encore et davantage afin d'améliorer la qualité de vie de chaque personne ou collectivité concernée (Bernstein, 1971 ; Dewey, 1958). Considérée de la sorte, au-delà de l'interdépendance des processus de développement de connaissances et d'intervention énoncée plus haut, la philosophie pragmatiste inhérente au constructivisme invoque alors vraisemblablement, et plus particulièrement, la possibilité d'aborder de manière inter-reliée et délibérée tant le développement de savoirs d'ordre conceptuel ou théorique que le développement de savoirs d'ordre méthodologique afin de mieux faire, être, savoir et devenir dans le monde. D'où le potentiel de construction de divers types de savoirs dont l'émergence repose sur la primauté de l'(inter)action et qui renvoie, en quelque sorte, à ce que Morin (1986) qualifie de caractère multidimensionnel de la connaissance.

L'ARTICULATION DU CARACTÈRE MULTIDIMENSIONNEL DE LA CONNAISSANCE

La connaissance pouvant donc être considérée multidimensionnelle dans l'optique du paradigme constructiviste, l'explicitation et l'articulation de ces dimensions sont envisagées ici pour apporter un éclairage supplémentaire sur la manière de concevoir le développement des connaissances et la production de savoirs de l'ordre de la théorie et de la méthode. Inspirée par la pensée pragmatiste américaine (Bernstein, 1971 ; Dewey, 1958) et des écrits de Habermas (Habermas, 1971, 1974, 1984, 1987 ; White, 1995), Morin (1986) et Le Moigne (1994), je propose ici quatre dimensions de la connaissance : l'action, l'explication, la compréhension et l'interprétation. Celles-ci sont nécessairement interdépendantes et tributaires de rationalités complémentaires. Elles constituent, de plus, les processus inhérents à toute démarche de construction de connaissances dans un cadre constructiviste.

LA DIMENSION DE L'ACTION

Puisqu'il en a déjà été fait mention, je tiens simplement à réitérer ici la rationalité pragmatiste du constructivisme, celle qui, spécifiquement, fait passer le développement des connaissances par l'action (Bernstein, 1971 ; Dewey, 1958). En effet, l'action, voire l'(inter)action, constitue le processus premier à partir duquel il est possible de mieux saisir le sens de nos expériences ainsi que la nature du monde vécu et des objets considérés. Ce faisant, elle permet également de développer des capacités et des habiletés en vue de la

poursuite d'actions supplémentaires et la production afférente de connaissances intelligibles. En l'occurrence, il s'agit bien d'un processus fondamental puisque c'est l'action qui sert de base au parcours des trois autres dimensions de la connaissance, lesquels constituent les mécanismes qui permettent de faire du sens à partir des savoirs issus de l'agir.

LES DIMENSIONS DE L'EXPLICATION ET DE LA COMPRÉHENSION

En fait, ces deux dimensions de la connaissance ont fait l'objet de multiples réflexions, surtout depuis que Dilthey (1833-1911) a entrepris de distinguer les finalités explicatives des sciences naturelles de la visée de compréhension des sciences humaines. Ceci dit, au risque d'en simplifier la richesse, je réfère ici aux propos de Habermas pour expliciter ces deux dimensions (Habermas, 1971, 1974 ; White, 1995). Ce philosophe distingue deux ordres de rationalité sous-tendant la construction de la connaissance, configurées en fonction de trois types d'intérêts qui sont à la fois distincts, nécessaires et complémentaires. D'une part, il est question de l'intérêt technique de la connaissance, basé sur une rationalité qu'il qualifie d'instrumentale et qui donne lieu à la formulation d'explications. D'autre part, Habermas réfère aux intérêts pratiques et émancipateurs de la connaissance, basés sur ce qu'il désigne en tant que rationalité communicationnelle qui favorise, notamment, la capacité de compréhension.

L'intérêt technique, basé sur une rationalité instrumentale, vise le développement de connaissances formelles en vue de maîtriser l'organisation et la nature du monde qui nous entoure. Caractéristique de l'approche positiviste et des disciplines empirico-analytiques, cette rationalité enjoint à l'objectivité et à l'abstraction où les sujets et les objets sont considérés extérieurs aux acteurs connaissant. Quoique Habermas (1974) concède que cette rationalité techno scientifique est légitime puisqu'elle engendre des progrès et des développements technologiques essentiels au mieux-être de nos sociétés modernes, il n'en fait pas moins une critique vigoureuse. Selon lui, cette rationalité a excédé son champ d'activités. Plus précisément, la volonté de dominer la nature s'est transposée en une volonté de dominer l'être humain, ce qui a pour conséquence d'imposer de sérieuses limites au potentiel d'acquisition de connaissances issues de la dimension intersubjective des relations humaines. C'est essentiellement pour atténuer cette distorsion que Habermas (1974, 1984, 1987) s'emploie alors à légitimer une rationalité complémentaire dite communicationnelle qui comporte les intérêts pratiques et émancipateurs de la connaissance.

L'intérêt pratique de la connaissance invoque l'instauration d'un processus herméneutique à travers l'interaction et la communication intersubjective pour favoriser l'émergence d'une compréhension réciproque entre des sujets. Cette compréhension facilite, notamment, une prise de conscience des valeurs, cultures, projets, intentions et obligations de chacun et aide à établir des normes de conduite acceptables. L'intérêt émancipateur de la connaissance réfère, par ailleurs, à la quête d'intelligibilité quant aux origines des significations, valeurs et conduites sociales ayant une incidence sur nos structures et nos pratiques, ceci afin de contrecarrer les rapports de force dénaturant notre relation au monde vécu et la communication avec autrui. À travers un exercice de réflexivité du sujet sur lui-même, il ou elle peut davantage comprendre sa position dans le monde, entrevoir de véritables possibilités d'émancipation et d'autodétermination, et se projeter dans l'avenir. Il s'agit là, selon Habermas, de l'intérêt le plus fondamental chez l'être humain.

Les propos de Habermas suggèrent donc que pour être en mesure d'agir dans le monde, il importe tant d'identifier les règles qui sous-tendent son organisation et les transformations souhaitées que d'interagir dialogiquement avec autrui et réflexivement sur soi afin de comprendre et de rendre intelligible la nature des réalités encourues. De plus, il importe tant d'élucider les causalités et déterminismes à l'œuvre que de saisir les significations existentielles d'une situation ou d'un phénomène pour les acteurs impliqués. Enfin, il importe tant de tenir compte des sphères de l'abstrait, de l'objectivité, de la logique et de l'analytique, que des sphères du concret, de la subjectivité, de l'analogique et de la synthétique. Bref, pour être en mesure d'agir dans le monde, il importe d'agencer, dans une boucle constructive, les rationalités instrumentale et communicationnelle complémentaires qui renvoient, respectivement, aux dimensions de l'explication et de la compréhension (Morin, 1986 ; Ricoeur, 1978) – où l'action, récursivement, alimente les processus de conceptualisation inhérents à l'explication et à la compréhension.

LA DIMENSION DE L'INTERPRÉTATION

Enfin, à cette boucle composée des dimensions de l'action, de l'explication et de la compréhension, s'ajoute une quatrième dimension, soit celle de l'interprétation. Quoique cette dernière soit parfois confondue avec la notion de compréhension (Schwandt, 1997), je tiens toutefois à signaler la distinction qu'établit Le Moigne (1994) à ce sujet. Selon ce dernier, la dimension de l'interprétation renvoie au processus selon lequel un sujet donne du sens à ce qu'il ressent à l'intérieur d'une situation dans laquelle il agit, ou encore face à un phénomène avec lequel il interagit. Autrement dit, la dimension de l'interprétation réfère au processus qui fait en sorte que les sensations, les perceptions et les impressions vécues dans l'(inter)action sont encodées à travers une forme de réflexion dans l'(inter)action.

Puis, récursivement, l'interprétation alimente l'action et sert de pont, en quelque sorte, entre cette dernière et les processus plus conceptuels de compréhension et d'explication.

L'ARTICULATION DES QUATRE DIMENSIONS DE LA CONNAISSANCE SELON UNE OPTIQUE CONSTRUCTIVISTE

À titre indicateur, la Figure 2 illustre l'interdépendance des quatre fonctions à l'œuvre dans le processus de développement des savoirs, ou encore ce que j'ai nommé ici les quatre dimensions de la connaissance selon une optique constructiviste.

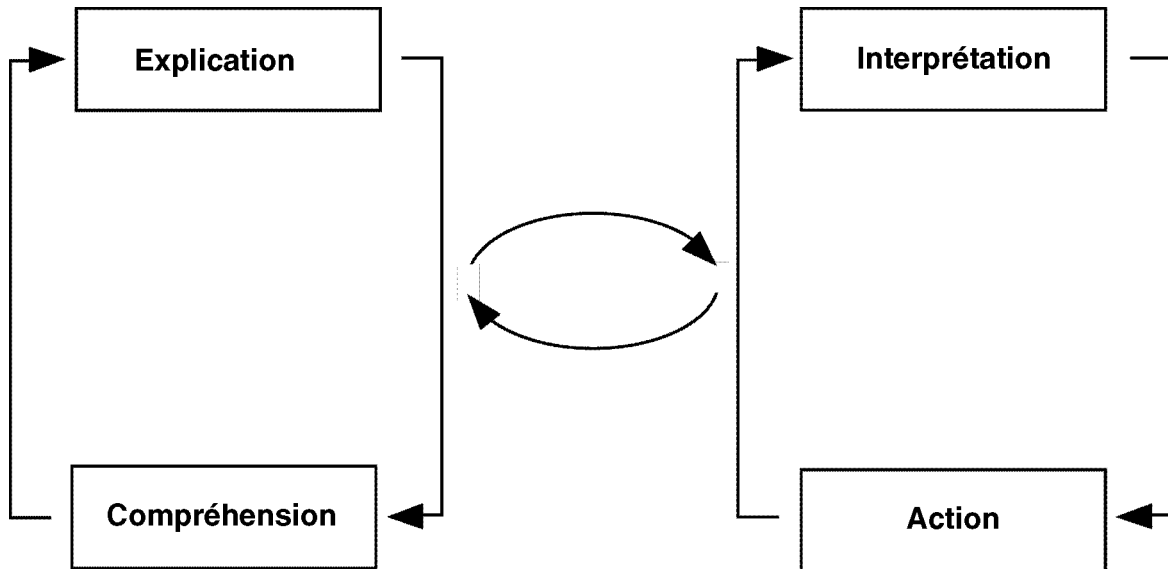


Figure 2. Les quatre dimensions de la connaissance selon une optique constructiviste

Il est à noter que cette figure est conçue de manière à signifier une certaine distinction entre les champs complémentaires du développement de savoirs plus cognitifs et de l'élaboration de savoirs plus près de l'agir. Ainsi, la boucle explication-compréhension renvoie davantage au potentiel de construction de savoirs théoriques et conceptuels ; et la boucle action-interprétation réfère davantage à la formulation de savoirs de l'ordre de méthodes et de pratiques. Cependant, ces regroupements sont tout de même arbitraires puisque les quatre dimensions s'alimentent l'une l'autre. Par exemple, il ne saurait y avoir de constructions explicatives sans facultés de compréhension, d'interprétation et d'action et ce, même dans le cadre d'expérimentations contrôlées en laboratoire où l'acteur vise une position de neutralité et d'extériorité par rapport à un objet observé. En effet, de telles expérimentations requièrent des manipulations (actions) de l'objet, des interprétations à travers l'observation de l'effet de ces manipulations, ainsi que la compréhension des données relevées pour élaborer des explications. Aussi, il ne saurait y avoir d'action intentionnelle sans capacité d'interprétation, de compréhension ou d'explication. Pour reprendre l'exemple du scientifique dans son laboratoire, l'expérimentateur doit pouvoir

s'expliquer un phénomène, du moins en partie, afin de comprendre ce qui se passe et d'interpréter ses observations en cours afin de poser des actions permettant de poursuivre ou de mettre un terme à une expérience.



En résumé, le paradigme constructiviste s'avère tout indiqué pour entreprendre le développement d'un cadre conceptuel abordant des éléments théoriques et de l'ordre de la méthode pour une pratique participative en santé publique puisqu'il permet d'envisager les défis que présente une telle pratique pour ce champ d'action ; de souligner la réciprocity récursive entre le développement de divers types de savoirs de l'ordre du conceptuel et de l'agir ; et enfin, de concevoir et d'articuler quatre dimensions de la connaissance qui concourent à l'élaboration de savoirs théoriques et méthodologiques.

Le point d'ancrage paradigmatique de cette thèse étant maintenant exposé, le chapitre suivant présente la démarche de recherche privilégiée pour entreprendre l'élaboration de savoirs utiles à la formulation du cadre conceptuel projeté au terme de cette thèse.

CHAPITRE TROISIÈME

LA DÉMARCHE DE RECHERCHE PRIVILÉGIÉE POUR LA RÉALISATION DE LA THÈSE

Indubitablement, ma démarche de recherche devrait s'aligner avec les tendances signalées et les orientations privilégiées dans les chapitres précédents. Afin de mieux saisir les implications théoriques et méthodologiques d'une pratique participative en santé publique, j'ai donc opté d'entreprendre un projet de recherche participative, en tant que sujet en (inter)action avec des acteurs concernés, lesquels poursuivent inévitablement une diversité de projets, autour d'un objet donné. Cette approche de recherche permet tout particulièrement d'établir des liens entre les fonctions réciproques de construction de connaissances et d'intervention inhérentes à la pratique de la santé publique. Par ailleurs, elle incorpore les principes du constructivisme (Avenier, 1992 ; Lincoln, 2001 ; Lincoln & Guba, 2000) et de la pensée systémique (Flood, 2001 ; Levin, 1994 ; Liu, 1992a) qui inspirent les fondements paradigmatiques de ma démarche, en rupture avec le modèle classique et positiviste de la science. Enfin, puisqu'elle favorise l'élaboration de savoirs à travers l'(inter)action, cette approche met en lumière les quatre dimensions de la connaissance identifiés précédemment, et qui s'avèrent utiles pour le développement et la formulation de savoirs d'ordre théorique et méthodologique.

Somme toute, la mise en œuvre d'un projet de recherche participative sert ici de cas d'illustration à travers lequel j'ai pu entreprendre une réflexion sur les fondements et les implications théoriques et méthodologiques d'une pratique participative en santé publique. Ce faisant, les connaissances construites découlent d'apprentissages et de réflexions issus d'une expérience pratique plutôt que d'observations détachées du monde et de mises à l'épreuve d'hypothèses posées *a priori*.

Dans les pages qui suivent, je propose un survol de ce que constitue la recherche participative, dont sa diversité, ses origines et son développement, ainsi que des caractéristiques et des potentiels distinctifs de cette méthodologie pour la santé publique. De plus, je soulève quelques-uns des défis qu'elle présente pour les chercheurs-intervenants en santé publique et dont j'ai dû tenir compte dans l'actualisation du projet participatif servant à développer ma propre réflexion pour la thèse. Enfin, j'identifie la problématique sélectionnée pour amorcer le projet empirique, puis je précise la démarche méthodologique privilégiée pour entreprendre l'élaboration du cadre conceptuel projeté.

LA RECHERCHE PARTICIPATIVE

DIVERSITÉ ET DÉFINITION GÉNÉRALE

À prime abord, force est de constater que la recherche participative se caractérise par la diversité. Cette méthodologie comporte une multitude d'approches élaborées presque réciproquement au fil des trente à quarante dernières années (Flood & Romm, 1996 ; Green, George, Daniel, Frankish, Herbert, Bowie, & O'Neill, 1995 ; Kemmis & Mc Taggart, 2000 ; Reason, 1994a ; Reason & Bradbury, 2001a). Par exemple, il est question de recherche-action critique, d'enquête conscientisante, d'*action science*, de *co-operative inquiry*, de *self-reliant participatory action research*, d'*empowerment evaluation* et d'approche de systèmes souples. Cette diversité serait essentiellement le reflet des champs d'application multiples de la recherche participative et des orientations disciplinaires variées de ses praticiens. En effet, cette méthodologie s'applique aux domaines de l'industrie, de la gestion organisationnelle, de l'agriculture, de l'éducation, du développement communautaire, de la santé, de l'environnement, de l'urbanisme et du développement économique régional ; tant dans des pays en développement que parmi les plus riches ; et ce, dans une perspective favorisant une approche collective (voir, par exemple, Fals Borda & Rahman, 1991) ou de l'ordre du groupe (voir Heron, 1996) ou individuelle (voir Torbert, 1991).

Malgré cette diversité, la plupart des définitions attribuées aux approches de recherche participative convergent vers un point : il s'agit d'une stratégie de recherche comportant un processus de collaboration entre des chercheurs professionnels et des personnes directement concernées par un problème donné afin de développer des savoirs et des actions délibérées en fonction des préoccupations des divers partis. Ainsi, trois éléments essentiels font partie intégrante de la plupart des définitions. Premièrement, il est question de contribuer à la production de savoirs novateurs permettant de mieux comprendre, concevoir et interroger de manière critique un phénomène donné dans sa singularité locale et son contexte social, culturel, politique, économique, historique et environnemental. Deuxièmement, cette approche de recherche comporte une dimension pédagogique où les divers acteurs saisissent mieux leurs réalités et acquièrent davantage d'habiletés et de compétences leur permettant de procéder, de manière plus informée, aux processus de développement de connaissances et d'interventions qu'ils jugent opportuns pour pouvoir faire face aux problèmes soulevés. Et troisièmement, la recherche participative accorde une place centrale à l'utilisation des connaissances construites pour générer et déployer des actions destinées à transformer le monde vécu des personnes touchées par la problématique considérée.

En conséquence, le développement de savoirs novateurs, locaux, conceptuels et pratiques permettant la compréhension des phénomènes et la résolution des problèmes posés, ainsi que la mobilisation pour l'action transformatrice constituent les principaux éléments de la recherche participative. Deux constats s'ensuivent. D'une part, à travers sa double finalité de production de savoirs et d'actions, la recherche participative est *à la fois* recherche *et* action, dans l'entre-deux de la construction de connaissances intelligibles et de l'action transformatrice informée. L'on ne saurait donc concevoir la recherche participative sans ces fonctions corollaires de savoir et d'action, ou de savoir-action. D'autre part, ces finalités s'inscrivent dans une praxis (Lather, 1986) qui vise tout particulièrement l'autodétermination et l'amélioration du sort des personnes touchées par les problématiques considérées. Dès lors, la dimension politique, quelle que soit sa portée individuelle ou collective, s'avère primordiale en recherche participative. Un bref retour sur les origines et le développement de cette stratégie de recherche permet de donner plus de sens à ce dernier constat.

ORIGINES ET DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE EN BREF

À l'instar de la diversité caractérisant la recherche participative, il existe de multiples versions apparentées traitant de l'histoire de ses origines et de son développement. D'ailleurs, d'excellentes chroniques formulées par des témoins de première ligne étant disponibles (voir la récente monographie éditée par Reason et Bradbury, 2001b), je ne tiens donc ici qu'à relever les quelques points de repère qui apparaissent les plus pertinents eu égard à ma démarche de recherche.

À prime abord, il semble que cette approche de recherche soit inscrite, du moins en Occident, dans le prolongement de la philosophie pragmatiste américaine du début du XXe siècle, puis plus particulièrement dans la tradition de la recherche-action proposée par Kurt Lewin durant les années quarante¹ (Greenwood & Levin, 1998 ; Olquist, 1978). En fait, Lewin, d'origine allemande, fut parmi les premiers chercheurs en sciences sociales aux États-Unis à promouvoir des expérimentations sur le terrain, en contexte naturel et directement auprès de praticiens afin de trouver des solutions à des problèmes sociaux tout en contribuant au développement de savoirs scientifiques et de théories à travers l'action (Lewin, 1946/48, 1947). Liu (1992b) rapporte, cependant, deux autres sources d'invention de la recherche-action, d'origine européenne et indépendantes des travaux de Lewin. Premièrement, il mentionne les travaux du *Tavistock Institute of Human Relations* menés à

¹ Lewin précisa ce terme en 1944. Incidemment, il n'a écrit que vingt-deux pages sur la recherche-action, sa mort prématurée en 1947 ne lui ayant pas permis d'expérimenter davantage ses idées et d'approfondir sa pensée déjà clairement formulée (Peters & Robinson, 1984).

Londres durant la Seconde Guerre mondiale. Ceux-ci ont donné lieu à une tradition de recherche-action visant, outre la production de connaissances scientifiques, l'engagement direct auprès de communautés afin de contribuer, en collaboration avec elles, à la transformation de conditions de vie qu'elles jugeaient insatisfaisantes. Deuxièmement, Liu réfère à l'analyse institutionnelle dont les origines remontent à l'expérience d'un médecin français durant les années quarante. Le docteur Tosquelles mit tout particulièrement en évidence la subversion qui s'avère nécessaire afin de contrer les aspects répressifs et aliénants que comporte inévitablement toute institution envers ses membres. Bref, expérimentations scientifiques en contexte naturel, engagement direct auprès de personnes concernées par un problème, ainsi que volonté de transformation d'aspects aliénants du monde vécu constituent donc les premiers jalons d'une recherche-action en émergence.

Par la suite, au cours des années soixante et soixante-dix, la stratégie de recherche-action fut adaptée et davantage élaborée pour aborder une diversité de problèmes d'ordre sociotechnique en milieu organisationnel et industriel dans le but d'améliorer la performance des travailleurs et des organisations (Elden & Chisolm, 1993 ; Whyte, 1991). Ceci a permis, notamment, de raffiner la conception des multiples formes de collaboration pouvant être instaurées entre chercheurs et participants engagés dans l'analyse systématique de problèmes posés sur le terrain et la quête de solutions pratiques dans l'action. Ainsi, la collaboration devint davantage mutuelle et consensuelle en comparaison avec celle plutôt technique mise de l'avant par Lewin, où les chercheurs conservaient la responsabilité de diriger le processus de recherche, et les participants avaient plutôt pour rôle d'informer les scientifiques et de les soutenir dans la mise en œuvre de leurs travaux.

Ceci dit, la terminologie spécifique de « recherche participative »¹ émergea de travaux entrepris dans des pays en développement à partir des années soixante, surtout sous l'influence de la pédagogie de Paulo Freire, d'approches néo-marxistes appliquées au développement communautaire, de mouvements pour la défense des droits de l'Homme, et de la volonté de décoloniser les méthodes de recherche de la vision occidentale de la science (Fals Borda, 2001 ; Kemmis & Mc Taggart, 2000). Dans ce contexte, la recherche participative fut spécifiquement conçue comme processus de développement de connaissances au travers duquel des citoyens ordinaires, mais tout particulièrement les plus démunis, pouvaient produire des savoirs leur permettant de mieux cerner le monde les entourant en vue de promouvoir et de défendre leurs intérêts (Hall, 2001). Les chercheurs s'engagèrent alors à mettre leurs savoirs scientifiques au service de collectivités

¹ Cette terminologie fut proposée pour la première fois par la finlandaise Marja-Liisa Swantz qui effectuait des travaux de recherche en Tanzanie dans les années soixante.

traditionnellement exclues et oubliées. De plus, ils développèrent des approches de recherche plus adaptées aux réalités des personnes pour mettre en valeur les savoirs issus de leurs expériences de vie et aider des groupes et des communautés à prendre en main leurs problèmes et à gérer les iniquités les défavorisant.

La recherche participative émergea donc principalement d'une volonté de contribuer à la transformation des conditions sociales, économiques et politiques des citoyens ayant habituellement peu de pouvoir et de ressources, et ce en fonction de leurs propres perspectives quant à leurs besoins et capacités. À partir de la fin des années soixante-dix, cette orientation de recherche fut ensuite progressivement employée dans des pays plus riches, généralement auprès de collectivités opprimées ou marginales (Hall, 1992). Cependant, ce n'est que vers la fin des années quatre-vingts que son application devint plus courante en recherche en santé, d'où son apparente nouveauté dans notre domaine encore largement modelé par une vision biomédicale et positiviste de la science (Cornwall & Jewkes, 1995 ; De Koning & Martin, 1996 ; Smith, Pynch, & Lizardi, 1993 ; Springett, 1998). Toutefois, la volonté d'intégrer davantage les fonctions de développement des connaissances et d'intervention en santé ; l'intérêt grandissant pour une vision écologique de la santé ; l'attention accrue accordée aux besoins de populations marginales et vulnérables ; l'essor de la recherche communautaire ; et l'appel à la participation des citoyens constituent désormais des éléments favorables à l'adoption de pratiques de recherche participative en santé publique (Israel, Schulz, Parker, & Becker, 1998).

Fait à signaler, la recherche participative prit son essor à une époque fertile en questionnements et en réflexions portant sur les fondements de la pratique scientifique positiviste (Fals Borda & Rahman, 1991 ; Reason & Bradbury, 2001a ; Reason & Rowan, 1981a ; Tandon, 1996). Les adeptes de la recherche participative ont souligné avec acuité la nature éminemment politique de la science supposée neutre et objective, c'est-à-dire la manière dont elle peut servir de véhicule idéologique pour légitimer les positions et les intérêts d'une minorité au détriment d'un mieux-être collectif. À ces remises en question s'ajoutèrent tout particulièrement les analyses de chercheuses féministes ayant systématiquement souligné le caractère exclusif et dominateur du positivisme (Lather, 1991 ; Maguire, 1987, 1996, 2001 ; Reinharz, 1992). Puis, graduellement, s'ensuivit l'émergence et la construction d'un « nouveau paradigme participatif de la recherche-action » (Fals Borda, 2001 ; Heron & Reason, 1997 ; Liu, 1992c ; Park, 1992, 2001 ;

Reason, 1988, 1994b ; Reason & Bradbury, 2001a), dont les éléments rappellent, à plusieurs égards, le paradigme constructiviste présenté plus haut¹.

Il importe de bien noter ici la conjugaison des termes de recherche participative et de recherche-action. Quoique les auteurs n'aient pas tous recours au libellé particulier de « paradigme participatif de la recherche-action » pour nommer le cadre conceptuel émergeant, il semble tout de même s'établir, à l'heure actuelle, un certain consensus autour de l'adoption de la terminologie de « recherche-action » pour signifier la double dimension de production de savoirs et d'actions. Cependant, il s'agit également de qualifier cette terminologie de recherche-action par le libellé de « participatif » afin de mieux rendre compte de l'orientation à l'intérieure de laquelle privilégier cette co-production de savoirs et d'actions (Reason & Bradbury, 2001a). Ceci dit, les connaissances mises en valeur par ce paradigme sont essentiellement conçues comme instruments de résolution de problèmes, d'amélioration de pratiques et d'émancipation individuelle et collective pour la construction d'un monde plus juste et équitable. Le développement de savoirs ne se limite donc pas qu'au projet de production de connaissances dans l'unique intérêt de l'avancement de la Connaissance.

Enfin, plus près de nous, plusieurs chercheurs canadiens ont une longue expérience dans l'application et le développement de la recherche participative (Green et al., 1995 ; Park, Brydon-Miller, Hall, & Jackson, 1993). De plus, bien qu'il semble parfois y avoir quelque confusion sur ses finalités, l'approche participative a fait l'objet de plusieurs applications au Québec (Simard, O'Neill, Frankish, George, Daniel, & Doyle-Waters, 1997), notamment dans la recherche en travail social (Groulx, 1998), en sociologie (Archambault, Hamel, & Fortin, 1998), et dans le domaine des services sociaux et de la santé (Mayer & Ouellet, 1998). Toutefois, au delà de généralités, notre littérature fait peu état des implications théoriques de la recherche participative ou des développements qu'il serait utile d'envisager afin de légitimer davantage cette stratégie de recherche. Pourtant, malgré son usage restreint, les traits caractéristiques de la recherche participative inspirent un potentiel intéressant, tout particulièrement pour le domaine de la santé publique.

¹ Je reviendrai sur ce point à la troisième partie de la thèse. Il est vraisemblable que les auteurs anglo-saxons ne connaissent à peu près pas les écrits de penseurs français tels Le Moigne et Morin – d'où leurs propositions de « nouveaux » paramètres paradigmatiques pourtant déjà formulés ailleurs.

QUELQUES TRAITs CARACTÉRISTIQUES ET POTENTIELS DISTINCTIFS DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Au-delà de sa dimension d'habilitation et de ses fonctions essentielles de production de savoirs et d'engagement dans l'action et la transformation du monde vécu, il importe de spécifier ici que la recherche participative se distingue par trois traits caractéristiques qui en font une méthodologie privilégiée pour la pratique contemporaine en santé publique : sa démarche empreinte de collaboration, son processus cyclique générateur et la production d'une diversité de savoirs.

UNE DÉMARCHE EMPREINTE DE COLLABORATION

La recherche participative se caractérise par une démarche où les participants sont appelés à s'engager dans toutes les étapes pour faire face à un problème jugé important par l'ensemble des partis impliqués : la conception de la problématique et le diagnostic de la situation dans laquelle doit se dérouler le projet ; l'élaboration des objectifs à poursuivre et des questions à explorer ; la détermination de normes de fonctionnement, notamment pour la gestion de la confidentialité, de conflits potentiels, des données, des résultats, ainsi que des publications, rapports et présentations à venir ; la sélection des méthodes pour le bon fonctionnement du projet et l'attribution des rôles et responsabilités entre les divers partis ; la collecte et l'analyse des données ; l'interprétation et la présentation des résultats sous diverses formes ; et l'engagement immédiat dans l'action afférente, en fonction des priorités établies, des ressources jugées nécessaires et disponibles, et des limites des co-responsabilités engagées.

Il faut noter que les méthodes de recherche utilisées dans ce processus collaboratif sont variées et, qu'il s'agisse de techniques quantitatives ou qualitatives – voire même artistiques, créatrices ou théâtrales – l'objectif est de favoriser l'appropriation, par le milieu, du processus et des résultats. Par ailleurs, bien que la collaboration souhaitée soit de l'ordre d'un partage de pouvoirs à toutes les étapes de la démarche, où les participants sont co-chercheurs et co-acteurs, les contributions et les responsabilités de chacun sont nécessairement à la mesure de leurs capacités, ressources, expertises, intérêts et contextes particuliers. De plus, ces contributions et responsabilités peuvent évoluer au fil de la progression d'un projet, selon les apprentissages réalisés, la dynamique en émergence et les possibilités qui surviennent (Cornwall & Jewkes, 1995 ; Elden & Levin, 1991 ; Greenwood & Levin, 1998 ; Karlsen, 1991 ; Reason, 1994a, 1994b).

Dès lors, il n'y a pas, au sens propre, une démarche de recherche participative typique. Il importe plutôt de veiller à la souplesse et à la flexibilité du processus. Par exemple, il n'est pas inhabituel que les experts en recherche agissent au départ comme facilitateurs et

guides¹ pour démarrer l'initiative et pour aider les gens à mettre en valeur leurs ressources et expertises, tout en apprenant et en choisissant comment devenir co-chercheurs/acteurs engagés. Au fil des apprentissages individuels et collectifs, les chercheurs professionnels deviennent ensuite progressivement des participants au même titre que les autres acteurs, chacun contribuant au projet selon son expertise. À la fin, selon les circonstances, les experts peuvent même adopter un rôle plus effacé et n'offrir que des conseils techniques pour soutenir la démarche de recherche entièrement définie, organisée et dirigée par les participants (Heron, 1996).

Ce faisant, puisque cette stratégie favorise un rapprochement de divers acteurs ayant des expertises et des savoirs variés, et puisqu'elle connecte la recherche avec le concret du terrain, de l'action et des pratiques, elle comporte alors le potentiel de rendre les initiatives de recherche et d'intervention de la santé publique plus présentes auprès des citoyens, de faire face à la complexité avec plus d'efficacité, et de produire des savoirs et des actions plus pertinents aux singularités locales (Greenwood & Levin, 1998, 2000 ; Israel et al., 1998 ; Liu, 1992b). Dès lors, cette méthodologie s'inscrit tout à fait dans la volonté d'engagement de la santé publique contemporaine auprès des communautés et le projet de la collaboration/participation qui s'y dessine. De plus, cette approche correspond aux ambitions de l'institution de la santé publique d'accroître la qualité et la pertinence de ses interventions en faisant le pont entre les fonctions de développement de connaissances et d'élaboration de politiques et de pratiques d'intervention.

UN PROCESSUS CYCLIQUE GÉNÉRATEUR

La recherche participative se distingue tout particulièrement par le caractère cyclique de son processus : la construction de savoirs et l'élaboration de l'action co-évoluent à travers un cycle récuratif et dialogique d'action-réflexion à l'intérieur duquel les différents partis concernés (inter)agissent, négocient leurs points de vue (spontanés et construits), (co)produisent de nouveaux savoirs (conceptuels, expérientiels, pratiques) tant individuels que collectifs, et aiguisent leur réflexivité (par rapport à soi, au processus encouru et au monde qui les entoure). Dans les faits, les étapes de recherche, de réflexion et d'actions/transmutations personnelles et collectives se chevauchent de telle sorte que la distinction entre ces phases n'est qu'une question de degré. La nature cyclique d'un projet participatif donne néanmoins lieu à plusieurs étapes successives et itératives, d'où une potentialité continue de re-formulation de la recherche, de re-définition des rôles des co-chercheurs et

¹ Greenwood et Levin (1998) parlent de *friendly outsider*, ce qui permet de caractériser l'esprit dans lequel devrait se produire la facilitation.

de re-configuration de la collaboration en fonction des besoins, des capacités et des savoirs en émergence, dans la poursuite de finalités transformatrices.

Ceci dit, dans la mesure où ces finalités transformatrices, à travers le processus cyclique d'action-réflexion, favorisent le renforcement des compétences des individus et des groupes, voire l'accroissement de leurs capacités de contrôle et d'autodétermination dans la quête et l'élaboration de solutions à des problèmes vécus, la recherche participative constitue une méthodologie génératrice de potentiel pour la pratique contemporaine de la santé publique. En effet, elle comporte la possibilité de contribuer aux agendas d'intervention et de recherche de la promotion de la santé, qui, à l'instar de la recherche participative, reposent également sur des fondements de partenariat/collaboration et d'*empowerment*. D'où la proposition maintes fois répétée que cette stratégie de recherche constitue une voie privilégiée pour le domaine de la promotion de la santé (Green et al., 1995 ; Hancock, 1999 ; O'Neill Michel, 1998 ; Restepro, 2000 ; Simard et al., 1997 ; Springett, 1998).

LA PRODUCTION D'UNE DIVERSITÉ DE SAVOIRS

Enfin, étant principalement orientée vers la résolution de problèmes, l'amélioration de pratiques et l'émancipation individuelle et collective, la recherche participative met en valeur et produit de multiples savoirs dont la nature va au-delà des schèmes traditionnels d'une rationalité instrumentale. À cet égard, le paradigme participatif en émergence rend compte de plusieurs types de savoirs interdépendants dont les dénominations et les descriptions renvoient aux quatre dimensions de la connaissance inhérentes au constructivisme et relevées au chapitre précédent (cf Figure 2, page 47) (Heron & Reason, 1997 ; Park, 2001 ; Reason, 1994b). Il est question, notamment, de savoirs propositionnels et de l'ordre de la (re)présentation qui invoquent les dimensions de l'explication et de la compréhension. Il est aussi fait mention de savoirs pratiques ancrés dans la dimension de l'action ; puis, de savoirs expérientiels, relationnels et réflexifs qui réfèrent plutôt à la construction de connaissances à travers les sens, les émotions et les perceptions – bref, des savoirs de l'ordre de la dimension de l'interprétation.

Afin de signifier la multiplicité des savoirs légitimes et enseignables que procure la recherche participative pour appréhender la complexité de l'expérience vécue dans le monde et concevoir des actions intelligibles, divers auteurs réfèrent maintenant à la notion d'*extended epistemology* (Heron, 1996 ; Lincoln, 2001 ; Reason & Bradbury, 2001a) ou encore d'*émancipation épistémologique* (Moggridge & Reason, 1996). Ce cadre épistémologique élargi est particulièrement intéressant pour la santé publique. En effet,

puisqu'il valorise et incorpore autant des savoirs cognitifs, expérientiels que pratiques, il ne peut qu'enrichir le potentiel de développement de connaissances et d'élaboration d'interventions qui constituent les deux fonctions essentielles de ce champ d'action.

En résumé, tant les implications méthodologiques de la collaboration et de la nature cyclique génératrice de la recherche participative, que ses fondements épistémologiques qui renvoient à la construction de savoirs utiles à la connaissance du monde vécu et à l'action dans ce monde, en font une stratégie à privilégier pour la santé publique. Il n'en demeure pas moins que malgré ses multiples potentiels, la recherche participative présente plusieurs défis importants pour les acteurs de la santé publique.

QUELQUES DÉFIS QUE PRÉSENTE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE POUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

À prime abord, la plupart des défis sont d'ordre politique et épistémologique. Ils procèdent, notamment, de l'implication et de l'engagement des chercheur(e)s dans le monde qui les entoure et auprès d'une diversité d'acteurs. Voici donc les principaux défis que j'ai relevé au fil de mes lectures.

Premièrement, quoique bon nombre de professionnels de la santé publique intègrent la tâche de développement de connaissances dans leurs sphères d'activités et qu'ils soient formés pour assumer des fonctions pédagogiques et de soutien auprès des clientèles à desservir, leur engagement direct dans l'action et la transformation du monde vécu durant un projet de recherche ou à sa suite ne va pas de soi. Néanmoins, l'engagement dans la recherche participative peut amener les chercheurs à agir et à intervenir sur des terrains nouveaux, ou encore selon des paramètres qui ne vont pas nécessairement dans le sens de leurs habiletés acquises ou des valeurs fondamentales de leurs institutions d'attache. En conséquence, les professionnels qui adoptent une pratique participative doivent souvent ajuster et réinventer leurs pratiques pour s'accommoder aux impératifs du terrain et, de plus, redéfinir les termes de leurs rôles et responsabilités à l'intérieur de leurs institutions afin de faire valoir leurs doubles fonctions de recherche et d'action. Autrement dit, l'engagement dans l'action que suppose la recherche participative invoque le renouvellement de la formation (continue) du chercheur-intervenant et donc le défi du remodelage de son rôle professionnel (Reinharz, 1981 ; Tolley & Bentley, 1996).

Deuxièmement, ce remodelage présente d'autant plus un défi pour la chercheure-intervenante engagée qu'elle doit faire preuve de disponibilité et de flexibilité auprès de ses partenaires tout en justifiant auprès de ses patrons et collègues l'investissement notable de

temps que nécessite une démarche participative, que ce soit pour l'établissement de liens de collaboration, pour le développement d'un projet, ou encore pour la production de résultats tangibles. De fait, ce type de recherche s'accommode difficilement des contraintes administratives, académiques et professionnelles inhérentes aux institutions (Greenwood & Levin, 2000 ; Hall, 2001 ; Israel et al., 1998 ; Lincoln, 2001). En particulier, les critères établis pour évaluer la performance et la productivité des chercheurs ne tiennent pas tout à fait compte des contingences inhérentes à l'approche participative, comme par exemple, la valorisation de résultats pratiques présentés selon des formats variés et différents du rapport scientifique traditionnel ; la nécessaire implication dans l'action ; ou encore l'imprévisibilité du parcours d'un projet participatif qui fait en sorte qu'il y a exigence d'un engagement prolongé sur le terrain pour arriver aux finalités souhaitées, ce qui, de plus, limite le nombre de projets constituant le programme de recherche de la chercheuse. Le défi consiste alors à ajuster et à différencier les standards selon lesquels évaluer le rendement et sanctionner la contribution des chercheurs engagés dans de véritables démarches participatives.

Troisièmement, afin de soutenir la mise en œuvre d'initiatives participatives, les chercheurs-intervenants concernés doivent s'assurer de l'obtention de ressources financières adéquates pour l'établissement d'une infrastructure et d'un contexte organisationnel favorables à la création de liens de collaboration fructueux entre les partenaires impliqués ; de la formation et l'habilitation des divers acteurs afin qu'ils puissent contribuer significativement au projet ; de l'élaboration et la poursuite du projet à travers les émergences et les transformations qui adviennent ; et du développement et de l'implantation d'actions et d'interventions qui s'imposent (Green et al., 1995 ; Whyte, 1991). Il s'agit là de défis organisationnels importants dans la mesure où les organismes subventionnaires allouent des enveloppes budgétaires généralement compartimentées selon qu'il s'agisse, par exemple, de projets de faisabilité, de formation, de recherche ou d'intervention¹. De plus, ces organismes ont habituellement des exigences de résultats à court terme ainsi que des réserves face à des projets comportant une part d'indétermination et d'imprévisibilité (Springett, 1998), d'où une certaine difficulté à se doter de budgets adéquats. Par ailleurs, dans la mesure où les partenaires engagés dans le processus ne sont pas suffisamment appuyés ou encore relevés d'autres obligations professionnelles, l'organisation et la survie même d'un projet peuvent en souffrir.

¹ Toutefois, certains bailleurs de fonds tentent désormais d'accommoder les impératifs de projets de recherche participatifs – encore qu'il soit généralement nécessaire d'obtenir des fonds supplémentaires pour les phases d'intervention et d'action qui ne sont pas d'emblée considérées partie intégrante du cycle de la recherche participative.

Quatrièmement, la recherche participative comporte de nombreuses sources de tension et de risques avec lesquelles composer. La chercheuse-intervenante de la santé publique doit alors cultiver ses habiletés de communication, de facilitation, de motivation, de créativité et de perspicacité pour, notamment, soutenir la démarche et faire en sorte que le projet de la participation aille au-delà d'un idéal discursif et ne tombe pas dans le piège de la manipulation (cf chapitre premier). Par exemple, elle doit établir une relation harmonieuse entre l'exercice de leadership lui permettant d'activer une démarche participative et la capacité d'autodétermination des divers partenaires. D'autre part, pour toutes sortes de raisons légitimes, certains acteurs peuvent modifier les modalités de leur engagement dans le temps, d'autres peuvent mettre un terme hâtif à leur participation, alors que d'autres encore peuvent se joindre à l'initiative en cours de route, autant de situations pouvant faire fluctuer la progression du projet ainsi que la dynamique entre les partenaires. De plus, les attentes des divers partenaires et la conjonction de leurs projets respectifs peuvent s'entrechoquer : certains privilégient davantage la production de savoirs tandis que d'autres tiennent à passer rapidement à l'action pour résoudre le problème considéré. Il s'agit alors de trouver un équilibre et de favoriser une réciprocité productive entre les processus de développement de savoirs et d'engagement dans l'action. Par ailleurs, tant la diversité des participants que leur autonomie croissante au fil d'un projet peuvent soulever et entraîner des conflits de valeurs entre les partenaires sur les façons de faire, l'interprétation des résultats et les finalités à poursuivre. Dès lors, il importe pour les chercheurs-intervenants de la santé publique de trouver le moyen de composer avec ces différends de manière ouverte et équitable, ou le cas échéant, de mettre un terme au partenariat sans créer de préjudice aux partis impliqués. Enfin, aux inévitables confrontations d'idées et de valeurs inhérentes à la vie d'un groupe ou d'une collectivité (Reason, 1994b), s'ajoutent les risques suivants : que certains partenaires, sous le couvert d'un processus démocratique, s'activent à promouvoir des agendas contraires aux intérêts d'un mieux-être collectif ; que le projet soulève du mécontentement et de l'hostilité de la part d'agents extérieurs qui se sentent menacés par les actions engendrées ; ou pis encore, que le projet ne serve qu'à aiguïser un vécu d'oppression et à fomenter un sentiment d'impuissance parmi les participants s'ils n'arrivent pas à concevoir et à amorcer de véritables transformations de leurs conditions de vie (Cornwall & Jewkes, 1995).

Cinquièmement, malgré quantité d'appuis déjà existants, un autre défi consiste à légitimer cette activité de recherche auprès d'un certain establishment académique, ceci à titre d'entreprise pertinente pour la construction de connaissances théoriques et scientifiques, en complément à la production de connaissances pratiques et locales. Il importe tout particulièrement de continuer à démontrer qu'il est possible de faire preuve de rigueur

méthodologique tout en s'engageant dans le cycle de la recherche-action avec une diversité d'acteurs (Allison & Rootman, 1996 ; Bradbury & Reason, 2001) et, de plus, de signifier que la recherche participative ne se limite pas à une fonction de développement communautaire (Green et al., 1995)¹. En somme, il incombe aux chercheurs-intervenants concernés de contribuer tant à la formulation de théories qui expriment l'élaboration des idées de leurs co-chercheurs partenaires, que de contribuer à l'élaboration de théories qui participent à l'avancement de savoirs disciplinaires. Toutefois, il ne faut pas s'attendre à ce que cette deuxième catégorie de théories soit nécessairement intelligible en dehors de cercles académiques (Rahman, 1988).

Enfin, défi crucial s'il en est, les chercheurs-intervenants collaborant à des initiatives de recherche participative doivent s'assurer d'une préparation et d'un soutien adéquats de leurs partenaires afin que tous les acteurs soient en mesure de s'engager véritablement dans un projet selon leurs volontés et capacités. Aussi faut-il réunir des conditions et établir des mécanismes qui facilitent l'émergence d'une dynamique empreinte de confiance, de collaboration active et de relations égalitaires – ce qui est d'autant plus difficile lorsqu'il y a peu ou pas de sentiment de communauté entre les individus. Néanmoins, bien qu'il y ait consensus sur l'importance de bien préparer et d'accompagner les partis interpellés par un projet participatif, il y a peu d'information sur les manières de faire – et ce, tout particulièrement en dehors du cadre « managérial » de la participation (cf chapitre premier). Il est toutefois possible de tirer quelques enseignements de descriptions détaillées de projets rapportés dans la littérature (à titre d'exemple, on peut consulter De Venney-Tiernan, Goldband, Rackham, & Reilly, 1994). Par ailleurs, Stringer (1996), Norris (1995) et Liu (1992b) énumèrent plusieurs principes et consignes pertinents pour initier un projet et favoriser un climat de collaboration. Heron (1996), quant à lui, énonce quelques instructions relatives au déroulement des premières rencontres d'un groupe de co-chercheurs potentiels et propose les conditions d'une planification organisationnelle aidante². De plus, il souligne l'importance d'accorder une attention spéciale à trois sphères inter-reliées³ pour favoriser l'amorce d'une démarche participative : la sphère cognitive à l'intérieur de laquelle il importe de s'assurer que tous les partis impliqués comprennent bien le processus de recherche ; la sphère opérationnelle à travers laquelle il s'agit de renforcer la capacité des participants à collaborer, de manière authentique, à un processus de prise de décision conjoint ; et la sphère émotionnelle et interpersonnelle qui consiste à

¹ Il s'agit là de deux qualités que cette thèse se propose, entres autres, de démontrer.

² À noter que je me suis inspirée de ces quatre derniers auteurs lors de la mise en œuvre du projet empirique de cette thèse.

³ La dénomination des trois sphères relève de mon interprétation et de ma traduction libre des propos de Heron (1996).

créer un climat permettant la libre expression de sentiments et d'émotions ainsi que la résolution de tensions et de conflits interpersonnels engendrés en cours de route.

Quoique les indications de Heron (1996) figurent parmi les plus détaillées, il reste que cet aspect important de la recherche participative requiert plus d'élaboration. Par exemple, le processus pédagogique à travers lequel renforcer les habiletés des participants ne semble pas avoir fait l'objet de documentation détaillée par les promoteurs de la recherche participative. De plus, il conviendrait de mieux saisir comment désamorcer les tendances monopolisatrices des chercheurs professionnels (Elden & Levin, 1991). Il reste également à préciser davantage comment accompagner les participants afin qu'ils soient en mesure de transférer les savoirs construits et acquis à l'intérieur d'un projet donné à d'autres situations (Whyte, 1991). Enfin, il pourrait être pertinent d'établir des consignes destinées à la préparation et à l'accompagnement d'autres partenaires essentiels au bon fonctionnement d'une recherche participative, tels les bailleurs de fonds, les membres du comité d'éthique, les décideurs locaux, et nos collègues et directeurs institutionnels et académiques, qui tous, à leur manière, exercent une influence sur le déroulement d'un projet.



Il convient de constater que malgré son potentiel intéressant, la recherche participative n'est pas une voie facile, rapide et clairement balisée pour la construction de connaissances et l'élaboration d'interventions en santé publique. Il n'en demeure pas moins que cette approche, relativement novatrice dans notre domaine, s'aligne nettement avec le projet de la participation de la santé publique ; permet d'établir une conjonction entre les fonctions réciproques de construction de connaissances et d'intervention qu'invoque notre champ particulier ; et, de plus, fait état de consignes permettant d'actualiser de véritables collaborations émancipatrices (plutôt que manipulatrices). Par ailleurs, la recherche participative s'inscrit tout à fait dans le paradigme constructiviste présenté au chapitre précédent étant donné sa finalité transformatrice à travers laquelle s'entrecroisent une pluralité de réalités avec l'engagement d'acteurs en (inter)action dialogique et réflexive co-construisant une diversité de savoirs, tant conceptuels, qu'expérientiels, relationnels et pratiques. Mais les arguments en faveur de la recherche participative en santé publique ne s'arrêtent pas là.

LA PROBLÉMATIQUE SÉLECTIONNÉE POUR L'AMORCE DU PROJET EMPIRIQUE

L'exercice de la recherche participative en santé publique s'avère d'autant plus pertinent du fait que l'expérience de la vulnérabilité se trouve au cœur de l'agenda d'action de ce domaine d'intervention et qu'une méthodologie participative s'avère être une des meilleures stratégies pour rejoindre des populations marginales et vulnérables en vue de mieux saisir leurs expériences vécues et contribuer ainsi à la génération de savoirs et d'actions sensibles à leurs besoins et réalités (Cornwall & Jewkes, 1995 ; Israel et al., 1998).

En effet, une part importante des activités de la santé publique sont destinées à des populations dites vulnérables lesquelles sont généralement identifiées par le biais de taux élevés de morbidité et de mortalité (Aday, 1994 ; Hertzman, Frank, & Evans, 1996). Par exemple, il est question d'intervenir auprès d'enfants issus de milieux défavorisés, de jeunes en difficulté, de fumeurs, d'individus toxicomanes ou alcooliques, de personnes âgées en perte d'autonomie, ou encore auprès des plus pauvres, vivant en marge de la société, ou étant la cible de discriminations diverses. D'une certaine manière, il appert que l'expérience de la vulnérabilité *suscite* une bonne part de l'intervention de l'institution de la santé publique que ce soit au niveau de ses fonctions de développement de connaissances pour mieux comprendre les corollaires de cette vulnérabilité ou au niveau de ses fonctions d'élaboration d'interventions ou de soutien aux actions déjà déployées dans la communauté. Ce faisant, dans la mesure où les personnes les plus vulnérables sont, en général, difficiles à rejoindre, une pratique participative constitue alors un des moyens privilégiés pour les acteurs de la santé publique de se rapprocher du terrain afin de rencontrer les individus dans leurs milieux de vie, de contribuer à la transformation de leurs réalités, et de favoriser leur autodétermination, ou leur *empowerment*, dans une optique de promotion de la santé.

En conséquence, un thème intégrant l'expérience de la vulnérabilité a été privilégié pour amorcer le projet empirique de cette thèse étant donné son importance en tant que moteur de l'intervention de la santé publique et sa pertinence en tant qu'élément de mobilisation pour l'action participative. Toutefois, dans la logique d'une pensée récurive, le thème de la vulnérabilité n'a pas été considéré uniquement comme point d'ancrage du projet. Il fut également envisagé qu'une meilleure compréhension de l'expérience de la vulnérabilité en soi pourrait apporter des éclairages supplémentaires sur les éléments de la théorie et de la

méthode d'une pratique participative en santé publique, en complémentarité à mon expérience personnelle d'un projet de recherche participatif.

LA VULNÉRABILITÉ DE PROSTITUÉES DE RUE AU VIH

À toutes fins pratiques, le projet empirique de cette thèse a été orienté autour du thème spécifique de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, celui-ci étant en continuité avec mes intérêts de recherche. De plus, ce thème s'inscrit dans l'évolution des priorités d'action de la santé publique dans le domaine de la prévention du VIH.

D'une part, ma propre expérience dans le domaine de la recherche en santé publique, entre 1987 et 1996, a porté sur la problématique du VIH, notamment auprès de femmes et de personnes toxicomanes et incarcérées. Au fil des divers projets, j'ai développé un intérêt particulier à l'égard de femmes pratiquant la prostitution de rue et aux prises avec un potentiel important d'acquisition du VIH et je me suis investie directement dans l'action auprès de celles évoluant dans le centre-ville de Montréal en vue de contribuer à la réduction de leur vulnérabilité au VIH. Il va sans dire que ce contexte m'offrait alors un terrain privilégié de réflexion sur les modalités d'une pratique participative en santé publique.

D'autre part, à partir du milieu des années 1990, avec la progression de la pandémie du sida, il est devenu clair que l'unique considération de facteurs de risque individuels avait une portée limitée pour orienter l'action de la santé publique en matière de prévention du VIH. Mann et Tarantola (1996) ont donc proposé la notion de vulnérabilité¹ afin d'envisager, outre les facteurs de risque individuel, les multiples déterminants ayant une incidence sur le potentiel d'acquisition du VIH ainsi que sur la capacité des individus et des groupes de se protéger face à cette infection et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Suivant cette orientation, et s'engageant plus à fond dans l'idéologie de la promotion de la santé, la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, 1997-2002* (MSSS, 1997b) souligna alors la nécessité d'adapter nos façons d'être et de faire. Cette *Stratégie* propose notamment de renforcer les actions menées en partenariat sous l'égide de la collaboration afin de rejoindre les groupes et les personnes les plus vulnérables, là où elles vivent, pour mieux comprendre les multiples déterminants de leur vulnérabilité et contribuer au développement de leurs potentiels d'action. De plus, il est dorénavant jugé nécessaire de favoriser le

¹ Pour être plus spécifique, Mann et Tarantola (1996) proposèrent la notion de « vulnérabilité sociale » pour faire référence à l'ensemble des déterminants de la santé ayant une incidence sur le potentiel d'acquisition du VIH ainsi que sur la capacité des individus et des groupes de se protéger du VIH et d'exercer plus de contrôle pour leur santé. Cependant, pour éviter toute confusion et pour fins de concision, je ne référerai ici qu'au terme de vulnérabilité.

rapprochement entre la recherche et l'intervention afin d'améliorer notre appréhension du chemin complexe qui mène à l'acquisition du VIH et tenter d'accroître la pertinence et l'efficacité de nos actions.

Dans ce contexte, tant mes intérêts de recherche que l'évolution des perspectives sur la manière d'aborder la problématique du VIH, m'ont confirmé la pertinence de situer le thème central de la vulnérabilité autour de la question du VIH parmi les prostituées de rue dans le cadre du projet empirique de cette thèse. En conséquence, j'ai procédé à l'amorce d'un projet de recherche participatif autour de cette problématique afin de :

- Mieux comprendre, avec des personnes directement concernées, les conditions et les dynamiques qui contribuent à accroître la vulnérabilité de femmes pratiquant la prostitution de rue dans le centre-ville de Montréal à l'acquisition du VIH, ceci afin d'identifier et de mettre en œuvre, de concert avec des travailleuses du sexe, des actions pouvant améliorer leurs conditions de vie et de travail.
- Saisir le sens de l'expérience de la vulnérabilité même, en tant qu'élément central et mobilisateur en santé publique, dans l'optique de contribuer à la formulation du cadre conceptuel projeté à l'issue de cet ouvrage.

Ceci étant dit, je situerai davantage le contexte dans lequel s'insère ce projet empirique à la deuxième partie de la thèse. Mais avant d'aborder ce projet, je dois préciser les contours de la démarche méthodologique privilégiée pour l'élaboration du cadre conceptuel envisagé au terme du projet empirique, lequel cadre fera l'objet de présentation, d'explicitation et de discussion à la troisième partie de la thèse.

LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE POUR LA FORMULATION D'UN CADRE CONCEPTUEL FAVORISANT UNE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

LA MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

À prime abord une distinction s'impose ici : la méthodologie adoptée pour la formulation d'un cadre conceptuel favorisant une pratique participative en santé publique – en soi la finalité principale de cette thèse – est différente de la méthodologie de recherche participative employée à l'intérieur du projet empirique. Indubitablement, il aurait pu être intéressant d'entreprendre la formulation du cadre projeté dans un contexte participatif. En revanche, l'exercice doctoral constituant plutôt une démarche personnelle, j'ai opté pour une méthodologie favorable à une réflexion plus individuelle pour cette partie de ma démarche.

Ainsi, pour les besoins de la thèse, je me suis inspirée de la méthodologie d'étude de cas élaborée par Stake (1994, 1995, 2000), lui-même d'allégeance constructiviste¹. Brièvement définie, il s'agit d'une démarche de recherche qui consiste à explorer en profondeur, afin de rendre compte de sa nature complexe et de son caractère évolutif, un « système intégré » délimité dans le temps et l'espace, comportant ses propres dynamiques dans son contexte particulier (soit physique, social, culturel, historique, politique, économique, etc.) et présentant un potentiel distinctif pour le développement de savoirs.

Selon la typologie établie par Stake (1994, 1995, 2000), l'étude de cas menée ici peut être qualifiée d'instrumentale : le système intégré dont il est question, en l'occurrence un projet de recherche participative portant sur la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH, présente à la fois un intérêt intrinsèque ainsi qu'une occasion de mieux comprendre et de concevoir un phénomène plus global, soit une pratique participative en santé publique. Autrement dit, le projet empirique comporte le potentiel de mener à la construction de savoirs relatifs à un thème particulier ainsi qu'à un processus plus général. Ce faisant, le cas sélectionné ici s'avère particulièrement pertinent quant à son instrumentalité. En effet, puisqu'il s'agit d'un groupe de femmes singulièrement marginales, donc très difficiles à rejoindre, tant sur une base concrète que culturelle, voilà une belle occasion de mettre en évidence les importants défis que posent une pratique qui se veut basée sur le partenariat.

Dès lors, le récit formulé à l'issue de l'étude de cas remplit plusieurs fonctions. D'une part, ce récit sert de compte-rendu exhaustif du processus encourru à travers le projet empirique. D'autre part, il expose les savoirs acquis et les impacts et conséquences de ce projet en ce qui concerne les femmes directement impliquées et à l'intention des personnes concernées par la problématique de la vulnérabilité au VIH parmi les prostituées de rue. Par ailleurs, ce récit sert de base à l'articulation de mon interprétation, de ma compréhension et d'une certaine explication de ce que constitue le phénomène de la vulnérabilité. Et enfin, il sert de point d'appui pour intégrer mes perceptions et idées d'ordre théorique et méthodologique générées à travers mon engagement prolongé et mes (inter)actions sur le terrain ; énoncer des savoirs acquis de l'ordre de la pratique, notamment en vue de relever les défis de la participation ; développer une meilleure compréhension des impératifs d'une pratique participative ; et formuler et expliciter un cadre général porteur de sens pour la santé publique.

¹ Ce qui le différencie de Yin (1993, 1994), une référence importante en matière de méthodologie d'étude de cas, mais qui se situe toutefois dans un cadre scientifique positiviste.

LES MÉTHODES PRIVILÉGIÉES

L'étude de cas d'affiliation constructiviste requiert généralement que la chercheuse assure une présence prolongée sur le terrain, qu'elle soit en contact direct avec les personnes et les projets évoluant dans la situation considérée, et qu'elle (ré)interprète continuellement les multiples sens en émergence au fil de la progression du projet et de ses observations et (inter)actions (Stake, 1995). Ce faisant, il n'y a pas, à proprement parler, une suite prédéfinie de techniques ou de méthodes à appliquer : le parcours d'une étude de cas constructiviste prend forme à travers les savoirs construits et les interrogations suscitées.

Tout de même, une fois le cas identifié et la question de recherche bien cernée, deux niveaux interdépendants d'activités caractérisent l'étude de cas : la constitution de données par l'intermédiaire de multiples sources et méthodes afin de décrire et de qualifier le cas dans toute sa richesse ; et un exercice itératif de synthèse pour organiser ces informations, formuler des propositions intelligibles et construire des savoirs pertinents.

Pour cette recherche, le substrat de données servant à la formulation du cadre conceptuel projeté a été constitué grâce à plusieurs mécanismes inter-reliés. Premièrement, la technique de l'observation participante s'est avérée le moyen privilégié d'organiser une cueillette d'informations au fil de mes (inter)actions (Adler & Adler, 1994 ; Jaccoud & Mayer, 1997 ; Laperrière, 1998). J'ai notamment rédigé un journal de bord contenant une description détaillée du déroulement du projet empirique ainsi que mes réflexions personnelles et mes questionnements concernant le processus de la participation. Ce faisant, diverses lectures effectuées tout au long du projet concernant le travail du sexe, la vulnérabilité au VIH ou encore la recherche participative, m'ont permis d'aiguiser mes capacités d'observation participante, en plus d'approfondir le processus de synthèse afférent. Deuxièmement, tous les matériaux et documents créés au cours du projet empirique¹ ont été considérés lors de l'exercice de synthèse. Et troisièmement, l'écriture même du récit du projet participatif a été source d'intégration de mon expérience et d'approfondissement de ma compréhension (Richardson, 1994, 2000), facilitant ainsi l'explicitation du cadre général faisant l'objet de ma démarche dans la troisième partie de la thèse

En ce qui a trait à l'exercice concomitant de synthèse, j'ai entrepris un processus graduel, itératif et récursif de modélisation systémique afin de développer une compréhension de la notion de vulnérabilité et concevoir les éléments de théorie et de méthode que comporte

¹ Ces divers matériaux et documents, ainsi que leurs modalités de création seront présentés à la deuxième partie de la thèse.

une pratique participative en santé publique. Selon Le Moigne (1990), la modélisation systémique consiste en une action d'élaboration et de construction intentionnelle, par composition de symboles (incluant autant du texte que des figurations), de modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu complexe. De plus, ces modèles permettent d'amplifier le raisonnement de l'acteur-modélisateur projetant une intervention délibérée au sein dudit phénomène en vue, notamment, d'anticiper les conséquences des projets d'actions possibles. Ce faisant, un phénomène complexe est alors représenté par et comme un système général où, à travers des liens interdépendants et récursifs, sont tenus pour inséparables le fonctionnement et la transformation du phénomène, les environnements actifs dans lesquels il s'exerce et les projets par rapport auxquels il est identifiable.

En l'occurrence, à travers ce processus de conception, de configuration et de création j'ai intégré, sous forme de plusieurs modèles successifs¹, les données constituées au fil de mes (inter)actions, de mes lectures et de mes interprétations et compréhensions – en veillant, toutefois, à ce que le sens (re)construit dans chaque modèle incorpore les éléments des modèles précédents tout en dégageant de nouvelles significations. De cette manière, le processus de modélisation systémique m'aura permis de concevoir le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH ; puis d'approfondir le sens du concept de la vulnérabilité ; et enfin, d'entamer la formulation d'un cadre général pour une pratique participative en santé publique. Dans la logique de ma démarche empreinte de boucles récursives, ce dernier modèle intègre des éléments de théorie et de méthode issus de mes réflexions et apprentissages réalisés au cours du projet empirique, tout en s'imprégnant des points d'ancrage présentés en cette première partie de la thèse.



¹ Dont les plus significatifs font l'objet de présentations dans les chapitres suivants.

DEUXIÈME PARTIE DE LA THÈSE

LE PROJET EMPIRIQUE :

UN PROJET PARTICIPATIF AVEC
DES TRAVAILLEUSES DU SEXE
POUR INTERVENIR SUR LEUR
VULNÉRABILITÉ AU VIH

INTRODUCTION

En cette deuxième partie, un récit détaillé du parcours et des divers ordres de résultats issus du projet empirique entrepris dans le cadre de cette thèse sera présenté. Les principales finalités poursuivies à travers ce projet se résument à trois :

- Tel que mentionné plus tôt, ce projet de recherche avait pour objectif inhérent de concourir, avec des personnes directement concernées, au développement d'une meilleure compréhension des conditions et des dynamiques qui contribuent à accroître la vulnérabilité de femmes pratiquant la prostitution de rue dans le centre-ville de Montréal à l'acquisition du VIH – ceci afin d'identifier et de mettre en œuvre, de concert avec des travailleuses du sexe, des actions pouvant améliorer leurs conditions de vie et de travail.
- De plus, il m'importait de vivre l'expérience d'un projet de recherche participatif portant sur une problématique relevant du champ d'action de la santé publique afin d'alimenter ma réflexion et d'entreprendre l'élaboration d'un cadre conceptuel comportant des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique.
- Enfin, il s'agissait d'illustrer le potentiel de développement de connaissances à la fois locales *et* théoriques que procure la recherche participative menée avec un souci de rigueur méthodologique.

Ce projet empirique s'avère donc pertinent sur plusieurs fronts. D'entrée de jeu, il permet d'envisager le développement de connaissances et de pistes d'intervention renouvelées en prévention du VIH et en promotion de la santé auprès d'un groupe de femmes considérées particulièrement vulnérables dans notre société. Ces savoirs peuvent également être transférables à d'autres populations marginales et vulnérables au VIH. Aussi, puisque ce projet intègre, dans leur réciprocity, des axes de recherche et d'intervention qui sont le propre de la pratique de la santé publique ; et puisqu'il prête forme aux discours contemporains de partenariat et d'engagement auprès de communautés aux prises avec un problème complexe, il s'agit d'un cas exemplaire à partir duquel entreprendre la formulation d'un cadre conceptuel privilégiant une pratique participative en santé publique. Enfin, outre la production de connaissances locales sur la notion de vulnérabilité, ce projet permet d'entreprendre une théorisation sur ce phénomène conçu ici comme étant central et mobilisateur en santé publique puisqu'une bonne part de nos interventions concernent des individus et des groupes vulnérables. Il s'agit alors de bien saisir le sens théorique et les implications pratiques de ce concept pour orienter l'action participative privilégiée ici et, de plus, contribuer à la formulation du cadre conceptuel général projeté à l'issue de la thèse.

Cette deuxième partie de la thèse est constituée de six chapitres. Le chapitre quatrième présente les paramètres sur lesquels repose le projet empirique, ce qui inclut, notamment, le contexte dans lequel s'insère le projet, quelques éléments essentiels permettant de circonscrire la problématique considérée, ainsi que la question de recherche suivie d'un examen de l'état de la recherche menée selon les termes que propose cette question. Le chapitre cinquième donne un aperçu détaillé des procédures entourant l'actualisation de ce projet empirique. Au chapitre sixième, les résultats traitant de la question de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH sont exposés puis complétés par un premier modèle portant sur le phénomène de la vulnérabilité. Les chapitres septième et huitième constituent, quant à eux, un deuxième et troisième ordre de résultats. D'une part, je poursuis une démarche de modélisation théorique sur le phénomène de la vulnérabilité au chapitre septième. Et d'autre part, au terme d'un examen des impacts et des conséquences de ce projet empirique, j'articule un modèle conceptuel ayant une portée pour la pratique participative en santé publique au chapitre huitième. La partie se termine par une appréciation de ce projet empirique, suivie de l'énoncé de possibilités d'approfondissements et d'implications pratiques.

CHAPITRE QUATRIÈME

LES PARAMÈTRES DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, j'expose donc les paramètres sur lesquels repose ce projet empirique. Tout d'abord, il est question du contexte à l'intérieur duquel s'insère cette initiative de recherche, puis de quelques précisions portant sur la prostitution, la problématique du VIH parmi les femmes qui pratiquent ce métier et les perspectives d'intervention en matière de prévention auprès de ce groupe. S'ensuit une spécification de la question de recherche envisagée dans ce projet. Je termine par un examen de recherches antérieures menées selon les termes de cette question de recherche.

CONTEXTE DU PROJET

Outre mes intérêts de recherche et l'évolution des perspectives sur la prévention du VIH mentionnés au chapitre précédent, ce projet participatif procède également de la mission et des besoins d'un organisme communautaire dans lequel j'ai été engagée. Voici donc le contexte organisationnel à l'intérieur duquel s'insère ce projet empirique, suivi d'une description sommaire des femmes rejointes et visées par les initiatives de cet organisme.

LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL DU PROJET

Ce projet a été développé chez Stella, un organisme communautaire situé dans le quartier traditionnel du *Red Light* de Montréal. Dans l'ensemble, cet organisme vise à améliorer la qualité de vie des travailleuses du sexe et à sensibiliser le public et les intervenants de différents milieux aux multiples formes et réalités du travail du sexe. Fondé en avril 1995, Stella offre un lieu de rencontre et des activités à partir desquels des femmes travaillant dans l'industrie du sexe peuvent accéder à des informations, du matériel de prévention et des ressources d'aide. Ce groupe communautaire a également pour buts de favoriser le développement de liens entre les travailleuses du sexe ; d'initier des actions collectives et politiques pouvant améliorer leurs conditions de vie ; et d'assurer le respect de leurs droits à la santé et à la sécurité, au même titre que les autres citoyens. La philosophie d'intervention privilégie l'*empowerment* individuel et collectif des travailleuses du sexe ainsi que leur participation à tous les niveaux de l'organisation, tels l'administration, la planification et la réalisation d'activités, ainsi que la gestion quotidienne du local. Par ailleurs, la majorité des intervenantes et des bénévoles ont une expérience de travail du sexe et elles collaborent à l'élaboration de projets visant, notamment, la prévention du VIH, l'élimination de la violence et de la discrimination à l'égard des travailleuses du sexe et la décriminalisation du travail du sexe (annexe 2 : Stella, document de présentation).

Tel que mentionné au chapitre précédent, j'ai participé à la mise sur pied de Stella. À l'instar de données épidémiologiques disponibles et de l'expérience d'une équipe de

recherche en santé publique dont j'étais membre, j'ai co-dirigé une consultation à l'automne 1993 afin d'explorer la faisabilité d'une intervention en prévention du VIH auprès de prostituées de rue du centre-ville de Montréal (Hankins & Gendron, 1994). Tout d'abord, nous avons effectué des entrevues semi-dirigées auprès de prostituées de rue durant leurs heures de travail, puis animé des groupes de discussion en milieu carcéral. Ces échanges ont permis, notamment, de mettre en perspective notre objectif de prévention du VIH. En effet, malgré leur sentiment de vulnérabilité face au VIH, les femmes faisant de la prostitution de rue ont identifié d'autres problèmes comme étant tout autant, sinon plus, prioritaires – tels leur démêlées quotidiennes avec de multiples formes de violence et leur manque d'information concernant les ressources d'aide adaptées à leurs réalités – et plusieurs ont même spécifié qu'il était essentiel de tenter de trouver des solutions à ces problèmes avant même d'aborder la question du VIH. Par ailleurs, nous avons recensé les formes d'interventions privilégiées par les prostituées de rue, tant auprès de celles rencontrées qu'à travers nos contacts avec des coordonnateurs de programmes desservant cette clientèle ailleurs au Canada. Parallèlement, nous avons effectué une revue de la littérature pour prendre connaissance de la diversité des interventions conçues et éprouvées ailleurs dans le monde. En outre, nous avons formé un groupe de travail composé d'intervenants locaux sensibilisés aux réalités de la prostitution. Ces partenaires ont d'ailleurs confirmé les propos des diverses sources consultées et ont participé à la formulation et à la mise sur pied de Stella dont l'action projetée allait bien au-delà de la question du VIH, sans pour autant en négliger l'importance (PIaMP, 1994).

Dès lors, malgré l'ensemble des problèmes que vivent les prostituées de rue, plusieurs facteurs ont facilité le développement d'un projet de recherche participatif portant sur le thème du VIH parmi ces femmes. Tel que mentionné, l'équipe de Stella privilégie la participation des travailleuses du sexe au développement et à la mise en œuvre de ses activités. Par ailleurs, de par son histoire, l'organisme intègre la prévention du VIH à son agenda d'intervention, principalement auprès de prostituées de rue¹. Enfin, fait non-négligeable, les principaux bailleurs de fonds de Stella à cette époque favorisaient la mise sur pied d'actions novatrices impliquant les « populations cibles » et avaient pour principale finalité la prévention du VIH. Les intervenantes se devaient donc d'assurer une programmation en ce sens et elles étaient en quête de nouvelles stratégies pour assurer le développement d'un programme d'activités pertinentes.

¹ Il est à noter qu'aux débuts de l'histoire de Stella, la clientèle était surtout constituée de prostituées de rue. Cependant, avec les années, cette clientèle s'est diversifiée pour inclure différentes catégories de travailleuses du sexe.

Toutefois, un projet combinant les thèmes du VIH et de la prostitution comporte le risque d'être considéré problématique par les groupes et individus se portant à la défense des intérêts des prostituées. Certains peuvent y percevoir, par exemple, un lien sous-jacent de cause à effet entre la pratique de la prostitution et l'infection au VIH, où les prostituées sont alors d'emblée considérées comme vecteurs du VIH. De plus, un tel projet peut donner l'impression qu'il est davantage concerné par les intérêts de présumées victimes plutôt que par ceux des prostituées, aiguissant ainsi le sentiment d'aliénation de ces dernières. En conséquence, il s'est avéré nécessaire de façonner ce projet participatif de manière à ce qu'il puisse desservir, autant que faire se peut, tant les intérêts des prostituées de rue que ceux des intervenantes de Stella, tout en satisfaisant les exigences des bailleurs de fonds.

Bref, ce projet s'insère dans la continuité de l'évolution d'un organisme communautaire préoccupé par le développement d'actions pertinentes pour sa clientèle. Je propose maintenant de prendre connaissance du profil des prostituées de rue constituant la principale clientèle visée par les initiatives de Stella au moment où ma recherche a débuté.

LES FEMMES PRATIQUANT LA PROSTITUTION DANS LES RUES DU CENTRE-VILLE DE MONTRÉAL

Il est difficile d'évoquer un portrait clair du profil des femmes impliquées dans la prostitution de rue dans le centre-ville de Montréal, ou encore d'estimer à combien peut s'élever leur nombre. L'illégalité des activités connexes à la prostitution et la clandestinité qu'elles entraînent, combinées à la mobilité géographique de ces femmes et la pratique transitoire de ce métier, rendent impossibles les recensements exhaustifs (Gendron & Hankins, 1995).

En effet, les estimations du nombre de prostituées sont généralement basées sur la quantité d'infractions rapportées par les services de police et sont davantage révélatrices des stratégies de contrôle privilégiées pour l'application de la loi, qu'il s'agisse des dispositions du Code criminel canadien, de règlements municipaux ou du code de la route (Duchesne, 1997 ; Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la prostitution, 1998 ; Wolff & Geissel, 1993)¹. Tout au plus est-il possible de déduire qu'il y aurait, selon un dénombrement conservateur, entre 200 et 250 femmes pratiquant la prostitution, à un moment ou à un autre, dans les rues du centre-ville de Montréal (Gemme, Murphy, Bourque, Nemeh, & Payment, 1984 ; Gemme & Payment, 1993 ; Sansfaçon, 1994 ; Ville de Montréal, 1999).

¹ À titre d'information, il est bien établi que les travailleuses du sexe font davantage l'objet d'arrestations comparativement aux clients, qui sont pourtant en plus grand nombre (Alexander, 1998a ; Faugier & Sargeant, 1997 ; Gemme, 1993 ; Lacasse, 1994).

Par ailleurs, les informations concernant les caractéristiques des prostituées de rue sont disparates. À titre indicatif, les enquêtes suggèrent qu'une proportion non négligeable rapporte une histoire de fugue ou d'expulsion du milieu familial et aurait été victime de négligence ou de violence physique, psychologique ou sexuelle durant l'enfance ou l'adolescence¹. Comparativement à des personnes n'ayant jamais fait de la prostitution, elles auraient eu leurs premières expériences sexuelles à un âge plus précoce. Dix à quinze pour cent seraient mineures et la majorité des prostituées de rue aurait fait ses débuts dans le monde du travail du sexe avant l'âge de dix-huit ans. De plus, la majorité de ces femmes ne semble pas avoir complété ses études secondaires et vit en situation de pauvreté. Enfin, en comparaison avec d'autres catégories de travailleuses du sexe, les prostituées de rue ont généralement un plus faible niveau de scolarité, ont davantage tendance à consommer des drogues sous toutes leurs formes et sont plus vulnérables à l'exploitation, à la violence et à la stigmatisation (Comité Badgley, 1984 ; Dorais & Ménard, 1987 ; Gemme et al., 1984 ; Lowman, 1993 ; Nancy, 2000 ; Sansfaçon, 1994 ; Shaver, 1993).

Dans la période précédant l'amorce de ce projet, mis à part un petit noyau de femmes venues du Grand Nord québécois, les prostituées travaillant dans les rues du centre-ville de Montréal étaient principalement des femmes blanches, âgées de dix-huit à trente ans et originaires de cette ville. Plus d'un dixième étaient des transgenders² ou transsexuelles, souvent à l'insu des clients. Elles travaillaient généralement à leur compte, seules ou en petits groupes de trois à quatre. Au cours des dernières années, leur situation socio-économique ainsi que leurs conditions de travail s'étaient dégradées et leur lot de violences quotidiennes s'était significativement accru. Par ailleurs, une part importante de ces prostituées de rue étaient aux prises avec de multiples problèmes de toxicomanie et de santé, en plus d'être isolées de réseaux de soutien ; et elles pratiquaient une prostitution moins lucrative que d'autres travailleuses du sexe du quartier pour subvenir à leurs besoins de survie et de consommation de drogues (Bibeau & Perreault, 1995 ; K. Herland, communication personnelle, mars 1996 ; Lafond & Morissette, 1995 ; Sansfaçon, 1994 ; Shaver, 1993 ; Ville de Montréal, 1999).

¹ À noter que la corrélation entre le fait d'avoir subi des sévices sexuels durant l'enfance ou l'adolescence et la pratique subséquente de la prostitution n'est pas claire: beaucoup de femmes n'ayant jamais vécu d'abus sexuels dans leur enfance ou leur adolescence deviennent des travailleuses du sexe et la plupart de femmes ayant été victimes d'abus sexuels ne travaillent pas dans l'industrie du sexe (Alexander, 1998a).

² Il s'agit du terme repris par Welzer-Lang, Barbosa et Mathieu (1994), lequel réunit à la fois les travestis hormonés ou non et les transsexuels non opérés qui ne souhaitent pas être opérés ou qui sont en attente d'opération.

Enfin, selon une enquête interne à Stella, une majorité de femmes ayant recours à cet organisme à ce moment de son histoire figuraient parmi les prostituées de rue les plus désorganisées du milieu étant donné leur forte consommation de drogues par injection (Stella, 1996). Plusieurs de ces personnes étaient d'ailleurs déjà infectées par le VIH, et de nouveaux cas d'infection étaient régulièrement signalés auprès des intervenantes de l'organisme. En somme, bien que la pratique de la prostitution ne soit pas forcément associée à l'infection au VIH, ces réalités semblaient se côtoyer et se confondre en une problématique de plus en plus préoccupante pour une bonne part de la clientèle de Stella. Il importait donc d'intervenir – ce qui légitima davantage l'amorce d'un projet portant sur la question de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH.

PROSTITUTION ET VIH : ÉTAT DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES D'INTERVENTION

Partant de la prémisse que la formulation de la problématique structure et oriente le processus de recherche ultérieur et comporte déjà des indices de solutions privilégiées (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988), il importe alors, pour fins de transparence et de rigueur, d'explicitier les éléments qui délimitent l'objet d'étude et servent d'appui à l'énoncé de la question de recherche. Dans un premier temps, je propose donc une mise au point de ce qui est entendu ici lorsqu'il est question de prostitution, suivie d'une présentation de quelques données épidémiologiques sur l'infection au VIH chez les femmes pratiquant ce travail. Puis, j'offre un aperçu et une mise en perspective des interventions élaborées pour traiter de cette problématique, ce qui permet de justifier davantage l'orientation de ce projet de recherche.

MISE AU POINT : LA PROSTITUTION EN TANT QUE TRAVAIL

Les termes de « travailleuse du sexe » et de « travail du sexe » ont été utilisés à quelques reprises dans ce texte. Cette terminologie est récente dans l'histoire de la prostitution¹ et mérite quelques clarifications puisque son usage est au cœur de débats contemporains qui exercent une influence certaine sur la réponse sociétale face à cette réalité déjà modulée par plusieurs siècles de préjugés.

Depuis l'Antiquité les prostituées ont généralement été définies comme des criminelles, des délinquantes sexuelles et des foyers d'infection dans la société occidentale, ou alors comme des victimes de trafic sexuel (Roberts, 1992). À ceci s'ajoute, avec la naissance des sciences humaines à la fin du XIXe siècle, un ensemble de théories conceptualisant la

¹ Le terme de travailleuse / travailleur du sexe fut introduit par l'activiste Carol Leigh en 1970 (Leigh, 1997).

prostitution comme produit de l'atavisme et de la luxure, maladie à soigner, dégénérescence morale et fléau social ; théories où la prostituée est conçue en tant qu'anti-thèse de la femme honnête et catégorie spécifique de personnes marginales à contrôler, isoler et réhabiliter (Lacasse, 1994 ; Parent & Coderre, 2000). Dans l'ensemble, ces femmes ne sont donc considérées que sous l'angle de leurs présumés vices et de leurs carences perçues qui, en retour, servent d'appui à la définition de ce que devrait constituer le comportement et la sexualité « normales » des femmes respectables. Dans un autre registre, une perspective fonctionnaliste datant du début du XXe siècle est encore invoquée de nos jours pour qualifier les prostituées de gardiennes de l'ordre social puisqu'elles offrent un service public nécessaire à la satisfaction des besoins physiologiques masculins et au maintien des institutions du mariage et de la famille.

Depuis les vingt-cinq à trente dernières années, c'est donc sur fond d'une différenciation de leurs caractéristiques et fonctions que les prostituées sont malgré tout conçues comme des personnes autonomes qui savent acquérir des habiletés pour survivre dans des contextes de vie souvent fort difficiles et que la prostitution est désormais envisagée comme travail. En fait, il s'agit d'un travail qui, depuis des siècles, constitue une des solutions les plus viables pour nombre de femmes¹ d'assurer leur survie économique et celle de leurs enfants. Et dans le contexte mondial de l'accroissement de la féminisation de la pauvreté, ce travail devient progressivement une des seules options possibles dans plusieurs pays du globe, ce qui n'amointrit pas pour autant les stigmates liés à la prostitution.

La perspective de la prostitution en tant que travail a principalement émergé des analyses féministes occidentales à partir des années soixante-dix. À cette époque, l'inégalité et l'infériorité économique et culturelle des femmes dans nos sociétés dites civilisées furent assujetties à une analyse critique, projetant par le fait même le phénomène de la prostitution au cœur des rapports sociaux de sexe. Ce sont les féministes libérales, de concert avec des représentantes de regroupements de prostituées prenant forme aux États Unis et en Europe occidentale, qui ont développé la perspective de la prostitution comme travail (Alexander, 1998a ; Pheterson, 1989 ; Roberts, 1992 ; Shaver, 1993). Selon cette position, la pratique de la prostitution adulte peut être considérée comme le résultat d'un choix rationnel parmi les options disponibles où la personne décide de vendre des services sexuels². En conséquence, il s'agit d'une force de travail rémunérée au même titre que d'autres métiers de services, qu'ils soient du domaine de services sexuels liés à la reproduction tels les mères porteuses ou les donneurs de sperme (Truong, 1990). Chapkis (1997) fait même des parallèles entre

¹ Et de plus en plus d'hommes.

² À noter qu'il est question de vente de services sexuels et non de vente de son corps.

ce métier et les domaines de services où le *caring* est requis, commodifié et commercialisé, à la manière des agents de bord, des psychothérapeutes ou des éducatrices en centres de la petite enfance : dans tous ces cas, il s'agit d'être à l'écoute et de desservir les besoins des clients. Néanmoins, la majorité des tenantes de ce discours ne vont pas jusqu'à proposer qu'il s'agit d'un travail comme un autre étant donné l'influence déterminante de l'ordre sociosexuel dominant. Elles appuient cependant les revendications de ces travailleuses qui réclament un autre statut que celui de victime et le droit de disposer librement de leur corps et de leurs services sans crainte de mépris social, de répression et de criminalisation – d'autant plus que le commerce sexuel constitue une source de revenu et de profits domestiques importants dans plusieurs pays, notamment au Pays-Bas et plus encore dans des pays en développement. À titre d'exemple, plus de quatre milliards de dollars US sont comptabilisés annuellement en Thaïlande seulement (Kempadoo, 1998).

Toutefois, à cette vision communément partagée par les groupes de défense des droits des prostituées, comme chez Stella, s'oppose un autre discours féministe (Chapkis, 1997 ; Shaver, 1993). Il s'agit de la perspective radicale promulguée depuis le début du XXe siècle par bon nombre de féministes qui, par ailleurs, n'ont généralement aucune expérience personnelle de la prostitution. Ce discours soutient que l'institution de la prostitution renforce les rôles traditionnels et stéréotypés qui réduisent les femmes à des objets sexuels (Barry, 1995). La prostituée représente alors l'archétype de la femme dominée, exploitée et aliénée, de celle dont on s'approprie le corps en tant que marchandise et commodité ; et la prostitution renvoie à un rapport de forces où sont exploitées des femmes, victimes de l'oppression masculine et d'un système patriarcal. Dès lors, il ne peut s'agir d'une activité entreprise volontairement, et encore moins d'une occupation au même titre que d'autres types de travail. Selon les tenantes de ce discours, il importe donc, au nom de l'abolition totale de la suprématie masculine et de l'égalité entre les sexes, de libérer les femmes du joug de la prostitution et du proxénétisme qui portent, somme toute, atteinte à la dignité humaine.

Il est à noter que cette vision abolitionniste de la prostitution est quelque peu problématique puisque les femmes y sont représentées en tant que sujets complètement dominés par une réalité masculine fixe et prédéterminée et non en tant qu'agents dotés d'intentionnalité. Aussi, en abordant de manière récurrente la question de la suprématie masculine, ce discours concourt insidieusement à réaffirmer la dominance de l'idéologie même qu'il tente pourtant de dénoncer. Enfin, la réponse des abolitionnistes à la prostitution en est une de « nettoyage culturel » de la sexualité contaminée par des besoins essentiellement masculins et dénudée d'amour et de valeurs d'engagement, voire d'abolition totale de toute forme de

sexualité afin de redéfinir autrement et en dehors des pratiques et des symboles culturels dominants une sexualité plus égalitaire (Chapkis, 1997). Ceci dit, les contours de ce que pourrait constituer l'expression de la sexualité humaine demeurent flous et ce discours n'ajoute rien aux conditions de vie des femmes pratiquant la prostitution, sinon qu'il renforce leur exclusion.

Par ailleurs, il importe de signaler que ces visions « libérales » et « radicales » sont essentiellement façonnées par les valeurs occidentales qui constituent la sexualité et le féminisme. Ce n'est que récemment que les femmes des pays en développement ont pu se faire entendre (Kempadoo & Doezema, 1998). Il est donc fort possible que les visions dites impérialistes, colonialistes, chrétiennes et racistes des féministes occidentales (Kempadoo, 1998) en matière de prostitution deviennent plus nuancées dans les années à venir.

Il reste qu'une majorité de féministes, quoique divisées sur la question de la légitimité de la prostitution, s'accorde de plus en plus sur l'importance d'améliorer les conditions de vie et de travail des prostituées au sein du système global patriarcal et capitaliste qu'est le nôtre. Donc, inévitablement, quelles que soient les valeurs privilégiées, l'idée de prostitution en tant que travail fait désormais son chemin¹. D'ailleurs, la Fédération des Femmes du Québec vient récemment d'inclure cette conception de la prostitution dans sa plate-forme politique, ce qui permettra d'entamer des discussions sur les réalités et les revendications de ces travailleuses plutôt que de les condamner. Il ne s'agit pas pour autant de célébrer l'existence de ce travail. Il est plutôt question de reconnaître que les revendications des travailleuses du sexe pour de meilleures conditions de travail, l'élimination de la violence et de l'exploitation, et la liberté de disposer de leur corps comme elles l'entendent sont communes à la majorité des luttes que mènent les femmes dans nos sociétés contemporaines, qu'elles travaillent ou non dans des secteurs peu réglementés. Autrement dit, il est temps de dépasser les cloisonnements qui ne constituent que des obstacles à la reconnaissance des droits fondamentaux de l'ensemble des femmes.

¹ À noter que certains regroupements de féministes ainsi que les traités internationaux en matière de prostitution font tout de même une distinction, depuis le début des années quatre-vingt-dix, entre le travail sexuel forcé et le travail sexuel volontaire. Dans ce contexte, l'attention est surtout portée sur la question des victimes innocentes de la prostitution et du trafic sexuel, en particulier par les tenants du féminisme radical. En revanche, peu de cas est fait des femmes qui choisissent, parmi les options disponibles, de pratiquer la prostitution pour subvenir à leurs besoins économiques. D'une certaine manière, on oppose cette catégorie de femmes aux victimes innocentes, les rendant en quelque sorte coupables de leur choix et des violations quotidiennes qu'elles subissent. Ce faisant, toute la ferveur dévolue à secourir et à protéger la minorité de victimes du travail sexuel forcé fait en sorte que peu d'énergie est investie dans l'examen et la transformation du contexte sociostructurel et politique qui conduit la majorité des femmes prostituées à exercer ce métier vu leurs options de survie et de résistance, et à devoir, de plus, travailler dans des conditions dangereuses et inacceptables où le respect des droits humains les plus fondamentaux est quotidiennement bafoué (Doezema, 1998).

En conséquence, vu mon allégeance à un groupe incluant dans sa mission générale la défense des droits des travailleuses du sexe, la prostitution est abordée ici en tant que travail chez des adultes et non comme caractéristique psychosociale ou criminelle¹. Il s'agit donc, avant tout, d'un métier pratiqué par des travailleuses et des travailleurs en fonction de motivations économiques. Dès lors, la prostitution adulte renvoie essentiellement à des transactions de nature commerciale entre personnes consentantes où il y a achat et vente de services sexuels selon une durée et une rémunération (en argent ou en biens) déterminées à l'avance par les partis impliqués (de Zalduondo, 1991 ; Shaver, 1994). Ce travail est généralement pratiqué de façon temporaire ou intermittente et, souvent, en combinaison avec d'autres formes de travail rémunéré (Alexander, 1998a ; Lacasse, 1994). Qui plus est, il s'agit d'un commerce exercé par une diversité de personnes provenant de milieux socio-économiques et culturels variés (Scambler, 1997), ce qui en fait une activité vaste, complexe et hétérogène. Se retrouvent, notamment, des prostituées de rue, des escortes, des danseuses nues, des masseuses érotiques, des modèles ou des actrices pour films érotiques ou pornographiques, et des personnes offrant des services téléphoniques ou internet érotiques... autant de formes, de contextes et de pratiques entre lesquels les individus peuvent transiter selon leurs circonstances de vie. Ceci fait en sorte que même si notre projet s'adresse à des prostituées de rue, qui représentent environ dix à vingt pour cent de l'ensemble des prostituées dans les grandes villes nord-américaines (Alexander, 1998a ; Shaver, 1993), il est possible qu'elles aient une expérience plus élargie du travail sexuel et de ses multiples réalités.

En terminant, il importe de spécifier que même si on réfère à la prostitution en tant que travail, cette vision n'est généralement pas codée dans les textes de loi². Par exemple, bien que la prostitution adulte ne constitue pas une infraction criminelle et ne soit pas considérée un délit au Canada (Duchesne, 1997), il n'en demeure pas moins que les dispositions des articles 210 à 213 du Code criminel canadien font en sorte qu'il est illégal de se livrer à certaines activités connexes à la prostitution, comme par exemple la tenue d'une maison de débauche ou la communication dans un endroit public dans le but de se livrer à la prostitution (annexe 3 : Articles du Code criminel canadien relatifs à la prostitution). Dans ces conditions, il est donc tout à fait concevable qu'il soit difficile de se percevoir comme

¹ Il est à noter que j'exclus ici toute considération de la prostitution juvénile qui s'avère, en soi, être une toute autre problématique.

² Seules les prostituées de l'état des Nouvelles Galles du Sud en Australie ont acquis le droit légal de se constituer en syndicat officiel en 1996. Et depuis le début des années 2000, la prostitution est légalisée pour les citoyennes néerlandaises s'adonnant à ce métier. D'autres pays européens examinent également la possibilité d'instaurer de telles politiques.

travailleuse étant donné le risque important d'être appréhendée par les forces de l'ordre dans l'exercice de ses fonctions, un risque qui s'ajoute à l'opprobre social qui perdure.

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LE VIH PARMIS LES TRAVAILLEUSES DU SEXE

Depuis le début de l'épidémie du VIH, les travailleuses du sexe constituent un des groupes les plus touchés à travers le monde (Van de Perre et al., 1985 ; Vuylsteke, Sunkutu, & Laga, 1996). Les taux de prévalence les plus élevés ont été documentés parmi les prostituées en milieu urbain en Afrique sub-saharienne puis dans certains pays d'Asie, tels la Thaïlande et l'Inde. Dans ces pays, la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle et les activités prostitutionnelles semblent contribuer de manière déterminante au développement et au parcours des épidémies locales et nationales du VIH (AIDSCAP/Family Health International, Harvard School of Public Health, & UNAIDS, 1996 ; Day & Ward, 1997 ; Estébanez, Fitch, & Najera, 1993 ; Hunter, 1993). En revanche, en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Asie australe, les taux d'infection par le VIH parmi les travailleuses du sexe sont moins élevés et diffèrent significativement selon que la personne fait usage de drogues par injection (UDI) ou pas (Alexander, 1998a ; Darrow, 1992 ; Day & Ward, 1997 ; Estébanez et al., 1993 ; McKegany, 1994 ; McKegany & Barnard, 1996 ; Padian, 1988 ; Plant, 1990). Par exemple, une étude transversale multicentrique incluant neuf pays européens a révélé un taux d'infection au VIH de 5,3% parmi l'ensemble des travailleuses du sexe participantes ainsi qu'une prévalence s'élevant à 31,8% chez celles faisant usage de drogues par injection (UDI) comparativement à 1,5% parmi les non-UDI (European working group on HIV infection in female prostitutes, 1993).

À l'instar de données recueillies dans plusieurs pays occidentaux, la combinaison prostitution-UDI semble également être un amalgame porteur de risque considérable pour l'acquisition du VIH parmi les prostituées de rue adultes du centre-ville de Montréal, et ce depuis la fin des années quatre-vingt (Hankins, Gendron, Richard, & O'Shaughnessy, 1989)^{1 2}. À l'amorce du projet empirique, la prévalence de l'infection était de l'ordre de 15% à 19% parmi les prostituées de rue UDI contre un taux variant de moins de 1% à 5%

¹ Il faut noter qu'il n'y a pas eu d'études spécifiquement conçues pour connaître les taux d'infection au VIH parmi les travailleuses du sexe à Montréal. On doit donc se fier à des données générées dans le cadre de projets de recherche menés auprès de populations carcérales ou auprès d'UDI rejoins en milieu clinique ou communautaire et parmi lesquels on retrouve généralement des prostituées de rue. En l'occurrence, il n'y a, à ma connaissance, aucune information colligée en ce qui concerne d'autres catégories de travailleuses du sexe.

² Dans la mesure du possible, j'essaie de m'en tenir à des statistiques disponibles pour la région de Montréal étant donnée la spécificité de ce projet et la variabilité des taux d'infection au VIH selon le contexte. De fait, la prévalence du VIH parmi les travailleuses du sexe varie selon la localité en fonction du stade de l'épidémie, des modes de transmission prédominants et des conditions de vie et de travail de ces femmes (Ward & Day, 1997).

parmi les prostituées de rue non-UDI (Hankins et al., 1994 ; Hankins, Gendron, & Tran, 1995 ; Hankins, Gendron, Tran, & Hum, 1995 ; Lamothe et al., 1993). Ces données signalent, notamment, l'importante progression de l'épidémie de l'infection au VIH parmi les femmes faisant usage de drogues par injection tant au Canada (Santé Canada, 2000a) qu'au Québec (MSSS, 2000b). Par exemple, la proportion de nouvelles infections touchant les femmes augmente annuellement au Canada, et près de la moitié de ces nouvelles infections sont désormais reliées à l'injection de drogues (Santé Canada, 2000b). D'autre part, les données provenant du Réseau SurvUDI¹ rapportent qu'environ 11% des femmes UDI rejointes entre 1995 et 2000 et habitant dans la région de Montréal étaient infectées par le VIH (R. Parent, communication personnelle, juin 2001). Quoique moins élevé que la prévalence estimée de 15% pour les femmes UDI résidant dans la région de Montréal-Centre au 31 décembre 1996 (Remis, Leclerc, & Vandal, 1999), ce taux dépasse la barre des 10% au-delà de laquelle l'épidémie est considérée potentiellement explosive. Somme toute, plusieurs données suggèrent que l'usage de drogues par injection est un facteur de risque important pour l'acquisition du VIH tant chez les femmes en général que chez les travailleuses du sexe en particulier à Montréal.

Ceci étant, des analyses récentes portent à croire que la pratique de la prostitution serait, en soi, un facteur de risque pour l'infection au VIH parmi les femmes UDI (Lamothe et al., 1997 ; Paone, Cooper, Alperen, Shi, & DesJarlais, 1999). Par exemple, les données du réseau SurvUDI colligées pour les années 1995 à 1999 indiquent que la prévalence de l'infection au VIH est de 16,6% parmi les femmes UDI ayant rapporté avoir fait de la prostitution au cours de six derniers mois comparativement à 6,5% parmi les femmes UDI n'ayant pas eu de relations sexuelles avec des clients pendant cette même période (Alary & Hankins, 1999). Cependant, il faut noter que les diverses études suggèrent aussi que les femmes UDI ne rapportant pas avoir fait de la prostitution semblent avoir des taux d'infection plus élevés que les prostituées n'ayant pas fait usage de drogues par injection. Il est alors possible de suggérer qu'au-delà du risque que comporte l'usage de drogues par injection pour l'acquisition du VIH, la combinaison des facteurs prostitution-UDI constitue le potentiel d'un risque supplémentaire chez les femmes.

¹ Le Réseau SurvUDI est un réseau de surveillance épidémiologique des infections au VIH chez les UDI regroupant huit régions du Québec ainsi que la région d'Ottawa avec plus de quarante programmes collaborateurs qui se sont joints progressivement à cette initiative depuis 1995. En date du 31 décembre 2000, 6345 UDI avaient été testés pour le VIH en plus de fournir des données sociodémographiques et comportementales ; et 1617 personnes avaient participé à plus d'une reprise. Il est alors possible d'entreprendre des analyses reliées tant à la prévalence qu'à l'incidence de l'infection au VIH dans une large population d'UDI (Alary & Hankins, 2001).

Afin de souligner l'ampleur de cette épidémie, il est utile de comparer les taux présentés ci-dessus avec des taux générés ou estimés pour des populations générales de femmes vivant dans la région de Montréal. Par exemple, le taux d'infection au VIH chez les femmes vivant sur l'île de Montréal et en âge de procréer se situait aux alentours de 1,7 par 1000 entre 1989 et 1993 (Hankins, Laberge, Montpetit, & Lapointe, 1995). Chez celles vivant dans la région du Montréal métropolitain et ayant recours à un avortement dans une clinique montréalaise d'envergure, ce taux s'élevait à 2,2 par 1000 pour la période 1989-1999 (étude dirigée par Robert Remis, dont les résultats sont rapportés par Santé Canada, 2000c). De plus, un estimé en date du 31 décembre 1996 donne un taux de 1,4 infections au VIH par 1000 femmes pour la région de Montréal-Centre (Remis et al., 1999). Somme toute, comparativement aux populations générales de femmes vivant dans la région de Montréal, les travailleuses du sexe non-UDI présenteraient un taux d'infection au VIH jusqu'à dix fois plus élevé, tandis que les travailleuses du sexe UDI présenteraient un taux de près de cent fois plus élevé.

En ce qui concerne les facteurs de risque signalés¹, la plupart des études épidémiologiques traite de différents aspects reliés à l'injection de drogues. Parmi les facteurs de risque importants, il faut noter une plus longue histoire personnelle de consommation de drogues par injection, l'injection avec des seringues empruntées à des personnes inconnues et l'injection plus fréquente de cocaïne (à titre d'exemple, voir Alary et Hankins, 2000, 2001). Par ailleurs, l'état induit par la consommation de drogues apparaît également associé à une plus faible utilisation du condom parmi les travailleuses du sexe UDI avec leurs clients (de Graaf, Vanwesenbeeck, van Zessen, Straver, & Visser, 1995 ; Plant, 1990). Qui plus est, ces travailleuses auraient davantage de partenaires sexuels UDI que d'autres femmes, ce qui entraîne plus de risques vis-à-vis du VIH étant donné que ces partenaires peuvent eux-mêmes être infectés (Campbell, 1991 ; Estébanez et al., 1993 ; Gossop, Powis, Griffiths, & Strang, 1995 ; Hankins et al., 1994 ; Hankins, Gendron, Tran, & Hum, 1995 ; Plant, 1990). Dans ce contexte, il semble donc difficile de départager le risque attribuable à la consommation de drogues par injection de celui imputable aux pratiques sexuelles chez les travailleuses du sexe (Campbell, 1991 ; Weeks, Grier, Romero-Daza, Puglisi-Vasquez, & Singer, 1998). Dans d'autres cas, la situation serait apparemment moins équivoque. Par exemple, plusieurs études ont démontré qu'il existe une forte association entre l'acquisition du VIH par voie sexuelle et la consommation de crack lorsque cette drogue est en circulation dans un quartier, puisque ses utilisatrices ont de multiples partenaires sexuels sans condoms en échange de crack ou d'argent pour se procurer cette drogue, le temps de

¹ Surtout dans les pays occidentaux, je le rappelle.

sa disponibilité (Elwood, Williams, Bell, & Richard, 1997 ; Fullilove, Fullilove, Bowser, & Gross, 1990 ; Jones et al., 1998 ; Ross, Hwang, Leonard, Teng, & Duncan, 1999).

Outre l'usage de drogues et ses conséquences, les épidémiologistes accordent une attention particulière à l'usage différentiel du condom selon le type de partenaire sexuel. À cet effet, l'ensemble des études menées en Europe occidentale et en Amérique du Nord suggèrent que le condom participe à une nette distinction entre les domaines de la vie privée et de la vie publique des travailleuses du sexe, puisque ces femmes utilisent davantage le condom dans le cadre de leur travail que dans le contexte de relations sexuelles non-commerciales et amoureuses (Day, 1990 ; Dorfman, Drish, & Cohen, 1992 ; Estébanez et al., 1993 ; McKeganey, 1994 ; Plant, 1990 ; Ward, Day, & Weber, 1999). Les données recueillies et les observations effectuées à Montréal vont dans le même sens (D. Deslauriers, communication personnelle, avril 2001 ; Gates, Gendron, & Hankins, 1994 ; Hankins, Gendron, & Tran, 1995 ; Hankins, Gendron, Tran, & Hum, 1995). Selon les chercheurs, cet état de fait souligne : 1) que les travailleuses du sexe ne sont pas en soi une source majeure de transmission du VIH vers la population générale ; et 2) que le risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle chez ces femmes se situerait principalement dans la sphère de leur vie privée, où proposer d'utiliser le condom est perçu comme un manque de confiance ou un aveu involontaire de la présence d'une MTS. Toutefois, bien que les travailleuses du sexe assimilent l'usage du condom au respect d'une éthique professionnelle de travail (Alexander, 1995), il importe de reconnaître que ce dispositif a tendance à être moins utilisé par les clients des prostituées de rue que par ceux d'autres catégories de travailleuses du sexe (de Graaf, van Zessen, Vanwesenbeeck, Straver, & Visser, 1996).

En somme, les données épidémiologiques confirment les observations à l'effet qu'il existe, et ce depuis plus d'une décennie, un potentiel important d'acquisition du VIH parmi les prostituées de rue faisant usage de drogues par injection, lesquelles constituaient une bonne part de la clientèle de Stella à l'amorce du projet empirique. De plus, même les travailleuses du sexe qui ne sont pas UDI semblent faire face à un certain risque étant donné l'usage qu'elles font du condom.

LES INTERVENTIONS POUR TRAITER LA PROBLÉMATIQUE PROSTITUTION-VIH

Au-delà de multiples investissements dans la poursuite d'études épidémiologiques incluant des travailleuses du sexe, un nombre important d'interventions axées sur la prévention de la transmission du VIH peut également être recensé eu égard à ce groupe de femmes. Afin de justifier davantage les contours de ce projet empirique, je présente ici un aperçu du type

d'interventions mis de l'avant à travers le monde pour affronter la problématique considérée, suivi d'une mise en perspective de ces stratégies.

APERÇU DES INTERVENTIONS

Les interventions ayant trait à la problématique du VIH chez les travailleuses du sexe visent les femmes les plus visibles et les plus dérangeantes aux yeux de la société, soit les prostituées de rue et celles travaillant dans des bars et des maisons closes ayant pignon sur rue. Ceci dit, il est intéressant de noter que les interventions privilégiées peuvent être classées selon un continuum où le degré d'appropriation par les travailleuses du sexe des actions élaborées varie de pratiquement inexistant à quasi absolu.

La régulation

À prime abord, pour tenter de contrôler l'épidémie du sida, diverses variantes de réglementations et de mesures législatives ont été établies à l'intention des travailleuses du sexe dans plusieurs pays tels que, par exemple, l'Allemagne, l'Équateur, la Grèce, certaines parties de l'Inde, le Sénégal, Singapour et l'Uruguay. Il s'agit, notamment, de la mise sur pied de registres et de systèmes d'octroi de permis ; de dépistage systématique et obligatoire des MTS accompagné de mesures de détention ou de retrait de permis de travail pour les femmes trouvées infectées ; de la délimitation de zones et d'horaires spécifiques de travail ; et de l'institutionnalisation de maisons closes surveillées et taxées par l'État (Alexander, 1998a ; Davis & Shaffer, 1994 ; Metzenrath, 1999 ; Société canadienne du sida & Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995). Par exemple, au Nevada, où la prostitution de rue est illégale, les prostituées doivent obtenir des permis pour travailler dans des studios surveillés par le gouvernement local, posséder un certificat de santé, se soumettre à des examens et à des tests de dépistage réguliers et respecter un ensemble de règles qui limitent leurs déplacements (Achilles, 1995 ; Campbell, 1991).

Considéré dans son ensemble, ce type d'interventions se résume à une série d'ordonnances visant à contrôler les travailleuses du sexe, sans pour autant réglementer leurs conditions de travail en fonction des lois et des mesures sociales normalement applicables à l'ensemble des citoyens d'une collectivité. Certains clients y trouveraient d'ailleurs une justification à se détacher de toute responsabilité en matière de pratiques sexuelles sécuritaires, exposant ainsi les prostituées à des risques importants d'infection que ne préviennent évidemment pas les tests de dépistage qu'elles doivent subir¹. Qui plus est, ces dispositions dotent les policiers et autres agents de surveillance de pouvoirs de régulation auxquels s'ajoutent des dynamiques d'intimidation et de harcèlement. Pourtant, l'histoire est témoin du fait que les

¹ En ce sens, il y aurait lieu de tester les clients plutôt que les travailleuses du sexe.

mesures coercitives sont singulièrement inapplicables sur une grande échelle et peu efficaces pour réduire les taux de transmission de MTS puisque la majorité des travailleuses du sexe refusent de s'y soumettre et que, de plus, de telles pratiques les conduisent vers les couloirs de la clandestinité et de la marginalité mise à distance (Day & Ward, 1997 ; Jürgens & Palles, 1997 ; Plant, 1990 ; Roberts, 1992).

L'accessibilité des services cliniques et les campagnes de prévention

Outre les interventions de l'ordre du contrôle social, les premières vagues d'actions émanant de la santé publique consistaient à adapter les services cliniques existants pour accueillir davantage de travailleuses du sexe parmi la clientèle régulière : il s'agissait d'offrir à ces femmes des tests de dépistage pour les MTS et le VIH, de leur fournir les traitements disponibles et de les enrôler dans des sessions de counselling avec distribution de condoms et, le cas échéant, de matériel d'injection afin de favoriser la modification de comportements (Crane & Carswell, 1992 ; Levine, Britton, James, Jackson, & Hobfall, 1993 ; Ngugi, Branigan, & Jackson, 1999). Par ailleurs, des cliniques destinées uniquement aux travailleuses du sexe et offrant un éventail de services préventifs et de première ligne en matière de santé et de services sociaux, juridiques et économiques, ont également vu le jour (Carr et al., 1996 ; Maciver, 1992 ; Ward & Day, 1997). Enfin, des équipes de professionnels de la santé ont choisi de se rendre directement sur les lieux de travail des prostituées pour leur offrir des services de dépistage à partir de tentes ou de roulottes et pour distribuer des informations et du matériel de prévention (Leopold & Steffan, 1996 ; Scott, Peacock, & Cameron, 1995 ; Weiner, 1996). Il n'en demeure pas moins que les services cliniques, qu'importe leur forme, ne rejoignent que la minorité de personnes qui osent s'y rendre, la majorité craignant d'être signalée aux autorités policières et assujettie à diverses formes de réglementations (Day & Ward, 1997).

Parallèlement à l'offre de services à une clientèle désignée vulnérable et en besoin d'aide, des campagnes de prévention destinées aux travailleuses du sexe et à leurs clients ont également été développées et évaluées par des équipes de santé publique dans plusieurs pays. Ces campagnes visent généralement à améliorer la capacité de négociation des prostituées vis-à-vis de leurs clients et à renforcer leur estime de soi et leur motivation à se protéger, tout en éduquant les clients sur la nécessité d'utiliser le condom. Par exemple, de telles campagnes ont vu le jour dans des bordels de Singapour (Wong, Chan, & Koh, 1998) et dans des mines d'or en Afrique du Sud (Meekers, 2000). Un des programmes les plus largement publicisés est le *100% Condom Program* implanté en Thaïlande depuis 1991 (Rojanapithayakorn & Hanenberg, 1996) et auquel se sont greffées des initiatives plus spécifiques (voir par exemple : Ford & Koetsawang, 1999). Les activités thaïlandaises ont

généralement été associées à une diminution de l'incidence des MTS (Hananberg, Rojanapithayakorn, Kunasol, & Sokal, 1994) et à une augmentation du taux d'utilisation du condom à l'occasion de transactions sexuelles (Robinson & Hanenberg, 1997). Néanmoins, il persiste des taux élevés d'infection au VIH parmi les prostituées ayant commencé à exercer leur métier après l'implantation de ce programme national (Kilmarx, et al., 1999). Ceci pourrait être fonction, entre autres, de transformations structurelles et organisationnelles dans l'industrie du sexe (Hananberg & Rojanapithayakorn, 1998), signalant ainsi la portée limitée de campagnes de prévention destinées aux individus sans égard au contexte dans lequel ils évoluent.

L'intégration et le partenariat

Dans l'optique d'adapter les interventions de prévention du VIH aux réalités des travailleuses du sexe, et pour rejoindre davantage ces femmes, plusieurs équipes ont intégré des prostituées ou ex-prostituées à leurs effectifs et adopté une stratégie d'éducation par les pairs (Alexander, 1995 ; Crane & Carswell, 1992 ; Ferencic, Alexander, Lamptey, & Slutkin, 1991). Ces pairs sont généralement des travailleuses du sexe bénévoles ou rémunérées et elles sont formées et supervisées par des professionnels de la santé ou des intervenants communautaires. Selon les projets, elles participent au développement d'outils d'éducation, distribuent du matériel de prévention, transmettent de l'information sur la réduction des risques et facilitent l'accès des prostituées aux ressources médicales et psychosociales appropriées et parfois même à des programmes de réinsertion dans le monde du travail « légal » (voir par exemple : Asamoah-Adu et al., 1994 ; Brussa, 1998 ; Corby, Enguidanos, & Kay, 1996 ; Dorfman et al., 1992 ; Dubois-Arbour et al., 1996 ; Enguidanos, Corby, & Wolitski, 1996 ; Ngugi et al., 1999 ; van Mens, 1996). Il leur arrive aussi de participer, avec les professionnels de la santé ou les intervenants communautaires, à l'éducation de clients, gérants ou gérantes d'établissements, divers entremetteurs et la police afin de sensibiliser ces partenaires à la question du VIH et d'augmenter la fréquence d'utilisation du condom durant les transactions sexuelles (Alexander, 1995 ; Bhave et al., 1995 ; Ford et al., 1996 ; Leonard, et al., 2000 ; Ngugi et al., 1999 ; O'Connell, 1996 ; Pradeep, Oostvogels, Khodakevich, Radhakrishnan, & Senthil, 1993 ; Ravelo, Hernandez, Rudy, & Williams, 1996 ; Sakondhavat, Werawatanakul, Bennett, Kuchaisit, & Suntharapa, 1997 ; Visrutaratna, Lindan, Sirhorachai, & Mandel, 1995). En règle générale, l'évaluation que font les promoteurs de projets impliquant les pairs est plutôt positif (à titre d'exemple : Anonymous, 1999). Quelques-uns remarquent, cependant, que cette approche requiert un support considérable de la part des professionnels et intervenants ; et que les pairs ne sont pas investis de suffisamment de pouvoir pour influencer les structures locales ayant une incidence sur le mode d'organisation de la prostitution et l'adoption de comportements

préventifs par les travailleuses du sexe et leurs clients (Aledort & Forbes, 1996 ; Ngugi, Wilson, Sebstad, Plummer, & Moses, 1996 ; van Nguyen & Kelly, 1996). De plus, il peut arriver que les pairs remettent en question le modèle d'intervention proposé par les professionnels qui les encadrent, ce qui n'est pas sans causer certains conflits (Duval & Fontaine, 2000).

Par ailleurs, à une plus large échelle, les interventions visent parfois à établir des liens de partenariat entre des organismes municipaux, communautaires et de santé publique, des regroupements de citoyens, des institutions policières et des groupes représentant les travailleuses du sexe et leurs employeurs afin d'organiser une action concertée qui tienne compte du contexte social, politique et économique dans lequel évoluent les personnes pratiquant la prostitution (Peterson & Szterenfeld, 1992 ; Silva, Nakata, Figueiredo, Andrade, & Passador, 1996 ; Tigalo, Morisky, Tempongo, Baltazar, & Detels, 1996). Cette approche a d'ailleurs été privilégiée récemment par la Ville de Montréal (Ville de Montréal, 1999), mais avec peu de succès comparativement à d'autres initiatives recensées. Dans le cas montréalais, il semble que les intérêts des travailleuses du sexe aient plutôt été secondaires par rapport à ceux des citoyens et qu'ils ne figuraient pas suffisamment dans l'ordre de priorité des institutions publiques, ce qui créa de profondes incompréhensions quant aux types d'interventions à privilégier.

La mobilisation et l'autoprise en charge des prostituées

La pertinence de la contribution des travailleuses du sexe aux actions qui leurs sont destinées, et surtout leur appropriation de ces actions, ont davantage été reconnues et valorisées à partir de la fin des années quatre-vingt, tout particulièrement dans le contexte de la progression de l'épidémie du sida. Cette épidémie a notamment entraîné le financement d'un nombre croissant de groupes concernés par la défense des droits des travailleuses du sexe¹. Les conférences internationales sur le sida ont également offert la possibilité aux travailleuses du sexe de créer et de revitaliser des alliances leur permettant de s'organiser et de faire valoir leurs idées sur d'autres tribunes internationales telles les conférences des Nations-Unies sur la condition des femmes.

Ainsi, les voix des travailleuses du sexe se sont fait progressivement entendre et ces femmes se sont de plus en plus impliquées dans la formulation et la mise en œuvre d'interventions en prévention du VIH financées par l'État, comme ce fut le cas pour Stella à travers la participation de représentantes de *l'Association québécoise des travailleuses et*

¹ Il est à noter que de tels groupes avaient tout de même commencé à prendre forme, en Occident du moins, avant l'éclosion de l'épidémie du VIH.

travailleuses du sexe (Herland, 1996). Des équipes majoritairement composées et dirigées par des femmes ayant une expérience du travail du sexe, souvent issues d'initiatives de partenariat entre des professionnels/intervenants et travailleuses du sexe, existent maintenant dans plusieurs pays développés et en développement (Alexander, 1995 ; Crane & Carswell, 1992 ; Delacoste & Alexander, 1998 ; Gorna, 1996 ; Kempadoo & Doezema, 1998). La plupart du temps, une approche individuelle à la prévention du VIH s'ajoute à des actions ayant une portée plus étendue, allant au-delà de questions liées à la santé, où on aborde des questions politiques, sociales, économiques, juridiques et culturelles pour contrer la pauvreté et la stigmatisation vécues par bon nombre de ces femmes et de leurs enfants. De plus, il est souvent question de l'amélioration des conditions de vie et de travail des prostituées, de l'élimination de la discrimination dont elles sont victimes et de la promotion de la décriminalisation de la prostitution (Alexander, 1995 ; Overs & Longo, 1997 ; Scambler & Graham-Smith, 1992).

Le dernier point, la décriminalisation, constitue un cheval de bataille important pour la majorité de ces groupes. L'élimination d'articles de loi ayant trait à la prostitution engageant des adultes consentants n'est toutefois qu'un premier pas vers l'amélioration des conditions de vie des travailleuses du sexe. Il importe également de s'assurer de l'application de lois existantes pour contrer les crimes perpétrés contre les personnes ainsi que de l'élaboration d'une réglementation du travail du sexe (et non des travailleuses du sexe) dans le respect des principales intéressées. À ce titre, diverses formes de réglementations sont désormais en vigueur en Australie et aux Pays-Bas, ce qui fait que des travailleuses de certains secteurs de l'industrie du sexe peuvent désormais se regrouper en associations professionnelles et syndicales pour défendre leurs intérêts. Il n'est pas négligeable de constater que ces mesures progressistes sont généralement associées à une plus faible prévalence de MTS et à une utilisation quasi absolue du condom à l'occasion de transactions sexuelles.

En somme, la littérature rend compte de quatre catégories principales d'interventions pour le traitement de la double problématique prostitution-VIH. De plus, chacune de ces catégories témoigne d'une représentation différente des travailleuses du sexe et, ce faisant, évoque une réponse différente de la part des acteurs de la santé publique par rapport à la prévention du VIH. Premièrement, la régulation pose ces femmes en tant que vecteurs de maladies qu'il importe de contrôler. Deuxièmement, l'amélioration de l'accessibilité des services cliniques et la mise en œuvre de campagnes de prévention à plus ou moins grande échelle mettent l'accent sur la vulnérabilité des travailleuses du sexe et sur la nécessité d'intervenir pour et auprès d'elles. Troisièmement, la volonté d'intégration et de création de

dynamiques de partenariat souligne leur légitimité en tant que partenaires dans l'action, particulièrement au sein de leur communauté. Et quatrièmement, le potentiel de mobilisation et l'autoprise en charge des travailleuses du sexe invoque la reconnaissance de leur autonomie en plus du projet de soutenir leurs actions, en collaboration avec elles.

Évidemment, le contexte légal est un modulateur important du type d'interventions pouvant exister et coexister dans un pays (Kempadoo & Doezema, 1998 ; Wilson, 1993). Les rares évaluations disponibles suggèrent tout de même que l'implication active des travailleuses du sexe et la combinaison d'une diversité d'approches sont gages de succès pour apporter les changements souhaités et affronter l'épidémie du VIH (Alexander, 1995 ; Ngugi et al., 1999). Cependant, un paradoxe demeure : la légitimation des prostituées comme partenaires dans la lutte contre le VIH serait en porte à faux avec leurs ambitions de déconstruire l'image associant la prostitution avec la maladie et de se libérer de tout attachement à des institutions qui exercent un contrôle indu sur leurs conditions de vie et de travail (Schneider & Jenness, 1995).

MISE EN PERSPECTIVE DES STRATÉGIES D'INTERVENTION PRIVILÉGIÉES ET LA PISTE DE LA VULNÉRABILITÉ

Le survol de la littérature a donc permis de constater que les quatre principales catégories d'intervention privilégiées pour le traitement de la problématique de la prostitution et du VIH renvoient à des représentations divergentes des travailleuses du sexe et évoquent ainsi des réponses différentes de la part des acteurs de la santé publique. Ce survol de la littérature permet également de constater que lorsqu'il est question de prévention du VIH parmi ces femmes, la majorité des stratégies élaborées ne vise vraisemblablement qu'à limiter la progression de l'épidémie plutôt que d'enrayer ses sources plus vitales de production. Plus précisément, on tente principalement de transmettre de l'information et de fournir des outils pour faire en sorte que les individus concernés changent leurs comportements et adoptent des pratiques sécuritaires, sans pour autant tenir compte du contexte sociostructurel plus général dans lequel ils évoluent et qui contribue, invariablement, à l'incidence croissante de comportements à risque et de l'infection au VIH. D'où la constatation que la majorité des interventions recensées ici seraient d'une utilité limitée puisque les logiques et les institutions fondamentales de la société ayant une influence sur la propagation du VIH demeurent inchangées (Parker, 1996 ; Scambler & Scambler, 1995).

Le paradigme épidémiologique guidant la recherche et l'intervention dans le domaine du sida serait, en partie, responsable de cette conjoncture (Bajos, 1997 ; de Zalduondo, 1991 ; Parker, 1996). Ce paradigme circonscrit notre compréhension de la situation à la notion de

risque qui se résume à considérer les caractéristiques, les perceptions et les comportements des individus, nous privant alors d'une vision plus large du contexte où évoluent le travail sexuel et les prostituées. Les contextes économique, politique, légal, social, culturel et relationnel sont, pour ainsi dire, peu abordés au profit d'une perspective qui préconise que le risque d'acquisition du VIH est issu d'un processus rationnel de prise de décision. Ces multiples contextes exercent pourtant une influence considérable sur l'organisation du travail des prostituées, sur leurs systèmes de croyances et sur leurs projets de vie qui ne sont d'ailleurs pas nécessairement centrés sur la protection de la santé comme le sous-tend le modèle épidémiologique (Campbell, 1991 ; de Zaduondo, 1991 ; Esu-Williams, 1995 ; Farmer, Connors, & Simmons, 1996 ; Jackson, Highcrest, & Coates, 1992 ; Weeks et al., 1998).

Tel que mentionné à la fin du chapitre précédent, il importe donc désormais, pour éclairer l'intervention en prévention du VIH, d'envisager l'acquisition de ce virus en fonction de l'ensemble des influences individuelles, politiques, légales, socioculturelles, économiques, structurelles et relationnelles ayant une incidence sur la capacité des individus et des collectivités de se protéger et d'exercer plus de contrôle sur leur santé. Ainsi, afin de tenter véritablement de transformer le cours de l'épidémie, il est dorénavant suggéré de recourir à la notion de vulnérabilité pour désigner et intervenir sur l'ensemble des contextes qui affectent un état de santé donné plutôt qu'à la notion de risque qui restreint à des déterminants d'ordre individuel (Mann & Tarantola, 1996 ; Parker, 1996 ; United Nations, 1996). Plus récemment, d'autres ont proposé la notion de « situation de risque » pour rendre compte des multiples contextes et influences sur le potentiel d'acquisition du VIH (Hankins, 1998). Cependant, il semble plus pertinent de privilégier la notion de vulnérabilité pour éviter une confusion sur le sens pouvant être attribué au terme de « risque ». Aussi, telle que désignée ici, la notion de vulnérabilité permet d'adopter une vision plus large des multiples déterminants de la santé dont il importe de tenir compte dans la perspective socio-écologique de la nouvelle santé publique contemporaine. Enfin, tel que suggéré plus tôt, cette notion peut également enrichir la conception des dimensions théoriques et méthodologiques de la pratique participative en santé publique.

Ceci dit, au moment d'amorcer notre projet, même si le terme de vulnérabilité n'était pas couramment utilisé, la littérature rendait tout de même compte d'un ensemble de facteurs contextuels faisant entrave à la capacité des travailleuses du sexe de se protéger contre le VIH. Parmi les conditions les plus souvent mentionnées figuraient la criminalisation et les mesures légales répressives (Achilles, 1995 ; Alexander, 1995 ; Biersteker, 1990 ; Butcher, 1994 ; Campbell, 1991 ; Carr, 1995 ; Gorna, 1996 ; Scambler & Graham-Smith, 1992 ;

Scambler & Scambler, 1995 ; Shaver, 1994 ; Société canadienne du sida & Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995) ; l'organisation précaire du travail du sexe (Butcher, 1994 ; Campbell, 1991 ; Jackson et al., 1992 ; Serre et al., 1996 ; Vanwesenbeeck et al., 1994) ; et les représentations sociales et culturelles des prostituées (Schneider & Stoller, 1995).

Par exemple, bien que les travailleuses du sexe offrent un service public largement utilisé, le contexte légal constitue une embûche majeure à la promotion de leur santé et à leur capacité de se protéger du VIH. Règle générale, le potentiel d'attribution de contraventions, d'arrestation et d'emprisonnement mène à une certaine clandestinité qui éloigne ces femmes des personnes pouvant leur fournir des ressources d'aide et des outils de protection. D'autre part, plusieurs études ont démontré que les conditions d'exercice du travail des prostituées ont un impact déterminant sur leur vulnérabilité au VIH. À ce titre, il est maintes fois répété que la sollicitation sur la rue est très risquée. Les femmes doivent souvent servir leurs clients dans les voitures de ces derniers ou dans des endroits cachés, mal éclairés et insalubres où il est difficile d'assurer une hygiène minimale ; et même si les transactions encourues sont de plus courte durée et comportent des pratiques présentant moins de risques pour l'acquisition du VIH (i.e. fellations et masturbations), il n'en demeure pas moins que l'isolement de ces femmes, seules face à leurs clients, s'avère propice à l'exercice de violences de toutes sortes à leur endroit. Enfin, la vision qu'entretient la société à l'égard des prostituées favorise que perdure une certaine négation de leur droit à des conditions de travail sécuritaires qui leur permettrait, entre autres, de s'assurer d'une protection efficace contre l'infection à VIH. Objectivés, les corps des prostituées sont plutôt perçus en tant que commodités, sans souci du bien-être de la personne qui offre les services désirés.



Les prostituées travaillant dans les rues du centre-ville de Montréal et ayant recours à Stella figureraient donc parmi les travailleuses du sexe les plus vulnérables à l'infection par le VIH dans le contexte montréalais. D'où l'importance d'intervenir pour comprendre et agir. À cet effet, les propos rapportés dans les pages précédentes soulignent qu'il s'avère souhaitable de considérer la vulnérabilité de ces femmes en fonction d'un large éventail de conditions de vie et de travail, plutôt qu'en fonction de caractéristiques et de comportements individuels. Par ailleurs, puisque les modèles d'intervention les plus prometteurs à l'endroit de la problématique du VIH parmi ces femmes font appel à la participation des travailleuses du sexe, un projet de recherche participatif portant sur le

thème de la vulnérabilité au VIH, dans l'esprit de la philosophie de Stella, n'en est que plus pertinent.

Déjà en 1989, un comité des Nations-Unies avait souligné la nécessité d'inclure les prostituées non seulement dans la planification et la mise en œuvre d'interventions qui leur sont destinées mais aussi dans les activités de recherche qui les concernent (WHO, 1989). Assurément, la subordination et l'exploitation qui touchent la majorité des travailleuses du sexe vont à l'encontre de leur participation aux initiatives de prévention et de recherche autour du VIH (Asthana & Oostvogels, 1996). Mais il importe tout de même de tenter de créer les contextes permettant à ces femmes de prendre une part active aux interventions et aux recherches qui les affectent, puisqu'elles sont les mieux placées pour mettre en évidence les éléments sur lesquels il importe d'intervenir, en fonction de leurs besoins et capacités (Beelan, Wolffers, & Brussa, 1998).

LA QUESTION DE RECHERCHE

Le contexte du projet empirique étant explicité et les contours de la problématique circonscrits, voici donc la question par laquelle ce projet a été abordé :

Quelles sont, selon un petit groupe de femmes évoluant chez Stella et ayant une expérience de travail du sexe, les conditions et les dynamiques contribuant à accroître la vulnérabilité des prostituées de rue du centre-ville de Montréal à l'acquisition du VIH ; et sur lesquelles il serait possible d'agir, de concert avec des travailleuses du sexe, pour protéger ces personnes du VIH, dans l'optique d'une amélioration de leurs conditions de vie et de travail ?

Dans le respect de la philosophie de Stella et de ses principaux bailleurs de fonds, de mon affiliation au discours contemporain de la nouvelle santé publique, et de la volonté croissante de mobilisation et d'autoprise en charge des travailleuses du sexe, le projet vise donc la *participation* de femmes ayant une expérience du métier de prostituée de rue. En particulier, il est question de leur participation au développement de connaissances et d'une compréhension de leur vulnérabilité au VIH ; de leur participation à l'amorce d'une réflexion sur des pistes d'intervention à privilégier ; et enfin, de leur participation, dans la mesure du possible, à la mise en œuvre des actions qu'elles jugent pertinentes et faisables. Prenant place sur une petite échelle, au sein d'un seul organisme, les résultats sont inévitablement circonscrits aux réalités particulières des participantes de ce lieu donné. Néanmoins, ce projet de recherche participative produit plusieurs ordres de savoirs.

Avant d'aborder le détail de ce projet entrepris chez Stella, un examen du corpus de recherches participatives déjà menées auprès de travailleuses du sexe s'impose. En bout de ligne, cette recension signale l'originalité de cette initiative.

EXAMEN DE RECHERCHES ANTÉRIEURES

Afin de prendre connaissance des initiatives de recherche participative réalisées avec des travailleuses du sexe, j'ai consulté différentes bases de données électroniques, en portant une attention particulière aux écrits ayant trait aux prostituées et au travail du sexe depuis 1990 inclusivement : *AIDSLINE*, *FRANCIS*, *MEDLINE*, *PsycInfo*, *Repère*, *Social Sciences Index* et *Sociological Abstracts*. Par ailleurs, j'ai consulté des livres et des documents traitant spécifiquement du travail du sexe, notamment au Canada, ainsi que des monographies portant sur les thèmes de la prévention et de l'intervention dans le domaine du VIH. Enfin, après avoir étudié les comptes-rendus et abrégés de présentations faites lors de conférences nationales et internationales sur le sida depuis la dernière décennie, j'ai décidé de laisser de côté cette source de données. Les informations contenues dans ces documents n'étaient pas suffisamment complètes pour saisir le détail des approches de recherche mises en œuvre.

Au terme de cette recherche bibliographique, il a été possible de retracer un nombre important d'investigations cliniques, d'études ethnographiques et d'enquêtes épidémiologiques ou sociologiques portant sur le thème du VIH chez les travailleuses du sexe. Les informations contenues dans ces écrits sont d'ailleurs traitées au sixième chapitre de cette thèse, là où sont présentés les résultats relatifs à la question de la vulnérabilité au VIH. Je n'ai pu, en revanche, retracer que deux études ayant adopté une démarche de recherche participative avec des travailleuses du sexe.

Ces deux études ont été menées en Australie, dans le milieu des années quatre-vingt-dix et par la même chercheure principale (Pyett, Haste, & Snow, 1996 ; Pyett & Warr, 1997). La première étude a eu lieu dans des bordels et la deuxième a permis de rejoindre des prostituées de rue. Dans ces deux projets, il était question de documenter et de comprendre les risques d'acquisition du VIH encourus par ces femmes dans l'exercice de leur travail ainsi que dans leur vie privée. Quoique la majeure partie des deux articles examinés porte sur les résultats en termes de comportements et de situations de risque pour le VIH, il y a tout de même une brève description de la démarche participative adoptée. Dans les deux cas, la chercheure s'est associée à des organisations de travailleuses du sexe où des intervenantes et des bénévoles ont participé à l'élaboration de l'étude ; au développement

de questionnaires afin d'assurer la pertinence des questions et la justesse du langage ; à la mise à l'essai des questionnaires et d'un guide d'entretien ; à l'élaboration de stratégies de recrutement ; au recrutement de participantes ; à la distribution de questionnaires auto-administrés ; et à la prestation d'entretiens semi-dirigés. Dans la première étude, des intervenantes et des bénévoles ont participé à l'analyse et à l'interprétation des données quantitatives, quoique cette étape n'a pas été décrite. Dans la deuxième étude, de nature qualitative, des représentantes de travailleuses du sexe ont participé à une série de huit sessions de formation portant sur différents aspects de la démarche de recherche, sur les techniques d'entrevue et sur l'éthique. En revanche, il n'est pas fait mention de leur participation ni à l'analyse ni à l'interprétation de données.

En ce qui concerne leur démarche de recherche, les auteures de ces articles sont d'avis que la participation de représentantes de travailleuses du sexe à la mise en œuvre de ces études a grandement contribué à faciliter leur propre accès à ces populations marginales, en plus d'améliorer la qualité des questions formulées et des réponses obtenues. La richesse des informations recueillies est d'ailleurs indéniable. Toutefois, au delà du constat qu'une approche de recherche participative accroît la qualité des résultats, il n'est pratiquement pas fait mention ni des défis que posent cette méthodologie, ni de ses apports à l'intervention auprès des travailleuses du sexe. Les questions pratiques sont, pour ainsi dire, évacuées. Enfin, les possibilités de théorisation ne sont pas abordées.

Par ailleurs, j'ai retracé deux autres écrits signalant une approche de recherche participative avec des travailleuses du sexe. Cependant, une lecture approfondie de ces textes met rapidement en doute de telles affirmations et témoigne de la confusion qui prévaut au sujet de ce que constitue la recherche participative.

Le premier texte concerne un projet amorcé au début des années quatre-vingt-dix aux Philippines. Tigalo et ses collaborateurs (1996) indiquent qu'ils ont entrepris une recherche-action participative. Dans les faits, il semble qu'il s'agit plutôt d'une étude de besoins menée par une équipe de recherche, suivie de l'élaboration d'une intervention communautaire en prévention du VIH auprès de travailleuses du sexe – une intervention qui implique, notamment, la participation d'une multiplicité de partenaires de divers organismes. En fait, il n'est pas inhabituel que les études de besoins menées en préparation d'interventions communautaires multi-partites, ainsi que l'élaboration subséquente de telles interventions, soient assimilées à des initiatives de recherche participative. Pourtant, ce ne sont pas les activités de recherche et de développement de connaissances qui sont participatives, mais bien les activités d'élaboration de l'intervention communautaire.

La deuxième initiative recensée est un programme de recherche ethnographique où une chercheure féministe rapporte faire de la recherche participative (O'Neill Maggie, 1996). Ses recherches, menées pour les prostituées¹, visent essentiellement à élucider les contextes de vie et de travail de ces femmes, particulièrement en ce qui a trait à la question de la violence, afin de nourrir le développement d'interventions pertinentes. Il semble, encore ici, prévaloir une certaine confusion autour de ce que constitue une approche de recherche participative. Dans ce cas, la participation des travailleuses du sexe se résume à raconter des incidents critiques, à répondre aux questions de la chercheure ou à accepter de reconstituer leur biographie. Ensuite, la chercheure utilise les résultats pour participer, avec divers niveaux d'intervenants, à l'élaboration et à l'amélioration de services pour les travailleuses du sexe. Ce faisant, elle collabore avec des organisations de travailleuses du sexe. Autrement dit, à l'image du projet précédent (Tigalo et al., 1996), sa participation avec les travailleuses du sexe se situe au niveau de la conception de l'intervention mais pas au niveau du développement de connaissances. Cette distinction est pourtant essentielle puisque, nous l'avons vu plus tôt, le développement de savoirs avec les personnes concernées constitue, outre l'engagement dans l'action, un des pôles importants de la recherche participative. Malheureusement, ces nuances sont trop souvent escamotées et la légitimité de la recherche participative s'en trouve minée.

La question se pose de savoir pourquoi si peu de recherches participatives ont été menées auprès de prostituées. La réponse peut se situer tant du côté des chercheurs que des travailleuses du sexe engagées dans l'intervention. D'une part, il est fort à parier que les chercheurs ont tendance à considérer ces femmes comme objets ou sujets de recherche plutôt qu'à titre de partenaires potentielles et, de plus, que la marginalité de ces personnes rend leur accès difficile. À cet égard, il est intéressant de constater que les deux projets participatifs recensés ici ont eu lieu en Australie où il y a un nombre important de regroupements et d'associations pour la défense des droits des prostituées, ceci dans un contexte où la prostitution est légale, donc plus légitime.

D'autre part, les collectifs de travailleuses du sexe, plus impliqués dans l'action directe auprès des prostituées et des divers acteurs exerçant une influence sur le milieu de la prostitution, ont généralement peu de ressources pour entreprendre des activités de

¹ L'auteure fait la distinction entre faire de la recherche *sur* les personnes en tant qu'objets et faire de la recherche *pour* les personnes en tant que sujets. En revanche, elle n'aborde pas l'idée, centrale en recherche participative, qui suggère que l'on fait de la recherche *avec* les personnes qui deviennent ainsi nos partenaires et collaborateurs activement engagés dans le processus de développement de savoirs et d'actions.

recherche¹ et entretiennent peu de liens avec des chercheurs professionnels. Il se peut que cette situation change dans un avenir rapproché, notamment au Canada. Plusieurs initiatives ont présentement cours au sein d'organismes communautaires sida afin que les intervenants soient en mesure d'entreprendre des activités de recherche terrain auprès de populations traditionnellement peu étudiées, puisque difficiles à rejoindre. Pour ce faire, intervenants et bénévoles se forment aux divers aspects de la recherche (Allman, Myers, & Cockerill, 1997) et sollicitent des chercheurs de milieux académiques et de la santé publique pour les soutenir dans leurs démarches – et non pas pour faire la recherche à leur place. À cet effet, il y a déjà des initiatives de recherche participative autour de la question du VIH chez les hommes gais à Vancouver (Trussler, Perchal, & Barker, 2000) et avec la *Cohorte Oméga* à Montréal (Dufour et al., 2000). Mais, il faut tout de même admettre que ces groupes sont moins marginalisés que les prostituées de rue.

En résumé, le projet empirique dont il est question ici est assez original dans sa forme et constitue, à ma connaissance du moins, une première au Québec et au Canada. Ce projet a été une opportunité unique pour collaborer avec des femmes ayant une expérience de travail du sexe afin de développer une meilleure compréhension du phénomène de la vulnérabilité au VIH et déterminer le type d'interventions à privilégier.

¹ En fait, il est tout à fait possible que certains groupes entreprennent leurs propres activités de recherche, mais ces projets ne sont pas facilement retracés puisqu'ils ne font généralement pas l'objet de communications ou de publications.

CHAPITRE CINQUIÈME

LES PROCÉDURES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, je donne donc un aperçu détaillé des procédures entourant l'actualisation de ce projet de recherche chez Stella. Suite à quelques précisions concernant la stratégie de recherche participative adoptée, je présente les démarches effectuées, de l'initiation et la phase préparatoire du projet à son étape de mise en œuvre, ce qui inclut un processus conjoint de gestion, d'analyse et de synthèse d'informations. Par la suite, il est question des procédures employées pour la réalisation d'une analyse menée suite à la première modélisation conjointe afin de consolider cette première synthèse, alimenter la poursuite des réflexions et procéder à une élaboration théorique du concept de vulnérabilité. Enfin, les mécanismes et critères de qualité privilégiés ainsi que les considérations éthiques sont présentés.

LA STRATÉGIE DE RECHERCHE PARTICIPATIVE

Telle qu'entendue ici, la stratégie de recherche renvoie à la méthodologie générale qui sous-tend le processus de recherche et encadre le choix des diverses procédures adoptées dans la poursuite du projet.

Je l'ai spécifié au troisième chapitre, il existe plusieurs types de stratégies de recherche participative. L'approche privilégiée ici se situe entre les versions de recherche-action participative formulées par Whyte (1991) et Fals-Borda et Rahman (1991). Ainsi, elle s'inspire de la démarche de recherche collaborative développée par Reason (1994b) et Heron (1996). La collaboration ne se situe donc pas, comme le font généralement Whyte et ses adeptes, au niveau des dirigeants ou personnels responsables de l'organisation, puisque j'ai travaillé de pair avec des intervenantes, des bénévoles et des participantes de Stella. Par ailleurs, il n'a pas été question de prétendre à une conscientisation freirienne (Freire, 1988) qui, selon une idéologie révolutionnaire, vise à démasquer et à contrer la manière dont l'élite et les strates dominantes de la société monopolisent la production et l'utilisation des savoirs afin de solidifier les bases de leur propre pouvoir face à des groupes opprimés.

En fait, la stratégie de recherche adoptée ici vise à engager directement les participantes, ayant certes un vécu d'oppressions diverses, à toutes les étapes du déroulement du projet de recherche, en fonction de leurs compétences et intérêts : de l'élaboration des procédures de travail en équipe, à la collecte, l'analyse et l'interprétation de données, puis à la poursuite des actions et transformations suggérés par nos apprentissages. Aussi, en plus de susciter leur participation à l'élaboration de connaissances et d'actions qu'elles jugent susceptibles de contribuer à la protection des prostituées de rue contre le VIH et à l'amélioration de leurs conditions de vie et de travail, il s'agit d'établir un dialogue avec et entre les

participantes afin de valoriser leurs savoirs et de construire avec elles une compréhension renouvelée du phénomène de la vulnérabilité de ces travailleuses du sexe face à ce virus. Ainsi, toutes les participantes sont à la fois des co-chercheuses qui contribuent au développement du projet et des co-sujets¹ qui participent directement à la réflexion et à l'action.

L'ÉLABORATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE NOTRE PROJET DE RECHERCHE PARTICIPATIF

Les propos suivants rendent compte d'un processus que j'ai initié, puis élaboré en cours de projet avec mes co-chercheuses. Tel que mentionné, cette partie de mon récit sert de compte-rendu exhaustif du parcours méthodologique suivi. Elle constitue, de plus, le point d'appui à partir duquel intégrer mon expérience et alimenter ma réflexion afin d'élaborer un cadre conceptuel pour une pratique participative en santé publique.

Dans un premier temps, j'expose la phase d'initiation du projet, suivie d'une description des co-chercheuses principales et de nos rôles respectifs. Puis, je décris la phase préparatoire du projet ainsi que son étape de mise en œuvre à travers laquelle nous avons généré des informations, entrepris une réflexion et formulé conjointement une première réponse à notre question de recherche. À titre de rappel, je répète ici la question de recherche posée²:

Quelles sont, selon un petit groupe de femmes évoluant chez Stella et ayant une expérience de travail du sexe, les conditions et les dynamiques contribuant à accroître la vulnérabilité des prostituées de rue du centre-ville de Montréal à l'acquisition du VIH ; et sur lesquelles il serait possible d'agir, de concert avec des travailleuses du sexe, pour protéger ces personnes du VIH, dans l'optique d'une amélioration de leurs conditions de vie et de travail ?

INITIATION DU PROJET

En février 1996, j'ai contacté la coordonnatrice de Stella pour proposer mon idée de projet et explorer la possibilité d'entreprendre, au sein de l'organisme, une recherche participative portant sur le thème de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. Le contexte se

¹ Mon rôle en tant que co-sujet se résume à ma connaissance non-expérientielle du travail du sexe et à mes observations et discussions auprès de maintes travailleuses du sexe au fil des années passées.

² Cette formulation est quelque peu différente de celle utilisée lors de l'articulation du protocole de recherche déposé en décembre 1997, la question ayant été légèrement modifiée lors de discussions ultérieures chez Stella.

prêtant bien à mon offre, la coordonnatrice consulta l'équipe qui accepta de me recevoir pour discuter de ma proposition. En mars 1996, j'ai donc bénéficié d'une audience lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire pour inviter des intervenantes de l'équipe de Stella à se joindre à moi en tant que co-chercheuses dans la planification et la mise en œuvre d'un projet de recherche participatif. Ces femmes me connaissant plutôt en tant que professionnelle de la santé publique, j'ai pris le temps de me présenter sur un plan personnel et j'ai également fait part de mon statut d'étudiante et de mes objectifs académiques. Ainsi, au-delà d'une discussion du projet potentiel, j'ai choisi de me dévoiler davantage pour amorcer la formation de liens plus authentiques (annexe 4 : Extrait de journal de bord. Présentation personnelle lors de l'initiation du projet).

L'équipe fut vivement intéressée par ma proposition. D'emblée, les intervenantes ont commencé à partager leurs idées sur les conditions et les dynamiques contribuant à la vulnérabilité des prostituées de rue du quartier du *Red Light* au VIH et elles ont discuté des pistes d'action qu'elles entrevoyaient pour se protéger de cette infection. Elles se sont également entendues sur la pertinence de participer à une activité qui permettrait de *mieux comprendre pour mieux agir*¹, soulignant ainsi le lien essentiel qu'elles distinguaient entre les dimensions de développement de savoirs et d'actions. Enfin, deux membres de l'équipe se sont engagées dans le projet à titre de co-chercheuses principales et un petit budget fut mis à notre disposition pour se procurer le matériel nécessaire à la poursuite de notre projet de recherche-action.

LES CO-CHERCHEUSES PRINCIPALES ET NOS RÔLES RESPECTIFS

Les deux co-chercheuses principales étaient des femmes ayant une expérience de travail du sexe et un vécu de toxicomanie. Au moment de l'amorce du projet, elles étaient intervenantes chez Stella depuis environ un an et donc en contact avec des prostituées de rue du centre-ville de Montréal sur une base hebdomadaire, soit au local de Stella, dans la rue ou dans les bars et les petits hôtels fréquentés par ces femmes. Elles ont décidé de prendre part au projet pour améliorer leurs savoirs relatifs à la problématique du VIH et pour mieux comprendre ce que constitue *la mécanique de la recherche*. Elles avaient également pour objectif de développer leurs habiletés en matière de planification et d'implantation d'activités dans le cadre de leur pratique d'intervention chez Stella. Étant donné ces attentes et les principes de la recherche participative, elles ont donc participé à toutes les étapes d'élaboration et de mise en œuvre du projet. Compte tenu de leur proximité du terrain, elles ont aussi joué un rôle primordial dans l'identification et le

¹ Dans cette deuxième partie de la thèse, le texte en italiques renvoie aux *verbatim* tirés de nos discussions. La syntaxe de ces *verbatim* a été légèrement modifiée, seulement lorsque nécessaire, pour fins de compréhension.

recrutement de co-chercheuses supplémentaires. Par ailleurs, elles ont assumé la responsabilité d'informer les membres de leur équipe de travail et du Conseil d'administration de Stella du déroulement du projet. Enfin, il était entendu qu'elles devaient endosser un rôle de leadership pour assurer la poursuite des actions suscitées par nos réflexions.

Comme troisième co-chercheuse principale, je signale que je n'ai aucun antécédent de travail du sexe ou de vécu de toxicomanie, ni d'expérience à titre d'intervenante dans un organisme communautaire. En tant qu'aspirante chercheuse et initiatrice du projet, j'ai plutôt adopté un rôle de facilitatrice (Heron, 1996). Ainsi, dans l'esprit d'accompagner les co-chercheuses dans leurs apprentissages et pour établir une dynamique de collaboration, j'ai procédé d'un rôle plutôt didactique et structurant au départ, puis adopté une approche consultative les invitant à participer au processus de prise de décision, pour enfin transférer ce processus décisionnel à l'ensemble du groupe. Outre la responsabilité d'une forme de soutien opérationnel et pédagogique, le rôle de facilitatrice impliquait également qu'une attention soutenue soit portée à l'ambiance au sein du groupe afin que chaque personne puisse être en mesure d'exprimer ses points de vue et contribuer au développement du projet. Aussi, j'ai maintes fois suscité un processus de réflexion par rapport à nos actions afin d'envisager de nouvelles avenues et d'outiller les co-chercheuses pour favoriser leur prise en charge du processus. Enfin, étant donné nos expertises et ressources respectives, j'ai endossé le rôle de secrétaire pour la rédaction de comptes-rendus et de rapports tout au long du projet et j'étais responsable des dimensions techniques de l'analyse des propos. Dès lors, il est indéniable que j'ai eu une influence non-négligeable sur le contenu et l'orientation des discussions.

LA PHASE PRÉPARATOIRE

J'y ai déjà fait référence, quoique les auteurs s'entendent sur l'importance de soutenir et de préparer les personnes qui se joignent à un projet de recherche participatif afin qu'elles soient en mesure de s'engager activement dans son élaboration et dans son déroulement, les consignes à ce sujet portent plutôt sur la phase d'initiation d'un projet et en révèlent peu sur l'approche à adopter pour accompagner ces partenaires à devenir co-chercheuses (cf chapitre troisième). Par ailleurs, bien que les propos de Heron (1996) figurent parmi les plus détaillés et inspirateurs, les stratégies qu'il préconise correspondent plutôt aux réalités de professionnels ayant acquis une certaine capacité de travail en collaboration (Reason, 1994a). Puisque cette caractéristique n'est pas typique des personnes évoluant chez Stella, la phase préparatoire du projet fut amorcée selon les quelques indications relevées au fil de

mes lectures portant sur la recherche participative et en fonction de mon expérience et des besoins exprimés par les co-chercheurs.

D'avril 1996 à septembre 1996 inclusivement, nous avons donc entrepris la phase préparatoire du projet. Dans un contexte de re-localisation de l'organisme, de nos multiples occupations personnelles et professionnelles et de la période estivale, nous avons tenu dix rencontres de travail et entretenu des contacts hebdomadaires pour préparer ce projet. Nos rencontres ont eu lieu chez Stella, au CLSC des Faubourgs et dans des parcs avoisinants ou chez les co-chercheurs. Par ailleurs, je téléphonais et rendais régulièrement visite à mes collègues sur leurs lieux de travail pour faire des suivis et les soutenir dans leurs démarches. Enfin, à partir de la mi-août, j'ai assuré une présence régulière chez Stella à raison de trois jours par semaine environ pour participer plus activement à la mise sur pied du projet. Les pages qui suivent, présentent le déroulement de cette phase selon ses principales étapes.

L'ÉTABLISSEMENT DES BASES DU TRAVAIL EN ÉQUIPE

Nos deux premières rencontres de travail ont essentiellement servi à établir quelques bases sur lesquelles fonder le travail en équipe.

En premier lieu, je me suis assurée d'obtenir la permission des co-chercheurs pour enregistrer, sur cassette audio, toutes nos discussions relatives au projet durant nos rencontres de travail. Je leur ai expliqué que j'allais, suite à chacune de nos rencontres, écouter attentivement l'enregistrement effectué et noter le contenu dans mon journal de bord constitué spécialement pour ce projet. Une fois mes notes complétées, j'ai effacé le contenu de chacune des cassettes.

Par la suite, nous avons clarifié l'objectif du projet, lequel objectif fut circonscrit autour d'une double visée de réflexion et d'action centrée sur le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue du quartier au VIH. Puis, nous avons exprimé nos attentes vis-à-vis du projet. Mes co-chercheurs souhaitaient, en particulier, établir un groupe incluant trois à six participantes provenant de la clientèle de Stella afin de développer avec elles un plan d'action pour la prévention du VIH chez Stella ainsi que des interventions ayant un impact sur la qualité de vie des prostituées de rue du quartier. Il s'agissait pour elles *de faire participer des femmes chez Stella et d'avoir un impact pour changer les choses !* Ceci étant établi entre nous, il a alors été convenu de l'importance de bien sélectionner les participantes supplémentaires à notre groupe de travail et d'identifier des manières appropriées pour les recruter. Il était également entendu que nous devions établir un plan

quant aux moyens à privilégier pour entreprendre un processus de réflexion avec ces participantes, et ce avant de procéder à leur inclusion afin d'être en mesure d'offrir un certain encadrement initial. Ceci dit, nous voulions demeurer flexibles pour intégrer toute nouvelle proposition que pourraient formuler ces nouvelles participantes.

D'autre part, nous avons clarifié nos rôles et ceux des nouvelles recrues. Ces dernières devaient être soutenues pour être en mesure de participer tant au développement qu'au déroulement du projet ; et il était convenu qu'elles pourraient, selon leurs moyens et leurs capacités, s'impliquer dans la mise en œuvre d'actions éventuelles. Étant proches du terrain, il était entendu qu'elles pourraient également susciter l'intérêt d'autres prostituées de rue pour participer aux actions émergeant de ce projet.

Enfin, nous avons convenu de la nécessité d'allouer suffisamment de temps pour mener à terme le projet, étant conscientes de l'imprévisibilité inhérente aux processus d'organisation de nos activités, de sollicitation et de préparation de nouvelles participantes, ainsi que de réflexion et d'action.

Au terme de ces discussions, nous avons nommé le projet. Puis, j'ai identifié les propos traduisant nos attentes en regard des qualités que devrait arborer notre projet, de l'esprit dans lequel poursuivre notre démarche et des finalités souhaitées. Il s'agit de notre « Charte de valeurs » qui a servi, en quelque sorte, à consigner nos attentes les plus importantes (annexe 5 : Charte de valeurs).

LA DÉTERMINATION DE CRITÈRES DE SÉLECTION

Au cours des deuxième et troisième rencontres de travail, nous avons établi des critères de sélection pour commencer à inviter des femmes à se joindre à nous. Pour ma part, j'aurais préféré discuter du type d'activités à envisager pour amorcer le processus de réflexion sur la vulnérabilité au VIH, mais mes co-chercheuses étaient pressées de débiter la phase de recrutement. Ce n'est que quelques semaines plus tard qu'elles ont saisi l'utilité de formuler une proposition d'activités leur permettant de mieux présenter le projet en élaboration et ainsi susciter l'intérêt de participantes potentielles et stimuler le processus de recrutement.

Dès le départ, il a été entendu que nous devions sélectionner de nouvelles recrues, plutôt que lancer une invitation ouverte à l'ensemble des participantes de Stella, cette technique n'ayant jamais été très efficace au sein de l'organisme. Au fil de nos discussions, il a donc été décidé d'inviter des femmes qui semblaient posséder une capacité pour le travail en groupe et qui pouvaient être à l'écoute d'autrui, articuler leurs pensées et tenir un discours

cohérent (annexe 6 : Critères de sélection). Par ailleurs, les femmes approchées devaient être disponibles et suffisamment fiables pour s'engager dans une série de cinq à six rencontres hebdomadaires. Étant donné l'objet de la recherche, nous avons également convenu qu'il était important que les nouvelles co-chercheuses soient à l'aise tant avec leur statut de travailleuse du sexe qu'avec le thème du VIH et donc être ouvertes à discuter sans préjugés. En principe, ces femmes devaient être des personnes avec qui les co-chercheuses principales pouvaient envisager travailler, autant durant la phase de réflexion que pendant le développement d'activités pour Stella. D'une certaine manière, les femmes fréquentant régulièrement Stella et étant plus familières avec les intervenantes étaient ainsi privilégiées. Enfin, dans la mesure du possible, la diversité était souhaitée pour enrichir la réflexion d'une variété de points de vue : inuits, transgenders et transsexuelles, ainsi que personnes vivant avec le VIH étaient les bienvenues.

La participation était volontaire et les participantes recrutées n'ont reçu aucune rémunération ou autre traitement de faveur. Cette approche serait allée à l'encontre des capacités financières et matérielles de Stella qui cherche à susciter bénévolement, ou à peu de frais, la participation de travailleuses du sexe à différents niveaux de son organisation. Selon les co-chercheuses, la possibilité de prendre part à une activité pouvant orienter la programmation de l'organisme était considérée comme étant un privilège et un bénéfice importants par les participantes.

Nous avons donc décidé de recruter entre trois et six volontaires afin de permettre l'établissement d'une dynamique de groupe où chaque personne aurait le temps d'exprimer et de développer ses points de vue (Zander, 1990). Il ne s'agissait toutefois pas de recruter des femmes représentatives de l'ensemble des travailleuses du sexe du *Red Light*, ni même de la clientèle de Stella. Il était plutôt question d'un échantillonnage délibéré (Mason, 1996 ; Patton, 1990) visant à inclure des femmes possédant une diversité d'expériences de vie et le potentiel de contribuer au projet de manière exemplaire. Néanmoins, nous avons dû ajuster nos plans en cours de route, le processus de recrutement s'étant avéré laborieux.

L'IDENTIFICATION D'ACTIVITÉS D'ANIMATION POUR SOUTENIR LA RÉFLEXION ET L'ACTION

Dès notre deuxième rencontre de travail j'ai tout de même commencé à énumérer des activités que nous pourrions envisager pour amorcer le processus de réflexion avec les femmes recrutées. Nous nous sommes rapidement entendues sur la puissance de l'image comme médium pour susciter un dialogue et une réflexion avec les femmes rencontrées. En ce qui concerne les modalités de production des images, nous avons considéré la possibilité de dessiner individuellement ou collectivement, de découper des images dans des revues et

des journaux, ou encore de produire nos propres photos. À cette étape initiale de la phase préparatoire du projet, nous n'avons toutefois pas cru bon de choisir parmi ces possibilités. Il nous suffisait de pouvoir présenter quelques propositions à nos partenaires éventuelles afin d'arriver à une décision commune par la suite.

Une fois réglée la question des critères de sélection et après que mes co-chercheuses aient amorcé leurs premières démarches de recrutement, il a été possible, à partir de la quatrième rencontre, de discuter davantage de l'élaboration d'un canevas d'activités et d'outils pour favoriser une dynamique de discussion-réflexion ayant pour but la co-construction d'une meilleure compréhension du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH et l'identification d'actions afférentes. À cet effet, pour aider les co-chercheuses à concevoir le format que pourrait prendre notre démarche avec les participantes éventuelles, nous avons discuté des outils d'animation développés par Colin, Ouellet, Boyer et Martin (1992) dans le cadre de leur recherche participative auprès de femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté. Il s'agit d'outils d'animation concrets et susceptibles d'éveiller l'intérêt, de faciliter la réflexion individuelle et de groupe et d'enclencher la discussion. Nous avons notamment discuté de la constitution d'un album personnel ainsi que des activités de photo-langage et des écrivains publics.

L'album personnel permet de se constituer une sorte de journal de bord individualisé. Les participantes y réunissent les documents distribués et produits en cours de projet et peuvent y ajouter tout autre élément qu'elles trouvent approprié, tels des poèmes, des coupures de journaux, des dessins ou des pensées. Il s'agit, en somme, d'un outil qui permet de réaliser une production personnelle et de garder une trace de l'évolution de sa participation au projet. Le photo-langage, inspiré des pratiques de conscientisation de Paulo Freire (Freire, 1988), est une activité qui permet, à partir d'images, de stimuler l'expression d'idées et d'émotions concernant une réalité donnée puis d'amorcer une discussion autour des préoccupations des participantes par rapport à cette réalité et à ses complexités¹. Enfin, l'activité des écrivains publics invoque la production d'une œuvre de clôture à une réflexion menée conjointement, permettant ainsi aux participantes de faire une description-synthèse d'une situation problématique et d'indiquer ce qu'il y aurait lieu de faire pour améliorer et transformer ladite situation. Concrètement, les participantes collaborent à la rédaction d'un manifeste ou d'une lettre à l'intention d'un personnage ou d'un organisme public important à leurs yeux. Dans le cas de notre projet, nous avons convenu d'écrire un manifeste qui pourrait être affiché chez Stella et chez d'autres organismes partenaires. Ce

¹ Je reviendrai sur cette activité plus loin.

manifeste devait servir de point de départ à l'élaboration d'un plan d'action au sein de l'organisme sur la question de la prévention du VIH parmi les prostituées de rue.

Au terme d'une appréciation du potentiel de ces outils d'animation, il a alors été possible de donner une certaine forme au projet. Nous envisagions que la démarche de réflexion pourrait s'étendre sur six rencontres environ : la première pour présenter l'objectif du projet, discuter de la pertinence et du potentiel d'une approche participative et établir les bases du travail en équipe ; la deuxième pour s'entendre sur les activités et la démarche privilégiées ; les troisième et quatrième pour entreprendre une activité de photo-langage afin d'identifier des situations, ainsi que leurs significations, leurs sources et leurs conséquences, qui accroissent la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, tant dans leurs contextes de vie personnelle que professionnelle ; la cinquième pour la rédaction d'un manifeste à partir de nos analyses ; et la sixième pour proposer les contours d'un plan d'action pour Stella dans l'optique d'aider les prostituées de rue à faire face à leur vulnérabilité au VIH sur une base collective. Dans les faits, ce plan n'a pas été concrétisé tel quel mais il a tout de même servi à doter l'équipe d'une certaine vision de la démarche, ce qui a permis d'être plus explicite auprès de participantes potentielles pendant le processus de recrutement. De plus, nous étions d'accord que ce plan pourrait être modifié avec l'ajout de co-chercheuses, puisqu'elles seraient appelées à contribuer à l'élaboration collective de notre projet.

LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT

La littérature offre peu de détails sur les manières de faire pour recruter des personnes issues de populations marginales afin qu'elles participent à des projets de recherche et d'intervention (Freudenberg & Zimmerman, 1995 ; Serrano-Garcia, Torres-Burgos, & Galarza, 1996). Tout au plus est-il clair que le projet doit répondre à un besoin ressenti et offrir des bénéfices tangibles aux participantes (Reason, 1994b ; Stringer, 1996). Ceci étant, diverses formules de recrutement ont fait l'objet de discussions tant au sein de notre petite équipe et de celle de Stella, qu'auprès de bénévoles et de participantes de l'organisme ainsi que de partenaires d'autres groupes communautaires aux prises avec le même défi.

Tel que mentionné plus haut, dès notre deuxième rencontre de travail, mes collaboratrices voulaient commencer à procéder au recrutement de co-chercheuses parmi la clientèle de Stella. Dans un premier temps, elles ont suggéré de poser une affiche dans les locaux de l'organisme pour commencer à stimuler un intérêt à l'égard du projet. Elles ont exposé un grand carton de couleur sur lequel étaient inscrites des questions invitant les femmes à s'exprimer sur la problématique du VIH. Mes collègues voulaient ainsi susciter des

échanges sur cette problématique afin d'amorcer des discussions sur le projet, ce qui permettrait alors d'identifier les personnes étant à l'aise avec le thème du VIH et en mesure d'articuler des idées intéressantes. Il était également souhaité que les contributions des femmes servent de point de départ à notre réflexion de groupe.

La tentative de l'affiche a duré trois semaines. Deux séries d'invitations ont été inscrites pour susciter des contributions¹ et l'affiche a été déplacée à deux reprises pour assurer sa visibilité et la possibilité d'y contribuer de manière relativement confidentielle. Malgré ces invitations, le succès de cette initiative a été mitigé. Il n'y a eu que quatre contributions, ce qui est peu considérant que l'on enregistrait environ vingt visites par jour à cette époque chez Stella. Plus précisément, une personne a dit qu'elle avait peur du sida ; une autre a dessiné une seringue ensanglantée ; une personne séropositive a fait un poème sur sa difficulté de vivre ; et une autre femme a fait une inscription en Inuit, inscription qu'elle n'a pas voulu traduire. Les co-chercheuses étaient déçues de ce qu'elles ont qualifié de faible participation. Elles ont fini par interpréter ce silence comme étant un indicateur de la difficulté qu'éprouvent les femmes à parler du VIH et de leur refus d'être associées, de près ou de loin, à cette problématique². Dès lors, il a été décidé, du moins à court terme, de ne plus interpeller les participantes directement sur la question du VIH. Il fallait plutôt les solliciter selon leur intérêt à contribuer, d'une part, à la mission de Stella qui vise à améliorer les conditions de vie des travailleuses du sexe du quartier ; et, d'autre part, à la survie de l'organisme qui devait toujours faire ses preuves auprès de bailleurs de fonds.

Par la suite, à l'aide de nos critères de sélection et d'un tout petit paragraphe élaboré pour être en mesure de décrire l'objectif de notre projet en termes simples, mes co-chercheuses ont commencé à interpeller directement des participantes potentielles sur une base individuelle, à la fois chez Stella et durant leur travail de liaison effectué dans le voisinage³. Une fois l'intérêt exprimé d'une personne pour prendre part au projet, il était convenu que je devais la rencontrer individuellement pour discuter des raisons pour lesquelles elle avait été approchée ; du thème et des finalités souhaitées du projet ; du processus de recherche privilégié ; et des démarches effectuées à date. Outre l'obtention d'un consentement libre et

¹ La première invitation était la suivante : *Dis-moi ce que tu penses du sida. Dis-moi ce que ça te fait. Fais-moi un dessin, écris-moi un poème ou ce que tu veux.* Deuxième invitation : *Qu'est-ce qui rend les travailleuses du sexe vulnérables au VIH ?*

² Ce qui avait pourtant déjà été établi lors de la mise sur pied de Stella.

³ Voici le libellé du paragraphe à partir duquel mes deux co-chercheuses principales ont abordé des participantes potentielles : *On veut inviter six femmes à participer à un nouveau projet chez Stella. On veut mieux comprendre les conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe (prostituées de rue) du quartier qui peuvent augmenter leur vulnérabilité et sur lesquelles on pourrait agir ensemble pour améliorer notre sécurité et nos conditions de vie.*

éclairé, je devais prendre connaissance des attentes et des motivations de chaque personne en regard de ce projet ainsi que de ses propres besoins pour parvenir à une participation satisfaisante en tant que co-chercheuse. Une fois un nombre suffisant de femmes recrutées, il s'agissait alors d'entreprendre des rencontres de groupe pour établir les bases du travail en équipe, clarifier nos rôles et s'entendre sur un plan d'activités pour aborder notre réflexion et l'élaboration d'une proposition de plan d'action pour Stella en regard de la prévention du VIH parmi les prostituées de rue. D'une certaine manière, il s'agissait de reprendre une nouvelle phase préparatoire avec le groupe élargi de co-chercheuses, à l'image du parcours que nous avons déjà entrepris.

Après un peu plus de trois semaines¹, mes co-chercheuses avaient recruté quatre femmes. Constatant une fois encore un succès mitigé, elles ont alors décidé de procéder rapidement au recrutement de trois à quatre autres femmes, en les incitant à emmener une amie qui pourrait être intéressée, pour les inviter toutes à une séance d'information sur le projet à l'issue de laquelle elles souhaitaient susciter l'engagement ferme d'au moins quatre femmes pour se joindre à nous. Pour accélérer le processus, elles ont préféré abandonner les rencontres individuelles prévues avec moi, d'autant plus qu'elles en étaient venues à la conclusion que cette démarche pouvait être intimidante pour les femmes. Nous avons alors planifié un pique-nique pour exposer la démarche que nous avons amorcée, se présenter, faire part de nos motivations et attentes en regard du projet et finaliser le recrutement de nouvelles co-chercheuses. Sept femmes ont accepté une invitation personnelle à notre pique-nique. Mais malgré tous nos préparatifs, aucune des femmes sollicitées ne s'est présentée le jour venu : une personne a téléphoné pour annuler ; deux femmes ont été aperçues dans les rues avoisinantes de Stella dans un état avancé d'intoxication à l'heure fixée de notre rencontre ; et les quatre autres n'ont pas donné de nouvelles². Ce fut une occasion de réfléchir à la capacité des participantes de Stella de tenir des engagements.

Suite à ces divers insuccès, nous avons entrepris de reformuler la présentation du projet et décidé de susciter la collaboration de toute l'équipe de Stella pour procéder au recrutement de participantes additionnelles. En collaboration avec l'équipe, nous avons donc préparé des affiches attrayantes pour annoncer la mise sur pied d'un « comité spécial » dont le mandat était de proposer un plan d'action à l'équipe de Stella pour aider les femmes travaillant dans les rues du centre ville à se protéger de la violence et du VIH. L'équipe de Stella s'est désormais impliquée plus activement dans le processus de recrutement. Celui-ci

¹ Durant cette période, une des co-chercheuses principales a eu des problèmes de santé nécessitant une hospitalisation, ce qui a retardé le processus.

² Nous avons appris plus tard que deux de ces femmes étaient à l'extérieur de la ville ce jour là, une dormait encore au moment de notre rencontre et l'autre se remettait d'une *overdose*.

consistait à approcher les femmes correspondant aux critères de sélection établis et à les diriger vers mes co-chercheuses principales pour qu'elles leur expliquent de façon plus approfondie le projet en développement. Par la suite, je rencontrais les femmes intéressées pour faire connaissance selon les paramètres décrits à la page précédente et obtenir un consentement libre et éclairé.

C'est à cette période du projet qu'il fut décidé que je serais présente chez Stella à raison d'environ trois jours par semaine pour participer à la mise sur pied du groupe élargi de co-chercheuses. C'est ce qui constitue l'étape de la consolidation de la phase de recrutement.

LA CONSOLIDATION DE LA PHASE DE RECRUTEMENT

De la mi-août à la fin septembre 1996, j'ai donc été plus présente sur les lieux de Stella. Il s'agissait pour moi de faire davantage connaissance avec les femmes fréquentant le local, de participer plus activement au recrutement d'autres co-chercheuses et d'observer l'organisation du quotidien chez Stella pour identifier des moments propices à l'initiation d'activités de discussion-réflexion de groupe dans le cadre de notre projet. J'avais certes déjà été présente sur les lieux et participé à quelques activités chez Stella, mais pas de façon aussi assidue. J'ai donc pu faire connaissance avec plusieurs femmes du milieu et constater qu'il y avait beaucoup de mouvance. De plus, une majorité de celles qui venaient régulièrement au local à ce moment particulier de l'histoire de Stella avaient des problèmes de santé mentale et une vie très désorganisée, ce qui limitait les possibilités de nouvelles recrues pour le projet. En revanche, j'ai noté qu'il était envisageable d'initier spontanément des activités et des discussions de groupe avec les femmes présentes à certains moments clés de l'après-midi, particulièrement dans l'heure précédant le moment où elles commençaient à se préparer pour sortir travailler dans la rue, en fin d'après midi. Compte tenu de cette ouverture potentielle, nous avons expérimenté deux activités pour prendre connaissance des réactions des femmes présentes.

Dans un premier temps, j'ai pris place à la table de la pièce centrale du local munie de papier et de crayons pour initier une séance de dessin et déterminer ainsi la réceptivité des personnes présentes à cet exercice ainsi que la possibilité de les rassembler autour d'une activité commune. Rapidement, la plupart des femmes (quatre sur six) se sont jointes à moi pour dessiner et discuter. D'entrée de jeu, elles ont signifié qu'elles préféraient dessiner librement plutôt qu'en fonction d'un thème particulier. Par ailleurs, bien que la discussion entamée ne porta pas spécifiquement sur les dessins produits, il a tout de même été possible d'initier des échanges fructueux sur le thème des ressources d'aide disponibles pour les personnes en difficulté durant les fins de semaine en plus de prendre connaissance des

expériences personnelles des six femmes présentes au local avec ces diverses ressources. À la fin, toutes étaient ravies des productions artistiques et d'avoir pu échanger entre elles.

Suite à ce petit essai, les co-chercheuses et moi-même avons alors convenu qu'il serait possible de tenter l'amorce d'une série de rencontres de groupe hebdomadaires avec les femmes en présence, ces dernières semblant apprécier l'opportunité de participer à des discussions et étant réceptives à une certaine structuration de leur temps libre. Toutefois, pour pallier le manque probable de continuité, nous avons également convenu qu'il serait préférable de constituer un noyau d'environ trois participantes autour duquel viendraient se greffer les femmes en présence pendant nos activités. Enfin, nous avons décidé de tester la faisabilité d'une séance de photo-langage. Cette activité nous semblait toujours appropriée pour la clientèle de Stella compte tenu de sa nature visuelle, expérientielle et novatrice.

Tel que mentionné précédemment, le photo-langage est un outil d'animation pouvant aider à traduire de complexes réalités en objets apparemment plus concrets à partir desquels il est possible d'amorcer des discussions et des échanges entre les participantes (Ampleman et al., 1987 ; Colin et al., 1992 ; Haccourt, Massart, Massart, & Thael, 1989). Adapté des pratiques de conscientisation de Paulo Freire (Freire, 1988 ; Minkler & Cox, 1980 ; Wallerstein & Bernstein, 1988), il s'agit de trouver ou de produire des images reflétant divers aspects de la réalité des gens et qui peuvent servir de point de départ à un processus d'analyse critique de leurs situations de vie. Étant plus concrètes que des abstractions verbales, les images offrent donc un point d'ancrage aux discussions et servent alors de canal pour ouvrir la communication sur l'exploration d'un sujet donné (Ziller, 1990). À travers ce processus, les personnes réunies partagent leurs points de vue sur ce que représentent ces images, établissent des liens entre leurs histoires et identifient leurs expériences communes, ce qui catalyse généralement le développement d'actions pour faire face aux problèmes dévoilés et à leurs causes et conséquences.

Dans l'esprit de la recherche participative, et à la lumière d'autres expériences menées auprès de populations marginalisées et analphabètes, nous avons choisi de proposer que les co-chercheuses procèdent elles-mêmes à la fabrication des images à partir desquelles nous avons ensuite entamé un processus de réflexion et d'analyse critique (Rudd & Comings, 1994 ; Wang & Burris, 1994 ; Wang, Burris, & Ping, 1996). Plus particulièrement, il a été convenu de remettre une caméra jetable à chacune des participantes afin qu'elles captent des scènes de leur quotidien qui illustrent ou qui symbolisent des conditions ou des situations rendant vulnérables les prostituées de rue au VIH. Il pouvait s'agir, par exemple, de leurs lieux et environnements de travail dans le quartier où se trouvent Stella ainsi que la

majorité des femmes qui fréquentent l'organisme. Elles pouvaient également procéder à la création de scénarios, chez elles ou ailleurs, qui reflétaient des situations vécues, telle une table jonchée de bouteilles d'alcool vides et de seringues usagées (ce que l'une des participantes a choisi de faire pour quelques-unes de ses photos). Étant ainsi impliquées, nous croyions que les co-chercheuses seraient en mesure de communiquer certains aspects de leur vision du monde et d'orienter la réflexion et l'action subséquente à partir de situations qu'elles jugeaient pertinentes. En fait, il s'agit de situations qui, bien souvent, restent invisibles aux non-initiés et peu documentées par le milieu (Wang, Yi, Tao, & Carovano, 1998).

Pour tester cette idée, j'ai effectué une sortie dans le quartier avec une des co-chercheuses principales pour tenter l'expérience de prise de photos (annexe 7 : Extrait de journal de bord. Sortie de prise de photos). Entre quinze et dix-huit heures, un vendredi de la fin d'août, nous avons photographié vingt-sept scènes témoignant principalement des dures conditions de travail des prostituées de rue et des institutions et ressources qui ne leur viennent pas nécessairement en aide lorsqu'elles en ont besoin. Chaque photo fut le résultat d'une décision conjointe et elles ont toutes été prises par ma collègue. D'une certaine manière, j'ai plutôt tenté d'agir à titre d'accompagnatrice pour ne pas inscrire un regard non-informé sur les scènes captées. Cet exercice s'est déroulé aisément et agréablement. Ma co-chercheuse connaissait bien les lieux et les gens du quartier et elle savait expliquer clairement aux personnes rencontrées ce que nous faisions.

Une fois les photos développées, j'ai entrepris une activité de photo-langage un après-midi chez Stella sous l'observation de mes co-chercheuses qui avaient invité des femmes à y participer. L'objectif était double : outre tester la faisabilité de cette activité, nous voulions intéresser des femmes à la démarche, identifier des co-chercheuses potentielles et procéder à leur recrutement. Je me suis donc installée à une table au milieu de la pièce centrale du local avec les photos, une grande affiche et des crayons feutres. Une bénévole s'est spontanément jointe à moi et quatre autres femmes ont progressivement pris part à l'activité.

D'entrée de jeu, j'ai spécifié d'où provenaient les photos et décrit leur processus de production. Puis, j'ai expliqué qu'il s'agissait d'examiner chacune des photographies et de partager avec le groupe ce qu'elles représentaient, tant de manière générale que plus spécifiquement en regard de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH. Nous avons alors échangé nos points de vue sur chacune des vingt-sept photos et rassemblé celles se rapportant aux mêmes thèmes pour former sept groupes d'images. La discussion a

principalement porté sur la violence vécue par les prostituées de rue de la part de leurs clients, chums et souteneurs¹. Les sept regroupements de photos rendaient compte, respectivement, de quatre types de lieux de travail² (petits hôtels de passe ; recoins cachés ; parcs où se transigent des services sexuels ; autos et camionnettes) ; de sites de recrutement de nouvelles travailleuses par des proxénètes (terminus d'autobus, la rue) ; de l'isolement de prostituées vulnérables (par exemple, une femme photographiée de dos, seule dans une rue déserte) ; et de l'indifférence et de la passivité policière (photos de poste et de voiture de police). Nous avons ensuite réalisé un collage des sept groupes de photos, sans toutefois suivre un modèle particulier, et inscrit des commentaires relatifs à chaque regroupement. Par exemple, sous les photos illustrant des recoins cachés, les participantes ont noté le libellé de *death traps*. Sous celles se rapportant à la police, elles ont inscrit : *On est pas des criminelles !* À la fin, nous avons félicité les participantes et exposé cette première affiche réalisée conjointement. Cette première affiche a suscité un vif intérêt de la part de femmes fréquentant Stella dans les jours suivants et a permis d'entamer nombre de discussions sur le thème de la violence quotidienne dont elles font les frais.

L'activité a duré environ quarante minutes et a donné lieu à beaucoup d'échanges entre les participantes et moi, mais peu entre les femmes elles-mêmes – ce qui est compréhensible étant donné que nous n'avions pas pris le temps d'établir une dynamique de groupe. À prime abord, j'ai fait en sorte de limiter mes interventions et directives afin d'observer le processus d'appropriation de cette activité et d'identifier les difficultés et le type de consignes qui seraient les plus aidantes pour entreprendre à nouveau cette démarche. Par exemple, le libellé de thèmes en lien avec la question de la vulnérabilité au VIH pour chaque regroupement de photos s'est avéré difficile à formuler pour les participantes et j'ai dû intervenir directement pour traduire leurs histoires en formules plus succinctes. À cet égard, les regroupements de photos auraient pu faire l'objet d'un certain resserrement pour faciliter cette tâche. Par ailleurs, cette petite expérience nous a permis de constater à quel point il serait utile d'enregistrer les discussions de groupe sur cassette audio, notre participation active rendant quasi-impossible une prise de notes assidue pour garder une trace de nos échanges. Il fut alors entendu de produire des transcriptions *verbatim* des histoires enregistrées, ce qui permettrait de poursuivre une analyse *ad hoc* des propos tenus et ainsi d'alimenter la poursuite du processus d'analyse critique lors de la rencontre subséquente.

¹ Personne qui vit ou profite de la prostitution d'autrui, proxénète.

² Selon les participantes, chaque catégorie de lieu de travail constituait un regroupement de photos.

Au terme de cet essai, nous étions donc convaincues de la pertinence de cette activité pour stimuler un processus de discussion-réflexion. Nous avons également une meilleure idée sur la manière de présenter, de structurer et d'encadrer un tel exercice ; et de plus, nous avons pu recruter deux femmes qui étaient enthousiastes à se joindre à nous. Détail non négligeable, mes deux co-chercheuses principales, qui commençaient à se décourager sérieusement, ont eu un regain de motivation.

À partir de ce moment-là, nous avons entrepris de fixer un échéancier pour débiter une activité formelle centrée sur la prise de photos et une discussion-réflexion autour des images produites¹. J'ai obtenu le consentement éclairé des deux nouvelles recrues et nous leur avons remis des caméras jetables avec des consignes pour assurer leur sécurité et une approche éthique durant la prise de photos (annexe 8 : Consignes aux photographes). Durant les deux semaines allouées à la phase de production d'images (ce qui inclut l'étape de développement des pellicules photo), nous avons recruté et obtenu le consentement éclairé d'une troisième personne. Cette dernière a toutefois refusé la caméra jetable de peur de se faire voler ou de se voir contrainte de la vendre. Une quatrième personne (transsexuelle) a également exprimé un vif intérêt à prendre part à notre démarche mais elle a dû se désister inopinément pour être admise en cure de désintoxication.

Les trois femmes qui se sont finalement engagées avec nous étaient âgées entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Elles fréquentaient Stella régulièrement et chacune avait une expérience de prostitution de rue et une histoire de toxicomanie. Une était infectée par le VIH et une autre était bénévole chez Stella. Elles avaient toutes les trois la capacité d'exprimer leurs idées de manière cohérente, étaient à l'aise avec le thème du VIH et s'avéraient disponibles pour participer à des rencontres hebdomadaires. De plus elles possédaient une très bonne connaissance du milieu de la prostitution de rue dans le centre-ville de Montréal. Étant donné les circonstances difficiles du processus de recrutement, mes co-chercheuses étaient d'avis que nos critères de sélection étaient suffisamment respectés.

¹ Je tiens à signaler ici un élément important. Au moment où nous avons décidé de poursuivre cette activité en octobre 1996, il m'apparaissait que cette initiative s'inscrivait dans ma phase d'expérimentation pour fins d'élaboration de mon protocole de recherche et que je poursuivrais cette recherche selon les termes proposés à une étape ultérieure étant donné l'imminence d'un congé de maternité. Cependant, à mon retour de congé, et suite à la préparation de mes examens de synthèse, mon directeur et moi-même avons convenu que cette « première étape » du projet fournissait suffisamment de matériel pour entreprendre le travail de la thèse. Ainsi, les pages qui suivent contiennent le détail du déroulement du projet au mois d'octobre 1996 lequel a servi de base à la complétion de mon protocole déposé en décembre 1997. Je reviendrai, à un chapitre ultérieur, aux suites de cette étape devenue le nœud de mon projet empirique.

Enfin, au moment de débiter notre projet, deux des trois nouvelles recrues n'ont plus donné de nouvelles. Selon les informations obtenues par l'équipe de Stella, l'une est subitement devenue très malade et s'est retirée du milieu ; et l'autre a fait une rechute toxicomaniaque majeure et a entrepris une thérapie en milieu fermé. Nous avons toutefois décidé de procéder avec notre projet, en gardant ouverte la porte à de nouvelles participantes. Au terme de cinq mois de préparation, notre équipe de co-chercheuses était donc constituée des personnes suivantes : deux intervenantes de Stella, une bénévole et moi-même.

D'AUTRES DIMENSIONS DE LA PHASE PRÉPARATOIRE

J'aimerais enfin mentionner que la phase préparatoire a également alimenté d'autres discussions qu'ont suscitées nos rencontres.

Premièrement, au fil des rencontres, nous avons fréquemment discuté de la vulnérabilité au VIH, soit sur la base d'observations effectuées par mes co-chercheuses principales dans le cadre de leurs interventions chez Stella, soit à partir de nos expériences de vie personnelles. Dans les faits, mes co-chercheuses ont aiguisé leur sens d'observation et ont, dès le début du projet, initié des interactions avec les femmes qu'elles rencontraient dans l'optique de commencer à élucider le phénomène de la vulnérabilité au VIH parmi les prostituées de rue. Aussi, nos discussions nous ont amené à faire des parallèles avec notre propre vécu et à aborder quelques idées d'intervention potentielles pour contrecarrer la vulnérabilité au VIH, celle des prostituées de rue et la nôtre.

Deuxièmement, mes co-chercheuses ont eu recours à notre groupe de travail pour évoquer des problèmes personnels et obtenir des conseils et du soutien. Par exemple, l'une avait des difficultés relationnelles avec son conjoint et l'autre cherchait à obtenir la garde partagée de son fils. À plusieurs reprises, nous avons également discuté du quotidien des intervenantes chez Stella, de questions que soulevait l'intervention auprès de cas particulièrement difficiles, de problèmes interpersonnels vécus au sein de l'équipe de travail et de nouveaux projets en émergence dans l'organisme. Il est intéressant de mentionner que les réunions les plus fructueuses en termes d'avancement dans la planification du projet ont été celles où les co-chercheuses parlaient davantage de leurs vies personnelles et professionnelles.

En résumé, la phase préparatoire du projet a été caractérisée par la création de liens personnels et de collaboration entre co-chercheuses ; la clarification de l'objet d'étude et de la nature et du potentiel de la recherche participative ; diverses tentatives et modalités de recrutement d'autres co-chercheuses ; la planification d'une activité pour amorcer un dialogue et une réflexion de sorte à formuler une première réponse à notre question de

recherche ; le partage graduel de leadership ; et la recherche de solutions à des problèmes personnels et professionnels. Mon suivi et mon support furent apparemment essentiels. Sans ce soutien continu, il est possible que nous n'aurions pu aborder l'étape plus formelle de constitution d'un corpus de données et de discussion-réflexion pour mieux comprendre le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.

LE PROJET

Au mois d'octobre 1996, notre groupe a tenu cinq rencontres afin de mieux comprendre le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. Les quatre premières séances ont duré environ une heure et demie et la dernière a duré presque trois heures. Au moins trois de quatre co-chercheuses participaient activement à chaque réunion, les intervenantes de Stella devant alterner leurs présences pour respecter leurs horaires de travail. Les rencontres avaient lieu chez Stella, dans une période de très faible achalandage de l'histoire de l'organisme, ce qui fait que la quatrième co-chercheuse de l'équipe pouvait tout de même se joindre à nous de manière ponctuelle à chaque réunion et suivre le cours des discussions. Par ailleurs, une seule personne s'est jointe à nos discussions à la dernière rencontre. Il s'agit d'une intervenante d'un organisme partenaire ayant aussi une expérience travail du sexe et de toxicomanies diverses.

Les contours du « Projet vulnérabilité de Stella » centré sur une activité de photo-langage et devant résulter sur des propositions de pistes d'action pour la prévention du VIH parmi les prostituées de rue furent endossés sans remise en question par notre petit groupe. Tout au plus avons-nous dû nous entendre sur nos responsabilités respectives et sur le fait que l'équipe de co-chercheuses était désormais composée de quatre personnes au lieu de trois. À cet égard, la dernière co-chercheuse à s'adjoindre au groupe a d'emblée signifié de manière éloquente qu'elle voulait participer à toutes les phases du projet, à part égale. Cette réaction faisait suite à son constat que nous (les trois premières co-chercheuses) avions tenu une rencontre préparatoire pour établir le processus de co-animation tout juste avant notre première rencontre de groupe. Voulant travailler dans un esprit de collaboration, nous ne pouvions que constater la légitimité de sa requête (et de ses critiques !).

Dans les pages qui suivent, je donne un aperçu du déroulement des rencontres. Ensuite, je présente le détail du processus mis en œuvre pour gérer les informations traitées et produites au fil des discussions, puis pour procéder à notre analyse conjointe des photos et à une modélisation-synthèse de notre compréhension.

DÉROULEMENT DU PROJET

Tel que prévu, nous avons distribué des cartables lors de notre première rencontre afin que chaque co-chercheuse puisse y organiser tout son matériel personnel relatif au projet¹. Nous avons pris le temps de nous présenter, faire un petit retour sur la phase préparatoire de notre démarche, et partager nos motivations et attentes face au projet. Dans l'ensemble, toutes s'entendaient sur l'importance de développer une meilleure compréhension de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH afin d'entreprendre des actions concrètes en la matière. Nous nous sommes ensuite entendues sur l'horaire des rencontres hebdomadaires, la nécessité de garder les réunions ouvertes à l'intégration d'autres participantes, la gestion des transcriptions *verbatim* des rencontres et l'importance de se doter d'un mécanisme pour tenir informées l'équipe et les participantes de Stella du déroulement du projet. À cet effet, nous avons préparé un babillard pour rendre compte de l'état d'avancement de la réflexion, avec photos et commentaires à l'appui, le tout accompagné d'une invitation à se joindre à nos discussions hebdomadaires. Les photos ont continué à susciter beaucoup d'intérêt de la part des quelques femmes fréquentant Stella à cette époque. Mais les invitations personnelles effectuées auprès de diverses femmes n'ont pas attiré de nouvelles participantes.

Par ailleurs, nous avons également discuté de l'expérience vécue en tant que photographes amateurs. Dans l'ensemble, cette activité s'est avérée positive pour les co-chercheuses ayant pris des photos², et nous étions toutes d'avis que cet exercice permettait de rendre compte de réalités pertinentes et peu documentées. Une personne a d'ailleurs exprimé sa satisfaction d'avoir enfin eu la chance d'explorer des endroits qu'elle n'avait pas encore pris le temps d'examiner de près dans le quartier. Pour une autre des co-chercheuses, cette activité a permis de retourner dans des lieux où elle avait vécu sa propre *déchéance*, ce qui lui a procuré une grande fierté lorsqu'elle s'est aperçue du chemin qu'elle avait parcouru pour mettre un terme à ses multiples toxicomanies. Et en ce qui me concerne, cela m'a donné l'occasion d'être exposée à une réalité très différente de la mienne. Somme toute, cette activité procure la possibilité de mieux représenter et comprendre une réalité marginale ainsi que de mettre en perspective sa propre réalité.

¹ Dans les faits, ces cartables ont plutôt servi à classer les documents distribués et n'ont pas fait l'objet d'une appropriation personnelle et créatrice comme ce fut le cas pour les femmes participant au projet de Colin et al. (1992). Rétrospectivement, je crois que nous aurions pu accorder plus de temps à la constitution de ce cartable afin de fournir une avenue supplémentaire de réflexion pour les co-chercheuses.

² Quoique ayant l'intention de photographier des scènes dont elle nous rendait régulièrement compte, une des co-chercheuses n'a pu procéder à la prise de photos. Ses histoires ont tout de même contribué de manière significative à notre réflexion.

Notre première rencontre s'est terminée par l'amorce de ce que nous avons appelé « l'analyse des photos ». Les deuxième et troisième rencontres ont permis de compléter cette analyse. À cet égard, les personnes présentes au terme de la troisième rencontre sentaient qu'elles avaient épuisé le sujet à partir du matériel recueilli et atteint ce que Lincoln et Guba (1985) qualifient de saturation empirique. La quatrième réunion fut l'occasion d'effectuer un retour sur l'ensemble des thèmes relevés en regard de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH. De plus, nous avons entrepris la modélisation d'une synthèse de nos résultats sous forme d'affiche. La dernière rencontre a donné lieu à la construction de cette affiche rendant compte de notre travail de réflexion, et a comporté des discussions quant aux suites à donner au projet¹. Dans l'ensemble, nos échanges furent dynamiques, ponctués d'humour et riches en contenu.

LE PROCESSUS CONJOINT DE GESTION, D'ANALYSE ET DE MODÉLISATION

La littérature ne rend pas compte de procédures particulières pour cette phase de travail en collaboration. Voici donc les démarches sur lesquelles nous nous sommes entendues afin de produire une synthèse de la conjonction des constructions individuelles et du groupe tout en s'assurant d'un certain contrôle de qualité.

Avec le consentement des participantes, chacune de nos cinq rencontres fut enregistrée sur cassette audio et transcrite *verbatim*, sans toutefois faire référence aux informations nominales. Ceci dit, la transcription donne, inévitablement, une version dé-contextualisée, une reconstruction artificielle et une représentation partielle, voire partielle, des interactions considérées. Aussi, puisqu'elle résulte d'un acte interprétatif et donc d'une certaine transformation des événements, il importe alors de bien rendre compte du processus de production encouru et d'accompagner l'examen d'une transcription de la lecture du journal de bord où se trouvent des informations descriptives, interprétatives et réflexives pour situer cette construction en contexte (Kvale, 1996 ; Lapadat & Lindsay, 1999).

Nos *verbatim* comprennent principalement les dialogues enregistrés, avec quelques indications décrivant l'action en cours pour mettre certains propos en contexte. La description d'autres dimensions, telles le non-verbal et l'atmosphère générale, a été jugée ni nécessaire ni faisable. Par ailleurs, ces transcriptions ont été produites par une personne expérimentée dans les jours suivant chaque rencontre, puis remises aux co-chercheuses pour relecture avant notre séance hebdomadaire suivante. Celles qui avaient le temps et la capacité les ont lus pour rayer les propos qu'elles jugeaient superflus ou trop personnels et pour apporter des clarifications utiles ou demandées par la personne ayant produit la

¹ Ces suites sont traitées au huitième chapitre.

transcription. Pour ma part, suivant une consultation de mes notes de journal de bord, j'ai relu chaque *verbatim* tout en écoutant la cassette audio correspondante pour assurer la fidélité de l'écrit et effectuer de légères modifications et clarifications. Je notais également les passages qui, à mon avis, s'avéraient non nécessaires. Dans les faits, seule une des co-chercheuses a relu tous les *verbatim* de manière assidue et a indiqué les passages à éliminer ou à modifier. À notre surprise, nous avons généralement les mêmes propositions en termes d'élimination et de modifications / clarifications. Dans les rares cas où nos suggestions étaient discordantes, nous en discutons avec les autres co-chercheuses pour arriver à une entente satisfaisante. Les corrections étaient ensuite acheminées à la personne effectuant les transcriptions et je vérifiais qu'elles étaient apportées. À la fin, les cassettes audio ont été détruites et les transcriptions mises à la disposition de l'équipe de Stella et aux participantes pour consultation. Les copies révisées et corrigées des *verbatim* tirés des deuxième et troisième séances de discussion-réflexion sont présentés intégralement à l'annexe 9.

Les *verbatim* rendent particulièrement bien compte du processus encouru pour l'analyse des photos. À tour de rôle, chaque participante sélectionnait une de ses photos et décrivait le contexte où elle avait été prise ainsi que ce qu'elle y voyait et voulait illustrer. Ceci nous aidait alors à comprendre son orientation face à cette parcelle de réalité perçue (Becker, 1979 ; Harper, 1994). Ensuite, elle partageait avec le groupe ce que représentait l'image en termes de vulnérabilité au VIH. À ce moment, il pouvait tout autant être question de sa propre expérience que de son interprétation d'observations effectuées dans le milieu de la prostitution de rue. En règle générale, les propos prenaient l'allure d'histoires vécues auxquelles les autres co-chercheuses ajoutaient leurs propres récits et interprétations au fil de la discussion, ce qui fait que l'on ne se limitait pas nécessairement au contenu de la photo considérée. Ainsi, chaque photo n'était qu'un élément déclencheur de discussions qui suivaient alors leur cours et, en l'occurrence, de multiples idées en lien avec la notion de vulnérabilité au VIH ont donc pu être formulées à partir d'une seule photo. De même, ce partage d'expériences et de réflexions personnelles a donné lieu à des thèmes qui n'étaient même pas illustrés par nos photos.

À titre d'exemple, le *verbatim* de notre deuxième rencontre (annexe 9 : pp. xxxiv-xxxviii) rend compte du parcours qu'a suivi une discussion à partir d'une photo illustrant un sac de cocaïne vide : il a d'abord été question de l'obsession de consommer qu'évoquait l'image et du sentiment d'urgence qui fait que la personne concernée est prête à entreprendre des transactions sexuelles sans condom pour obtenir l'argent nécessaire à l'obtention de drogues. Puis, la photo a symbolisé l'expérience de criminalisation, les poursuites

judiciaires encourues pour possession de cocaïne ainsi que la honte et l'humiliation de comparaître devant un juge. Ceci nous a alors amené à discuter du thème des diverses formes de *mépris* vécues par les prostituées de rue, soit la désapprobation sociale, la division et le rejet entre différentes catégories de travailleuses du sexe, et la faible estime de soi qui mène à l'autodestruction. Il s'agit, en somme, de trois formes de *mépris* abordés plus tard au fil de nos discussions et pour lesquels nous n'avions pas nécessairement de photos, mais que les co-chercheuses identifiaient tout de même comme étant intrinsèques à l'expérience de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. Voici un autre exemple tiré du même *verbatim* (annexe 9 : pp. xlii-xlv) : à partir de photos représentant ce que nous avons appelé des *racoins cachés*, soit des petits bouts de terrains insalubres, mal éclairés et cachés entre deux édifices ou derrière des maisons abandonnées, nous avons abordé une discussion sur les clients dangereux puis évoqué, notamment, les questions de la discrimination à l'endroit des femmes dans notre société sexiste, de la faible estime de soi, de l'indifférence et du mépris social. D'une certaine manière, les échanges étaient parfois décousus, d'où l'avantage certain que procuraient les enregistrements audio.

Au total, nous avons considéré cinquante photos, dont quelques spécimens sont reproduits à la page suivante (Photos 1 à 4). Certaines ont été produites lors de la phase préparatoire du projet, d'autres ont été prises par la co-chercheuse additionnelle et d'autres encore proviennent de l'album personnel d'une des participantes. Il est intéressant de noter que ces dernières photos avaient généralement une connotation différente en ce sens qu'elles ont servi à illustrer et à discuter du fait que la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH trouve également ses sources dans les relations amoureuses (Photo 1), et non seulement dans la toxicomanie, la violence et les conditions de travail difficiles dont nous avons abondamment traité par le biais de nos photographies (Photos 2, 3, 4).



Photo 1. Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : les relations amoureuses



Photo 2. Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : la toxicomanie (sol jonché d'ordures et de matériel d'injection)



Photo 3. Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : la violence (lieu d'un meurtre récent)



Photo 4. Source de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : les conditions de travail difficiles (à gauche, porte d'entrée d'un petit racoin caché)

Au fil des discussions, nous avons numéroté les photos et constitué une liste indiquant sommairement ce que chacune suscitait en termes de vulnérabilité au VIH pour les prostituées de rue. Par ailleurs, entre chaque rencontre, et à partir d'une lecture attentive des *verbatim*, des listes produites à travers de nos discussions et de mon journal de bord, j'ai procédé à la rédaction de comptes-rendus résumant le déroulement de la dernière réunion ainsi que les thèmes discutés. Ce court document était remis aux co-chercheuses dans la journée précédant la réunion subséquente ; il faisait ensuite l'objet d'une discussion au début de chaque rencontre, tant pour fins de validation et de suivi du progrès des analyses que pour relancer et alimenter la réflexion en cours ; et enfin il était rendu disponible chez Stella pour consultation (annexe 10 : Copies des comptes-rendus des rencontres de discussion-réflexion). La rédaction de ces résumés s'est avérée un exercice essentiel pour identifier des catégories d'idées plus générales auxquelles référaient nos propos. Parallèlement, et avec la progression de nos analyses, j'ai également constitué un petit système de fiches. Sur chacune des fiches, j'ai noté : le numéro attribué à une photo ; le numéro du *verbatim* correspondant ; le contenu de la photo et ce que nous en avons dit (en termes sommaires) ; ainsi que des idées de catégories potentielles (annexe 11 : Exemple de fiche photo). À l'exemple de l'approche ancrée glasserrienne (Glaser, 1978, 1992), et puisque notre objectif était de rendre compte de la vision du monde des travailleuses du sexe, les appellations des catégories ont été induites des propos tenus et non en fonction de cadres pré-établis. Ceci dit, au terme de notre troisième rencontre, j'ai regroupé les fiches-photos référant à des catégories semblables de manière à reformuler et à proposer quinze catégories d'idées générales rendant compte de situations ou de dynamiques qui accroissent la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH :

1. Besoin d'amour, d'intimité et d'un sentiment d'appartenance
2. Besoin de faire confiance
3. Toxicomanies (consommation de drogues et d'alcool)
4. Ne pas se percevoir comme travailleuse du sexe
5. Division entre les travailleuses du sexe (manque de solidarité ; peu d'entraide ; compétition ; déplacements fréquents)
6. Organisation du travail du sexe (il n'y en n'a pas qui réponde aux intérêts et besoins des travailleuses)
7. Lieux de travail non sécuritaires (*death traps, racoins cachés*)
8. Identité dévalorisée des travailleuses du sexe
9. Pas de reconnaissance des droits des travailleuses du sexe à la santé et à la sécurité
10. Mépris, humiliation, rejet, indifférence et stigmatisation de la part de la société
11. Vision que les hommes ont des femmes (la femme-objet)

12. Surveillance policière trop étroite et criminalisation, répression, lois restrictives
13. Pauvreté des femmes
14. Manque d'information sur les ressources d'aide et moyens de protection pas disponibles
15. Marché de la drogue plus présent dans les quartiers où travaillent les prostituées de rue

Chacune des quinze catégories a été annotée sur une nouvelle petite fiche et soumise au groupe pour discussion durant la quatrième séance (annexe 12 : Exemple de fiche catégorie). Après examen des fiches, quelques re-formulations et clarifications leur ont été apportées puis nous avons associé les photographies pertinentes à chaque catégorie. Ce faisant, la sélection des photos a permis de raffiner davantage nos propos concernant certaines catégories. En revanche, contrairement à ce que nous avons envisagé, aucune catégorie nouvelle n'a été créée pendant cet exercice. Enfin, concernant les catégories d'idées pour lesquelles nous n'avions pas de photos, les co-chercheuses ont trouvé des images dans des revues et journaux.

Nous avons ensuite procédé à un regroupement des fiches accompagnées d'images selon quatre thèmes plus généraux sur lesquels nous avons rapidement atteint un consensus ; puis nous avons procédé à la co-construction d'un modèle rendant compte d'un niveau supplémentaire et supérieur de synthèse (Huberman & Miles, 1991 ; Tesch, 1990). Ce modèle, dont le détail est présenté au chapitre suivant, a été organisé sous forme d'affiche. L'affiche comporte quatre sections différenciées par couleur, où chaque couleur renvoie à un niveau de vulnérabilité différent et, par conséquent, à quatre stratégies générales d'intervention différentes. Par ailleurs, dans chaque section nous avons consigné les situations ou les dynamiques qui, selon nos analyses, rendent vulnérables au VIH les prostituées de rue. Chaque catégorie était inscrite en anglais et en français, puis assortie des photographies sélectionnées. Pour certaines catégories, les co-chercheuses ont choisi d'apposer directement sur le poster les fiches que je leur avais soumises. La Photo 5 présentée à la page suivante procure un aperçu général de cette affiche.



Photo 5. Aperçu général de l’affiche produite à l’issue de l’analyse conjointe : les quatre niveaux du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH

Le produit de notre réflexion, une affiche de quatre par six pieds, a été ensuite exposé dans la salle principale de Stella pour rendre compte du travail effectué et pour susciter des points de vue additionnels de la part de l’équipe d’intervenantes et de bénévoles de l’organisme ainsi que des femmes fréquentant le local. Il était entendu que mes co-chercheuses tenteraient d’obtenir des idées supplémentaires sur la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH à l’aide de cette affiche. Ceci devait alors donner lieu à une deuxième ronde de discussions-réflexions, de préférence avec des co-chercheuses additionnelles, puis à la production d’un deuxième modèle synthèse pour enrichir l’élaboration d’un plan d’action en prévention du VIH chez Stella. Pour ma part¹, j’ai repris l’ensemble des informations déjà générées en regard de notre question de recherche afin d’entreprendre une analyse plus approfondie.

L’analyse a posteriori

Suite à notre première analyse conjointe, j’ai donc procédé à un exercice d’analyse plus approfondi des *verbatim* et des autres documents produits lors de nos rencontres. En tant que participante ayant les ressources nécessaires, il me fallait consolider notre première synthèse portant sur le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH afin d’alimenter la poursuite des réflexions entamées sur les zones potentielles d’intervention auprès de ces femmes. Ayant également la responsabilité de contribuer au développement

¹ Après mon congé de maternité et la passation de mes examens de synthèse.

de savoirs conceptuels dans le cadre de cette thèse, j'ai entrepris cette analyse en vue d'élaborer une modélisation théorique sur le phénomène de la vulnérabilité.

Dans les pages qui suivent, j'aborde quelques considérations au sujet des méthodes d'analyse de données qualitatives et je présente les procédures utilisées pour la gestion et l'analyse *a posteriori* des données générées dans le cadre de ce projet. Puis, je trace les contours de ma démarche de théorisation.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES MÉTHODES D'ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES

Encore ici, il y a lieu de souligner qu'il n'y a pas de procédures particulières pour l'analyse et la synthèse de données générées dans le cadre de recherches de type participatif (Tesch, 1990). Toutefois, les données étant généralement de nature qualitative, les chercheurs ont alors recours aux diverses méthodes d'analyse de données qualitatives déjà disponibles.

En ce qui concerne la recherche qualitative en sciences sociales et en santé, l'approche de théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978, 1992 ; Paillé, 1994 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998) et l'approche mixte de Huberman et Miles (1991) figurent parmi les choix privilégiés puisqu'ils offrent une explication détaillée des procédures à suivre (Denzin & Lincoln, 1994a ; Grbich, 1999 ; Poupart et al., 1997). Ces auteurs proposent un ensemble de procédures permettant de cerner et de repérer des régularités dans les données, puis de construire des hypothèses sur les relations entre les divers éléments identifiés, pour en arriver à générer, et éventuellement vérifier et reproduire, des propositions théoriques (Laperrière, 1997a). Il est à noter, toutefois, que ces propositions sont essentiellement conçues de manière à expliquer et à prévoir des phénomènes, afin que les praticiens puissent mieux gérer les actions des sujets concernés et contrôler les situations qui le requièrent (Glaser & Strauss, 1967 ; Huberman & Miles, 1994 ; Laperrière, 1997a ; Strauss, 1995 ; Tesch, 1990). De cette manière, l'application de ces méthodes d'analyse s'inscrit principalement dans une rationalité scientifique d'ordre instrumental procédant d'intérêts techniques¹ puisqu'elle situe principalement le projet de théorisation sous la rubrique de l'explication.

Pourtant, bien que la notion de théorie désigne généralement un système d'idées visant à expliquer un phénomène donné en termes de relations de cause à effet (Blaikie, 1993), il s'avère que l'on peut tout de même concevoir des théories de manière moins formelle (Coffey & Atkinson, 1996 ; Schwandt, 1997). Tel qu'évoqué plus tôt, le développement des

¹ Tel que discuté au deuxième chapitre de la thèse.

connaissances ne repose pas uniquement sur les dimensions explicatives d'une proposition ou d'un modèle théorique. Il repose également sur le potentiel qu'offrent nos théories pour aiguïser nos capacités de compréhension, d'interprétation et d'action, bref sur des intérêts d'ordre pratique et émancipatoire. Dès lors, un modèle théorique peut certes se limiter à sa dimension explicative, comme c'est souvent le cas ; mais il peut également en être autrement, tel qu'envisagé ici.

Il importe donc de mettre en perspective les méthodes d'analyse de données qualitatives mises à notre disposition et, en particulier, de reconnaître que les analyses effectuées ici ne s'inscrivent pas tout à fait dans le même projet « explicatif » de développement des connaissances que celui des promoteurs des méthodes utilisées. Néanmoins, ceci n'exclut pas la possibilité de tirer profit de l'expérience des intellectuels ayant explicité quelques-unes des procédures fondamentales inhérentes au pilotage d'une analyse de qualité.

Les procédures adoptées ici suivent les circonvolutions de ce que Creswell (1998) désigne comme étant la spirale générale de l'analyse de données qualitatives. Celle-ci évolue à travers un processus de gestion, de structuration, d'interprétation et de modélisation des données afin de formuler une représentation intelligible, que ses visées soient de l'ordre de l'explication, la compréhension, l'interprétation ou l'action. Cette spirale comprend, notamment, des activités d'organisation, de segmentation, de codification, de comparaison, de classification et de synthèse accompagnées de la rédaction de divers types de mémos afin de rendre compte de l'évolution de l'analyse et de générer une interprétation d'ordre conceptuel. En fait, de telles activités constituent les étapes fondamentales de toute analyse de données qualitatives (Huberman & Miles, 1994 ; Tesch, 1990). Leur réalisation s'avère toutefois variable d'une stratégie ou tradition particulière à l'autre, selon les orientations que privilégient les « bricoleurs » concernés (Coffey & Atkinson, 1996 ; Denzin & Lincoln, 1994b) et les finalités qu'ils poursuivent, au croisement d'intérêts techniques, pratiques ou émancipateurs.

LA GESTION DES DONNÉES DISPONIBLES ET GÉNÉRÉES

L'analyse *a posteriori* a été effectuée à partir des documents produits durant notre projet et a également généré quantité de matériel. Dans ce contexte, il importe de gérer et d'organiser méthodiquement ces divers documents afin de veiller au maintien d'une certaine rigueur (Huberman & Miles, 1994).

Tout d'abord, j'ai rassemblé et classé cinq types de documents. Chaque *verbatim* rendant compte de nos rencontres a été identifié selon son rang et la date de la séance, paginé, puis

formaté pour créer une marge permettant d'inscrire des codes, des notes ou des questions. Par ailleurs, mon journal de bord (paginé et ordonné chronologiquement), les comptes-rendus résumant nos rencontres, les fiches numérotées accompagnant chaque photo ainsi qu'une représentation de l'affiche (voir la Figure 3 au chapitre suivant, page 158) ont été organisés de manière à ce qu'ils soient rapidement accessibles pour consultation.

En cours d'analyse, une variété de mémos ont été rédigés et identifiés selon leur fonction et par ordre chronologique pour permettre un suivi du développement des analyses. À l'instar des propos de Huberman et Miles (1991), de Strauss et Corbin (1990) et de Laperrière (1998), et vu les possibilités du logiciel de traitement de données utilisé, j'ai produit des mémos descriptifs afin de rendre compte des codes et des catégories créés ; des mémos interprétatifs pour développer mes idées et le sens des concepts émergents ; et des mémos méthodologiques permettant de garder une trace écrite des procédures élaborées au fil des analyses¹.

Les mémos descriptifs sont de quatre ordres :

- 1) Une liste des codes attribués aux *verbatim*, ordonnée alphabétiquement et chronologiquement² (annexe 13 : Liste des codes) ;
- 2) Un lexique des codes organisé par ordre alphabétique où chaque définition peut comporter différentes entrées constituées au fil des analyses (annexe 14 : Exemple tiré du lexique des codes) ;
- 3) Une liste alphabétique des codes où chaque code comporte une indication du nombre de *verbatim* correspondant, suivi d'une liste des *verbatim* rattachés à ce code. Pour chaque *verbatim*, il y a également indication du texte et du segment de texte numéroté dont il provient, des codes supplémentaires assignés en totalité ou en partie à ce *verbatim* et des mémos interprétatifs rattachés au *verbatim* en question (annexe 15 : Exemple tiré de la liste alphabétique des codes et *verbatim* assortis) ;
- 4) Une liste alphabétique des catégories où chaque catégorie est identifiée par son nom ainsi que la liste des codes qu'elle représente. S'ensuit la définition attribuée à la catégorie, laquelle peut comporter plusieurs entrées organisées par ordre chronologique, selon les ajouts effectués au fil des analyses. Puis, tous les *verbatim* rattachés à cette catégorie sont présentés, où chacun est identifié par le numéro de son texte d'origine, les codes qui y sont rattachés et les mémos correspondants (nom du mémo, type de

¹ À noter que Glaser (1992) ne trouve pas nécessaire cette façon de différencier les mémos dont chacun peut tout aussi bien inclure tant des éléments descriptifs, interprétatifs que méthodologiques.

² Pour tous les mémos, la chronologie est systématiquement signalée par la date et l'heure de production de l'élément en question.

mémo, contenu du mémo qui peut comporter plus d'une entrée où chacune est identifiée chronologiquement) (annexe 16 : Exemple tiré de la liste des catégories).

Mis à part le fait que les mémos descriptifs requièrent tout de même un certain degré d'interprétation pour leur formulation, il y a également deux ordres de mémos interprétatifs à proprement parler :

- 1) Les mémos-commentaires qui renvoient à des idées générées durant les processus de codification et de catégorisation, où chacun est désigné par le titre que je lui ai attribué. De plus, chaque commentaire comporte une indication du nombre ainsi qu'une identification du ou des *verbatim* qui lui sont rattachés et, en l'occurrence, des codes et des autres mémos attribués à ces *verbatim*. Un mémo-commentaire peut contenir plusieurs entrées, organisées selon mes ajouts au fil des analyses (annexe 17 : Exemple de commentaires) ;
- 2) Les mémos théoriques qui renvoient à la conceptualisation et à la mise en relation des catégories, ainsi qu'au développement d'une synthèse de l'ensemble des données (annexe 18 : Exemple de mémo théorique).

Enfin, des mémos méthodologiques sont inclus dans ce que j'ai nommé mon « Journal de bord des analyses ». Celui-ci énumère plus spécifiquement le détail de mes analyses durant les phases de préparation des données, de codification et de catégorisation. Pour assurer un suivi méthodique de cette phase cruciale de traitement des données, ce journal s'est avéré très utile compte tenu de l'ensemble des manipulations nécessaires (annexe 19 : Extrait du journal de bord méthodologique).

La rédaction de mémos constitue donc un aspect essentiel et continu de l'analyse des données qualitatives. C'est à travers ce médium que j'ai pu organiser et valider les résultats de mes analyses et interprétations, stimuler ma réflexion et ma créativité, puis concevoir un modèle sur le phénomène de la vulnérabilité au VIH. Ces mémos ont été rédigés à tout moment opportun ; et vers la fin, lorsque le besoin s'est fait sentir, ils incluent une diversité de diagrammes pour aider au développement de mes idées.

LES PROCÉDURES DE L'ANALYSE A POSTERIORI

L'analyse a procédé selon les propositions de Lincoln et Guba (1985), elles-mêmes inspirées de la méthode de comparaison constante explicitée par Glaser et Strauss en 1967, puis Glaser en 1978. Cette démarche représente essentiellement la première phase de

codification (*open coding*) de la technique de théorisation ancrée¹. Il s'agit d'une procédure permettant de constituer et de relier entre eux des thèmes ou concepts afin de construire une synthèse des idées issues de notre groupe.

Par ailleurs, mes analyses ont été appuyées par le logiciel de traitement de données ATLAS/ti, développé en partie selon la logique générale de l'approche de théorisation ancrée (Muhr, 1997). Ce logiciel favorise une certaine proximité avec les données tout en permettant d'organiser les processus de codification et de rédaction de mémos ainsi que l'analyse subséquente du contenu des mémos (Weitzman & Miles, 1995). J'ai tout de même procédé manuellement à certaines phases de l'analyse pour me rapprocher davantage des données, l'outil informatique ayant principalement servi à générer les listes et les mémos utiles à la poursuite de ma réflexion. De plus, même si ATLAS/ti permet de construire des diagrammes, j'ai préféré faire les croquis moi-même, la taille maniable de ma base de données me permettant de vérifier manuellement les liens proposés. Il est certain que je n'ai pas tiré profit de l'ensemble des possibilités qu'offre ATLAS/ti ; j'ai plutôt eu recours au logiciel pour fins d'organisation de mes analyses.

Les analyses ont suivi les étapes suivantes :

- 1) Dans un premier temps, l'ensemble des *verbatim* a fait l'objet d'une relecture intégrale pour dégager un sens général des propos et amorcer la rédaction de mémos interprétatifs (cf les commentaires) permettant une première organisation de mes idées.
- 2) Le texte des *verbatim* a ensuite été formaté en fonction des exigences du logiciel ATLAS/ti et un système de fichiers a été créé pour sauvegarder l'ensemble des documents produits en cours de traitement informatique des données.
- 3) Les textes ont été segmentés en unités de sens puis codés. Chaque segment de texte comporte ainsi une idée intelligible ou un épisode distinct en soi et s'est vu attribuer un code identifiant le phénomène en question (Tesch, 1990). À noter que plusieurs codes peuvent être assignés à un seul segment de texte, ou à un sous-segment de texte, ce qui fait qu'il y a des recoupements possibles entre les codes. Ceci dit, un code ne sert pas à décrire le détail de ce que contient un segment. Il évoque plutôt l'élément, l'objet ou l'idée auquel réfère le segment.

¹ À noter que la méthode de comparaison constante est utilisée ici pour fins d'interprétation des données et non en tant qu'outil analytique pour développer une théorie selon un schème particulier. Ainsi, je suis davantage les propositions de Glaser (1978, 1992) que celles de Strauss et Corbin (1990). Ces derniers proposent une certaine reformulation de l'approche de théorisation ancrée qui s'avère un peu plus rigide que celle initialement explicitée par Glaser et Strauss en 1967. En revanche, l'approche de Strauss et Corbin a l'avantage d'offrir des directives très claires, ce qui explique sa grande popularité.

Le processus de segmentation-codification a été effectué à travers différentes lectures des *verbatim* (Coffey & Atkinson, 1996), ce qui a permis d'interroger les textes, d'explorer les propos selon des angles divers, de transcender les données, et ainsi d'éveiller une certaine sensibilité conceptuelle (Glaser, 1978 ; Strauss & Corbin, 1990). Les grilles de lecture suivantes ont guidé le processus de segmentation-codification :

- Lecture selon le contenu : il s'agit de relever et de nommer les idées formulées par les participantes.
- Lecture selon la forme des propos : il est question ici de la manière dont les participantes expriment et organisent leurs idées, comme par exemple l'emploi de terminologies particulières, le recours à des métaphores, ainsi que les patterns selon lesquels sont organisés les propos et qui rendent compte de perceptions et d'expériences vécues propres à un groupe donné. Il ne s'agit pas d'examiner le langage en tant que miroir culturel mais d'y reconnaître des structures sous-jacentes afin de mettre en perspective les propos des participantes. Par exemple, la manière dont elles structurent leurs propos autour du mot « vulnérabilité » donne une indication du sens qu'elles attribuent à ce phénomène.
- Lecture selon la fonction des propos : l'impact ou l'effet escompté d'une histoire racontée aide également à saisir le sens des propos. Il s'agit, en quelque sorte, de discerner l'intention sous-tendant l'expression des idées, comme par exemple la volonté de dénoncer le contexte de vie des travailleuses du sexe ou de nommer la peur de ces femmes.
- Lecture selon les voix représentées à travers les propos : il s'agit d'identifier les voix qui s'expriment à travers les propos. Dans notre cas particulier, ce sont surtout les voix de personnes dominées et marginalisées qui se sont fait entendre.

La segmentation-codification constitue ce que Tesch (1990) nomme une phase de « décontextualisation » où des codes sont attribués à des segments de texte en fonction de diverses grilles de lecture, ce qui permet alors de discerner les multiples sens d'un texte. Dans cet exercice, les codes ont généralement été formulés à partir des mots utilisés par les participantes (codes *in vivo*) mais certains relèvent de ma compréhension des choses et quelques-uns sont issus de terminologies proposées dans la littérature. D'où l'importance de développer le lexique des codes durant cette étape. Aussi, quoique préliminaires, quelques mémos à caractère interprétatif ont commencé à prendre forme à ce stade, laissant ainsi entrevoir des liens entre certains codes en vue de l'élaboration ultérieure de catégories conceptuelles.

Au terme de cette étape, je me suis retrouvée devant un lexique de quatre-vingt-six codes. J'ai noté une certaine redondance et l'absence de nouveaux éléments à partir de la fin du troisième *verbatim*. Ceci a permis de donner un sens de complétion au processus, d'autant plus que ma démarche comportait plusieurs boucles de retour sur les textes déjà codés afin d'assurer une certaine cohérence à la progression de mon travail. Fait à signaler, cette partie de l'exercice a d'abord été complétée manuellement pour demeurer au cœur des données, puis à l'aide du logiciel afin de générer les mémos descriptifs et interprétatifs en élaboration.

- 4) Avant de procéder à l'étape de catégorisation subséquente, j'ai entrepris de vérifier l'adéquation de ma démarche de segmentation-codification :
 - Dans un premier temps, la relecture que m'a demandée le passage de la codification manuelle à la codification informatisée de chaque *verbatim* a permis d'effectuer un retour sur mes décisions et d'apporter quelques modifications à la configuration d'idées émergentes.
 - Dans un deuxième temps, j'ai imprimé la liste des codes et des segments de *verbatim* correspondants pour m'assurer de l'adéquation de l'appariement. Grâce à cette vérification, j'ai modifié six paires de « code-segment de texte » en termes d'ajouts ou d'annulation de lien. La lecture de tous les segments de texte réunis selon leur code d'appartenance a également permis de raffiner les définitions inscrites au lexique de codes et de repérer des liens et des zones de rapprochement entre les codes.
 - Enfin, j'ai effectué un exercice sommaire de double codage intra-codeur (Van der Maren, 1995). Pour (re)vérifier la stabilité et la cohérence de ma démarche, j'ai procédé au codage manuel de copies vierges des trois premiers *verbatim* puis comparé visuellement ces derniers avec mes documents déjà codés. À l'exception d'un petit ajustement (ajout d'un segment de texte à un code existant), je n'ai pas trouvé de discordances majeures.
- 5) Pour compléter ma base de données codée, j'ai ajouté aux codes désignés des segments de textes provenant de mon journal de bord, des comptes-rendus de nos rencontres et des fiches associées aux photos. Par ailleurs, une relecture de ces documents n'a pas conduit à la formulation de nouveaux codes mais elle a tout de même permis de raffiner certaines définitions attribuées aux codes.
- 6) Les codes référant à un même phénomène ou pattern sous-jacent ont ensuite été regroupés en catégories par voie de comparaison constante. Il s'agit de considérer un

code à la fois et de déterminer, sur une base comparative, à quelle famille (ou familles) de codes similaires il appartient pour constituer une catégorie, et ses sous-catégories si nécessaire. J'ai choisi, encore une fois, de procéder manuellement au départ. Pour ce faire, j'ai découpé une copie de mon lexique de codes et assigné chaque code, accompagné de sa définition, à une fiche puis, j'ai manipulé les fiches pour regrouper les codes en catégories. Après plusieurs manipulations et cycles de retour sur les données, j'ai obtenu huit catégories et vingt-deux sous-catégories reflétant un niveau conceptuel d'ordre supérieur à celui des codes. Satisfaite de cette première réorganisation en catégories, j'ai procédé au traitement des données avec ATLAS/ti pour faciliter la gestion de toutes ces informations.

Ce traitement a notamment permis de procéder à la mise en commun de tous les segments de texte qui se rattachent à chaque catégorie ou sous-catégorie. Il est question ici de ce que Tesch (1990) nomme l'étape de la « recontextualisation » des données où ces dernières sont réorganisées et regroupées en fonction de leurs significations. Il s'agit alors d'effectuer une nouvelle lecture afin de s'assurer de l'adéquation des regroupements et de valider les catégories, ou encore pour déceler l'existence de contradictions pouvant nécessiter un retour sur le processus de catégorisation, voire même de codification dans certains cas. Chaque catégorie doit donc être constituée de codes et de *verbatim* qui renvoient aux dimensions de la même idée générale. En ce qui me concerne, cet exercice de recontextualisation a donné lieu à quelques ajustements, où certains codes ont été ajoutés à des catégories pour apporter des nuances supplémentaires. Encore ici, l'appellation des catégories relève principalement des propos des participantes, quoique les expressions privilégiées visent à dénoter une richesse conceptuelle et un plus grand pouvoir évocateur que les codes.

Tout au long de cette étape de catégorisation, la rédaction de mémos descriptifs a donné lieu à l'élaboration et au raffinement de la liste de catégories. Par ailleurs, la rédaction de mémos interprétatifs théoriques s'est avérée un outil essentiel pour réfléchir au sens et au contenu des diverses catégories en développement et pour établir des liens entre les catégories. À cette étape, un effort particulier a été déployé pour élaborer des mémos concis pour chaque catégorie et sous-catégorie en incluant des extraits de *verbatim* permettant d'illustrer mes propos. À la fin, ces mémos ont servi de base à l'explicitation des composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, lesquelles sont présentées au chapitre suivant.

- 7) Parallèlement, j'ai considéré les soixante-six segments de texte où il était question de la notion de vulnérabilité pour qualifier davantage ce phénomène. Au-delà de la question du contenu, j'ai examiné attentivement la manière dont nous avons parlé de la vulnérabilité en termes de forme et de fonction des propos ainsi que des voix représentées. Puis, j'ai rédigé des mémos théoriques pour clarifier ma construction de la signification émergeant de cet exercice interprétatif (annexe 20 : Exemple de mémo théorique sur la notion de vulnérabilité). C'est à ce moment là que j'ai entrevu la possibilité d'organiser les données et mon interprétation de celles-ci en fonction des quatre pôles du modèle conceptuel paradigmatique sous-tendant l'organisation de ma pensée dans le cadre de cette thèse. Dès lors, j'ai commencé à modéliser mon interprétation et ma compréhension de l'expérience de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH en fonction de ces quatre dimensions, ce qui, en retour, a permis de raffiner l'écriture des mémos théoriques.
- 8) Les différentes catégories et les mémos s'y rattachant ont ensuite été considérés en vue de déceler des regroupements ou des interrelations entre les catégories afin de constituer des thèmes (ou méta-catégories). Il s'agit, encore ici, d'une application de la méthode de comparaison constante : les catégories ont été organisées et regroupées en fonction de liens pouvant être établis entre elles et de leurs similitudes et différences pour constituer des thèmes. Ce travail a été effectué manuellement, à l'aide de fiches comprenant chacune la définition et le détail du contenu d'une catégorie (ou sous-catégorie) et attachées à leurs mémos interprétatifs respectifs. En fin de compte, à la lumière de mes interprétations et de mon analyse des propos entourant plus spécifiquement la notion de vulnérabilité, j'ai délimité quatre thèmes inter-reliés rappelant les quatre pôles du modèle conceptuel autour duquel s'organisent les propos et la réflexion de cette thèse. Ces thèmes, ainsi que les catégories, sous-catégories et codes correspondants sont présentés à l'annexe 21.

La poursuite de la rédaction de mémos théoriques a permis de développer la signification de ces thèmes, d'intégrer les catégories et sous-catégories associées de manière cohérente pour chaque thème et d'effectuer un retour sur les *verbatim* pour vérifier que mes constructions demeuraient ancrées dans les données initiales. Par ailleurs, au fil de mes écritures, j'ai poursuivi la modélisation de mes interprétations sous forme de diagrammes pour tirer profit de la richesse de sens pouvant être dégagée de différentes formes de représentations (Coffey & Atkinson, 1996). En effet, chaque reconstruction, représentation ou modèle aide à réfléchir autrement, à entrevoir de nouveaux sens et à poser de nouvelles questions qui pourraient s'avérer utiles de

poursuivre (Adam, 1999). En revanche, étant donné le peu d'expérience des co-rechercheuses à travailler avec des diagrammes et modèles graphiques, je n'ai retenu que le modèle que je considérais le plus accessible et porteur de sens (Tierney, 1995) pour la représentation du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.

L'écriture de ce récit fait évidemment en sorte que le processus d'analyse apparaît linéaire. Dans les faits, il plutôt a été composé de multiples cycles de retour sur les étapes précédentes dans l'optique de clarifier et de mettre en perspective les idées émergentes. Par ailleurs, quoiqu'il ait été spécifié que ces analyses procédaient de documents générés dans le cadre de notre projet, il importe tout de même de signaler que ma propre expérience chez Stella depuis 1994, ainsi que mes observations et mes conversations informelles à titre de participante à la vie de l'organisation, ont inévitablement exercé une influence sur le parcours de ma construction de sens à travers ces analyses. En fait, ma connaissance de Stella et ma participation active dans la réciprocité et la réflexivité a maintes fois été utile pour situer les propos en contexte (Cole, 1991).

Pour clore mon explicitation des procédures d'analyse, il m'incombe de traiter de la question du recours à la littérature, scientifique ou autre, et de spécifier l'usage que j'en ai fait durant le processus d'analyse de données.

LE RECOURS À LA LITTÉRATURE

En substance, les tenants de la théorisation ancrée, dont je me suis partiellement inspirée, suggèrent de demeurer sélectif quant au type de littérature consultée avant et pendant l'analyse de données (Glaser 1978, 1992 ; Glaser & Strauss, 1967 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Il conseillent, notamment, d'exclure à ce stade la lecture d'écrits traitant du même sujet que celui sur lequel porte notre analyse pour ne pas subir l'influence de conceptualisations existantes qui pourraient, semble-t-il, restreindre notre capacité de générer de nouvelles idées. En revanche, toujours selon ces mêmes auteurs, il s'avérerait tout à fait pertinent de consulter la littérature n'étant pas directement reliée à notre sujet d'analyse pour aiguïser notre « sensibilité théorique » (Glaser, 1978 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Ce n'est que vers la fin de la phase d'analyse, une fois les concepts bien étoffés, qu'il serait alors envisageable, voire même nécessaire, de consulter les écrits portant sur le même sujet que le nôtre afin de situer nos idées par rapport aux discours contemporains, démontrer nos contributions particulières et mettre en perspective les connaissances actuelles.

Cependant, cette utilisation différenciée de la littérature selon le stade d'avancement de nos travaux d'analyse peut s'avérer quelque peu artificielle lorsqu'on a déjà une certaine connaissance de la littérature reliée à notre question de recherche. C'est ainsi que je me suis plutôt inspirée des conseils de Coffey et Atkinson (1996). Ces derniers suggèrent de poursuivre nos lectures, quel qu'en soit le contenu, tout au long du processus d'analyse de données. Cette approche aide à concevoir autrement les textes analysés, à poser des questions pour stimuler la poursuite des analyses, à générer des idées supplémentaires pour la codification et la catégorisation des données et à ouvrir des nouvelles voies d'interprétation.

Dans les faits, tant à la phase de préparation du projet de recherche qu'au cours de sa mise en œuvre et de l'analyse *a posteriori*, j'ai donc consulté une diversité d'écrits à caractère scientifique, historique, biographique et populaire traitant de la vie de travailleuses du sexe et de questions relatives à la problématique du VIH pour aiguiser mes capacités interprétatives. Par ailleurs, au terme de mes analyses, et à l'instar des propos des tenants de la technique de théorisation ancrée, j'ai procédé à une analyse d'écrits ayant trait à la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH pour fins de validation.

Pour ce faire, j'ai eu recours aux résultats de ma recherche bibliographique décrite à la fin du chapitre précédent d'où j'ai notamment extrait tous les écrits portant sur la question du risque d'acquisition ou de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. De plus, à travers l'étude de ces diverses publications, j'ai pu identifier d'autres écrits pertinents n'ayant pas été relevés lors de ma recherche informatisée. Ainsi, au terme des analyses effectuées *a posteriori*, j'ai procédé à l'examen de plus de cinquante articles, chapitres de monographies ou livres portant sur des questions relatives à la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH. Une fois tous les documents disponibles, je les ai numérotés. Ensuite, pour chaque texte retenu, j'ai relevé les items en lien avec l'acquisition du VIH. Au fil de mes lectures, j'ai organisé ces idées selon les catégories délimitées par les analyses effectuées à date. Ainsi, chaque item relevé et le numéro du document correspondant ont été transcrits manuellement sur des fiches identifiées par catégorie (24 fiches)¹. Par la suite, j'ai comparé le contenu de ces fiches avec les résultats de nos analyses conjointes et de mes analyses *a posteriori*. Cette comparaison qualitative a permis de se prononcer sur la crédibilité des résultats obtenus ainsi que sur celle du modèle construit pour représenter le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.

¹ Il s'agit de 22 fiches représentant les 22 sous-catégories présentées à l'annexe 21 (organisées, par ailleurs, en 8 catégories, puis en 4 thèmes), d'une 23^e fiche référant aux quatre niveaux de vulnérabilité identifiés lors de notre première analyse conjointe et d'une 24^e comportant des éléments non relevés lors de notre analyse conjointe ou de mes analyses *a posteriori*.

Pour compléter ma description du processus d'analyse mené *a posteriori*, je présente maintenant le parcours suivi pour davantage mettre en perspective les résultats issus de nos analyses et pour poursuivre une théorisation sur le phénomène de la vulnérabilité en soi. Il s'agit de ce que j'ai désigné ici comme étant les contours de ma démarche de théorisation.

LES CONTOURS DE LA DÉMARCHE DE THÉORISATION

Suite à la formulation, à travers mes analyse *a posteriori* d'un modèle portant sur le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, j'ai tenu à mettre ce modèle en perspective à la lumière d'une diversité d'écrits pour déterminer dans quelle mesure il demeurerait crédible et pouvait être transférable. Par ailleurs, une fois sa pertinence établie, j'ai consulté la littérature afin de reformuler ce modèle de manière à ce qu'il puisse enrichir nos connaissances et notre pratique lorsqu'il y a vulnérabilité en santé publique, qu'importe la problématique en question.

Dans un premier temps, j'ai consulté des écrits empiriques portant sur la question de la vulnérabilité au VIH parmi des groupes d'individus autres que les travailleuses du sexe, ainsi que des écrits portant sur le thème de la vulnérabilité dans d'autres contextes que celui du VIH. Dans les deux cas, j'ai effectué une recherche informatisée sur les bases de données suivantes, pour la période débutant en 1990 : *CINAHL, FRANCIS, MEDLINE, PsycInfo, Repère, Social Sciences Index et Sociological Abstracts*. De plus, j'ai eu accès à des documents produits ou distribués par des agences gouvernementales et j'ai complété mon examen des écrits à l'aide de références pertinentes que suggéraient mes lectures.

En ce qui concerne la question de la vulnérabilité au VIH parmi des groupes d'individus autres que les travailleuses du sexe, j'ai également consulté la base de données informatisée *AIDSLINE*. Puis, j'ai produit un résumé (cf annexe 22) rendant compte des principaux facteurs de vulnérabilité recensés pour les groupes suivants, retenus soit pour leur pertinence à titre de comparaison avec le groupe des travailleuses du sexe, soit parce qu'ils figurent parmi ceux les plus souvent mentionnés : les travailleurs du sexe masculins, les femmes en général, les usagers de drogues par injection, les personnes transsexuelles et travesties, les jeunes de la rue, les minorités ethniques et les peuples autochtones, les hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes et la population générale. En ce qui concerne le traitement du thème de la vulnérabilité dans d'autres contextes que celui du VIH, j'ai plutôt cherché à identifier les circonstances dans lesquelles il est généralement question de vulnérabilité, la manière dont on qualifie ce phénomène vécu, ainsi que les actions proposées pour transiger avec un état de vulnérabilité. Au terme de chacune des recensions, j'ai examiné les résultats obtenus à la lumière des résultats issus

de mes analyses et modélisations précédentes afin de distinguer dans quelle mesure il y avait concordance.

Dans un deuxième temps, j'ai poursuivi ma recherche pour identifier des textes traitant de conceptualisations théoriques de la notion de vulnérabilité. Tel que j'en ferai part au septième chapitre, quoique les problématiques considérées et les cadres de référence disciplinaires sont variés, les écrits sont peu nombreux. Toutefois, il y avait suffisamment d'informations pour être en mesure de déterminer si les élaborations conceptuelles existantes réfèrent ou non à celles inhérentes à mon modèle.

Une fois la mise en perspective de mon modèle complétée, j'ai consulté des textes de référence et des écrits critiques ou théoriques afin d'élaborer les principaux éléments conceptuels inscrits dans ce modèle et ainsi offrir une re-formulation porteuse de sens pour le développement de nos connaissances et capacités d'action en santé publique.

Somme toute, une diversité d'écrits ainsi que mon analyse de ceux-ci ont contribué au processus de construction et de conception du phénomène de la vulnérabilité. En outre, ils ont permis d'élaborer quelques pistes intéressantes pour l'explication, la compréhension, l'interprétation et l'action auprès de populations vulnérables en santé publique. Dans les pages qui suivent, je propose de prendre connaissance des critères retenus pour évaluer la qualité de ma démarche de recherche.

LA QUESTION DE LA QUALITÉ

Tel que mentionné dans l'introduction de cette thèse, les critères à partir desquels évaluer la qualité d'une recherche procèdent du paradigme dans lequel est ancré le projet et, par extension, de l'idéologie de la chercheuse (Leininger, 1992 ; Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988 ; Reason & Rowan, 1981b). Or, ce projet n'étant pas formulé selon les axiomes du paradigme post-positiviste dominant, il appert qu'une vision différente de celle traditionnellement entretenue en regard des critères de qualité s'impose. En effet, la détermination de ce qui s'avère significatif comme résultat ou impact d'une recherche varie d'un paradigme à l'autre, tant au niveau de la terminologie utilisée que des finalités poursuivies.

En premier lieu, je tiens à souligner une première nuance qu'inspire mon orientation paradigmatique : le terme de « qualité » est privilégié ici au lieu de celui de « rigueur ». Pour cause, ce dernier fait plutôt référence aux notions de précision et d'exactitude (De

Villers, 1997) qui, en retour, sont difficilement transposables au traitement « holiste » de phénomènes complexes. À cet effet, le principe de Heisenberg évoque un parallèle intéressant. Dérivé de la mécanique quantique, ce principe suggère qu'un degré élevé de précision et d'exactitude dans la détermination d'une dimension d'un phénomène donné réduit grandement notre habileté à saisir ses autres dimensions. En conséquence, la pertinence, voire la validité de propositions émergentes, ne peut qu'être sérieusement remise en question – puisqu'elles risquent de n'être que partielles. De cette manière, la notion de rigueur s'avère peu appropriée pour déterminer la valeur d'une recherche qualitative. Dans la même veine, Sandelowski (1993) suggère que la notion de rigueur est trop rigide et inflexible tandis que la quête de qualité est plus fidèle à l'esprit plus « inclusif » de la recherche qualitative.

Outre cette première distinction, il importe de noter qu'il existe une multiplicité de critères pour juger de la qualité d'une recherche qualitative (Creswell, 1998) et qu'il n'y a pas de consensus établi quant à leur nature, leur fonction et leur appellation (Mucchielli, 1996). Cependant, loin de constituer une lacune, cette multiplicité témoigne plutôt de la richesse, la diversité et l'adaptabilité de l'approche qualitative. Ceci étant, les divers critères proposés peuvent tout de même être regroupés en deux classes : ceux d'ordre épistémique et ceux d'ordre pratique (Creswell, 1998 ; Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1996 ; Schwandt, 1997 ; Stake, 1995). Évidemment, cette distinction peut s'avérer quelque peu artificielle, l'*episteme* servant de base pour orienter la pratique et la pratique alimentant le développement des connaissances. Toutefois, cette différenciation s'avère utile pour organiser et clarifier mes propos.

Les critères d'ordre épistémique renvoient aux normes à partir desquelles un jugement peut être porté sur la légitimité, la validité et la crédibilité des savoirs produits. Ces critères font l'objet de la majeure partie des discussions lorsqu'il est question d'évaluer la qualité de travaux de recherche et s'apparentent généralement à des critères scientifiques conventionnels (Kirk & Miller, 1986 ; Laperrière, 1993, 1997b ; Lessard-Hébert et al., 1996 ; Lincoln & Guba, 1985). En l'occurrence, ils traitent de questions méthodologiques liées à la collecte, l'analyse, l'interprétation et la représentation des données et ils permettent d'émettre un jugement sur l'organisation et la mise en œuvre¹ du projet de recherche ainsi que sur la capacité des connaissances générées de tenir face aux assauts d'hypothèses rivales (Kvale, 1995).

¹ Kvale (1995) fait référence au *quality of craftsmanship*, une terminologie difficile à traduire en français étant donné le sens péjoratif attribué à la notion de bricolage et le statut rudimentaire généralement attribué au travail de l'artisan. En anglais, toutefois, le *craftmanship* renvoie à des caractéristiques relevant de l'expertise et de l'ingéniosité.

Les critères d'ordre pratique, quant à eux, permettent d'élargir le champ d'évaluation de la qualité d'une recherche pour juger de la capacité d'un projet d'atteindre les finalités poursuivies (Creswell, 1998). Ces critères, évoluant sous l'influence d'une vision post-moderne, renvoient aux conséquences pratiques et politiques de la recherche ainsi qu'à des aspects moraux et éthiques d'ordre relationnel (Heron, 1996 ; Kvale, 1995 ; Lincoln, 1995 ; Reason, 1988 ; Reason & Rowan, 1981b). Étant donné l'orientation pragmatiste et constructiviste privilégiée ici et la volonté de concevoir et de s'engager dans la transformation des pratiques, cette famille de critères s'avère essentielle pour se prononcer sur la valeur de notre démarche.

Afin de tenir compte des deux classes distinctes de critères de qualité présentées ci-dessus, et par souci d'aligner ma pratique avec mon orientation paradigmatique, les critères épistémiques de crédibilité et les critères pratiques d'authenticité formulés par Guba et Lincoln (1989) ont servi de base à l'évaluation de la qualité de cette démarche de recherche participative. Ces critères ont le mérite d'intégrer une variété de standards reposant sur une vision constructiviste et d'être accompagnés de suggestions de procédures permettant d'évaluer leur adéquation (Creswell, 1998).

LES CRITÈRES ÉPISTÉMIQUES DE CRÉDIBILITÉ

Ces critères, au nombre de quatre, ont initialement été proposés par Guba (1981), puis Guba et Lincoln (Guba & Lincoln, 1982 ; Lincoln & Guba, 1985), sous le terme de *trustworthiness criteria*. Bien que développés pour établir la valeur de travaux de recherche de nature interprétative, ils n'en demeurent pas moins parallèles aux critères de rigueur conventionnels. En substance, il s'agit de persuader les lecteurs et les usagers de la recherche que le projet, tel que mené, est raisonnable et digne de leur confiance et qu'il produit des résultats valides (Lincoln & Guba, 1985). Il est question, en particulier, des critères de crédibilité, de transférabilité, d'imputabilité procédurale et de confirmation.

LE CRITÈRE DE CRÉDIBILITÉ

Le critère de crédibilité, parallèle au critère de validité interne, réfère au degré de concordance et d'isomorphisme établi entre le produit issu du processus de construction de connaissances et les multiples réalités des participants et des personnes ayant une expérience de vie similaire. En fait, la signification émergente doit être pertinente et vraisemblable pour les personnes concernées. Les termes apparentés ayant cours dans la littérature renvoient notamment à l'acceptation interne (Mucchielli, 1996), la validité de concordance (Van Der Maren, 1995), la validité de signifiante (Pourtois & Desmet, 1988), la vraisemblance (Hall & Stevens, 1991), la cohérence (Heron, 1988) et au *fit* proposé par Glaser et Strauss (1967).

Les techniques mises en œuvre pour assurer une certaine crédibilité aux résultats issus de notre projet font partie intégrante de la démarche de recherche participative. Ma connaissance du milieu et ma présence prolongée sur le terrain, l'attention accordée à la phase préparatoire du projet ainsi que mon rôle d'observatrice participante m'ont permis d'établir des liens de confiance avec les co-chercheuses et de comprendre davantage leur culture et leur contexte de vie afin de mieux les soutenir pendant nos discussions-réflexions et ainsi mieux ancrer les analyses dans leur monde vécu. Par ailleurs, le processus participatif constitué de démarches de négociation et de validation continues auprès des co-chercheuses a contribué à l'élaboration d'une co-construction reflétant les diverses réalités perçues et vécues des participantes ainsi que leurs perspectives particulières. De cette façon, la qualité de « vérité » émanant du projet est donc établie, en partie, par l'ensemble des participantes (Sandelowski, 1986). Il ne s'agit pas pour autant d'idéaliser le processus de validation par les membres. Le consensus apparemment obtenu peut masquer des luttes de pouvoir où certaines réalités auront alors priorité sur d'autres (Sandelowski, 1993), limitant ainsi le potentiel de crédibilité. Une attention particulière a donc été portée sur le degré de satisfaction des co-chercheuses concernant la capacité de notre modèle conjoint à représenter les thèmes jugés pertinents en regard de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, à traduire les connaissances acquises et à identifier des points d'ancrage pour l'action en prévention du VIH chez Stella. Enfin, le recours à la littérature a également contribué à évaluer la crédibilité des résultats portant sur la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.

LE CRITÈRE DE TRANSFÉRABILITÉ

Le critère de transférabilité, parallèle au critère de validité externe, concerne la généralisation des résultats d'une recherche à d'autres contextes culturels, sociaux, temporels et spatiaux possédant des caractéristiques similaires.

Or, même s'il est essentiellement question d'extrapolation de connaissances produites à une situation comparable, la notion de généralisation prend différents sens selon le paradigme dans lequel on se situe. Au sens habituel du terme, la généralisation est de nature quantitative et statistique, ce qui signifie que l'on peut extrapoler, en termes probabilistes, les conclusions obtenues à partir d'un échantillon constitué aléatoirement à une population semblable mais plus vaste (Last, 1988). Cependant, cette vision des choses n'est habituellement pas pertinente dans le cadre de la recherche qualitative. Il importe donc de caractériser autrement la généralisation. Lorsqu'il est spécifiquement question de recherche

qualitative, Schwandt (1997) résume la généralisation à trois orientations : analytique, expérientielle¹ ou praxique.

La généralisation analytique réfère à un processus de raisonnement logique où les résultats issus d'une étude² servent à tester, raffiner ou modifier une théorie, un modèle ou un concept donné ; ou encore à prévoir des événements dans un contexte semblable (Kvale, 1995 ; Yin, 1994). Ces objectifs n'étant pas de l'ordre de ceux poursuivis par notre projet participatif ni par mon analyse *a posteriori*, ce critère n'a pas été retenu pour porter un jugement sur la qualité des démarches encourues ici. En revanche, les formes dites expérientielle et praxique de généralisation s'avèrent appropriées, notamment parce qu'elles situent les usagers de connaissances au cœur du processus de généralisation et tiennent compte des caractéristiques dialogiques et transformatrices de mon cadre paradigmatique. Ainsi, contrairement aux formes statistique et analytique de généralisation où il importe que ce soient principalement les chercheurs qui fassent la preuve de la solidité de leurs inférences et extrapolations, la responsabilité de généralisation devient partagée avec les usagers et lecteurs d'un projet de recherche qui intègrent les connaissances construites dans leur monde vécu.

La généralisation expérientielle, développée par Stake (1994, 1995) et déjà notée dans les écrits de Glaser et Strauss en 1967, se rapporte directement à la qualité de transférabilité proposée par Lincoln et Guba (1985) et privilégiée ici. Elle réfère au processus selon lequel la généralisation prend forme à travers l'expérience que procure la rencontre avec un texte³ rapportant les résultats d'un projet de recherche. D'où l'importance non pas pour le chercheur de produire un indice de transférabilité mais de fournir aux usagers de la recherche une base sur laquelle ils peuvent évaluer la possibilité d'effectuer un transfert de résultats à leur situation. Il importe donc d'offrir une description riche, détaillée et intelligible⁴ du projet et du contexte dans lequel il a évolué ainsi que des divers ordres de résultats afin que les lecteurs, usagers et participants puissent apprécier les propositions émergentes et comprendre le phénomène traité. Une telle description exhaustive permet alors aux lecteurs de comparer le récit d'un projet avec des situations de vie familière et de procéder au transfert de nouvelles connaissances, inévitablement co-construites à travers leur expérience du texte, à d'autres circonstances et selon leurs besoins. La tenue d'un journal de bord consignait les observations effectuées en cours de projet, la description du

¹ Traduction proposée ici pour le terme *naturalistic generalisation*.

² Il s'agit, en général, d'une étude de cas.

³ Le texte est considéré ici dans un sens élargi : il peut être sous forme de mots écrits, de représentation graphique, de mise en scène ou de dialogue animé.

⁴ Je fais référence ici au concept de *thick description* proposé par Geertz (1973).

contexte dans lequel a évolué cette étude ainsi que le compte-rendu que je fais ici du projet ont servi à répondre à l'ambition de transférabilité des connaissances produites.

Enfin, la généralisation pratique réfère au développement de connaissances qui renforcent notre capacité d'agir et de transformer notre monde vécu. Ce dernier critère est en quelque sorte un prolongement du critère de transférabilité retenu ici et nous mène au-delà de la production et de l'acquisition de connaissances d'ordre propositionnelles vers l'action. Les critères d'authenticité abordés plus loin se situent tout particulièrement dans le cadre de la généralisation pratique.

LE CRITÈRE D'IMPUTABILITÉ PROCÉDURALE

Le critère d'imputabilité procédurale, parallèle au critère traditionnel de fiabilité (Laperrière, 1993 ; Lincoln & Guba, 1985 ; Pourtois & Desmet, 1988 ; Savoie-Zajc, 1990), renvoie à la description de l'évolution du projet et du processus de recherche de sorte à rendre compte de l'ensemble des procédures encourues afin que les interprétations et les propositions émergentes soient vraisemblables. Cette trace écrite, ou *audit trail* (Guba, 1981 ; Huberman & Miles, 1991), permet de comprendre ce qui a été fait, d'évaluer la pertinence des décisions méthodologiques, voire même de reconstituer le processus de recherche pour en arriver à des conclusions comparables. En ce sens, Van Der Maren (1995), inspiré de Guba (1981), fait mention de vérification des comptes. Mucchielli (1996) réfère, quant à lui, au critère de validation de cohérence interne.

La tenue d'un journal de bord tout au long de l'accomplissement du projet, incluant une description détaillée du parcours de chacune des rencontres et des réflexions et justifications guidant mon cheminement, a permis de garder une trace écrite de l'évolution du projet, des démarches encourues et du contexte entourant les procédures méthodologiques. En retour, ce journal a servi de base de discussion, à intervalles réguliers, avec un auditeur externe¹ qui a eu pour tâche d'interroger mes choix et décisions afin de mettre en perspective mes façons de faire, et ce faisant, aiguïser le potentiel de crédibilité du projet en s'assurant de la qualité de la démarche méthodologique. Enfin, le compte-rendu exhaustif que constitue ce rapport de recherche sert également de plate-forme pour l'évaluation de l'imputabilité procédurale (Sandelowski, 1986).

¹ En l'occurrence, mon directeur de recherche.

LE CRITÈRE DE CONFIRMATION

Le critère de confirmation, parallèle au critère conventionnel d'objectivité, vise à s'assurer que les données, interprétations et propositions émergentes ne sont pas le fruit de circonstances accidentelles ou de l'imagination des chercheuses mais bien qu'elles sont issues du projet et peuvent être retracées jusqu'à leurs sources empiriques. L'accent porte donc principalement sur les données et leur traitement. Il s'agit alors de faire preuve de transparence en démontrant l'origine des données et en explicitant la logique guidant le processus d'analyse, d'interprétation et de synthèse des données (Appleton, 1995).

En ce qui concerne l'origine des données, les transcriptions *verbatim* ont été vérifiées, les résumés de nos rencontres de discussion-réflexion ont été validés par les co-chercheuses¹ et l'illustration représentant la synthèse de nos analyses a fait l'objet d'une production conjointe – ce qui fait que nous sommes plusieurs à attester de la crédibilité de l'origine des données. Par ailleurs, le tout a été mis à la disposition de mon directeur de recherche pour vérification, le traitement des données est explicité ici et des exemples de matériaux empiriques sont fournis en annexe (cf annexes 9 à 12).

En ce qui a trait à l'analyse effectuée *a posteriori*, les mécanismes privilégiés ont été les suivants : le processus récursif de codification et de catégorisation décrit plus tôt, l'exercice de double codage intra-codeur, la confrontation régulière des interprétations à l'ensemble des données recueillies accompagnée de la rédaction de mémos descriptifs et interprétatifs, la vérification périodique ainsi que l'examen de ma démarche par mon directeur de recherche et enfin, la présentation en annexe de matériaux empiriques (cf annexes 13 à 20).

Finalement, l'explicitation de mon idéologie de recherche, de mes présupposés et de mon rôle en tant que co-chercheuse aident à mettre en perspective ma contribution aux diverses interprétations émergentes. Il est à noter que le recours à un vérificateur externe autre que mon directeur de recherche aurait pu être souhaitable pour mener à terme un audit selon les recommandations de Halpern (Halpern, 1983 dans Lincoln & Guba, 1985). Les ressources n'étant pas disponibles pour cette démarche, je crois que l'évaluation à laquelle est soumise la thèse suffit pour obtenir un jugement quant au potentiel confirmatif de ce travail.

¹ Dans l'optique de confirmation, j'aurais pu avoir recours à une personne extérieure pour entreprendre un processus de double codage inter-codeur des *verbatim* entre chacune des rencontres de discussion-réflexion. Toutefois, vu ma démarche minutieuse d'identification de thèmes, mon processus de retour auprès des co-chercheuses, la possibilité de susciter des clarifications lors de nos discussions, et les ressources limitées, j'ai exclu cette option. Par ailleurs, la proposition de recourir à une personne extérieure au groupe (mis à part mon directeur de recherche) était difficile à justifier auprès de mes co-chercheuses qui y percevaient une certaine intrusion.

UN COMMENTAIRE SUR LA TRIANGULATION

Pour clore cette section portant sur les critères épistémiques de crédibilité, j'aimerais formuler quelques commentaires sur le processus de triangulation, une stratégie que bon nombre de chercheurs semblent considérer essentielle. Ce concept, dont les applications trouvent leurs origines chez les arpenteurs géomètres et navigateurs (Blaikie, 1991 ; Haldeman & Levy, 1996 ; Smith, 1975), a été repris par Campbell et Fiske (1959) qui l'ont transféré à l'arène de la méthodologie de recherche, puis par Denzin (1970) qui en a illustré les multiples applications en recherche qualitative. Par la suite, ce dernier a proposé quatre types de triangulation (Denzin, 1978) : la triangulation des données, la triangulation des chercheurs, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. En somme, il s'agit d'une stratégie de recherche au cours de laquelle sont superposés et combinés des données issues de plusieurs sources, les contributions de différents chercheurs, divers cadres théoriques ou encore une variété de techniques de recueil et d'analyse de données. Les objectifs poursuivis sont de compenser les biais inhérents à chaque perspective ou approche, de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits, de corroborer les propositions émergentes et enfin, d'assurer une certaine exhaustivité (Mucchielli, 1996).

En ce qui concerne ce projet, certains pourraient dire que j'ai entrepris une démarche de triangulation à plusieurs niveaux. Premièrement, les données sont issues de différentes sources : le niveau individuel lorsque les co-chercheuses rapportent leur propre expérience, le niveau interactif à travers les discussions de groupe et le niveau collectif lorsque nous avons procédé à une synthèse des discussions et à la formulation d'une représentation. Deuxièmement, dans ce contexte participatif, il y a vraisemblablement eu triangulation des chercheuses qui ont comparé leurs expériences, observations et interprétations, en plus de participer à la validation des interprétations émergentes. Enfin, il y a eu triangulation méthodologique puisque nous avons eu recours à plusieurs formes de recueil et d'analyse de données pour explorer la question de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH, soit la prise de photos et leur analyse individuelle et collective, l'exercice de modélisation et l'analyse *a posteriori*.

Cependant, plusieurs critiques suggèrent que le concept de triangulation, ou plutôt la métaphore de triangulation, est appliqué sans discernement, tous azimut et de manière inadéquate, particulièrement en ce qui a trait au domaine de la recherche qualitative (Blaikie, 1991 ; Haldeman & Levy, 1996 ; Richardson, 1994 ; Sandelowski, 1995). Ces critiques concernent tant la visée de confirmation/corroboration de la triangulation que l'attestation d'exhaustivité qu'elle suppose (Knafl & Breitmayer, 1989 ; Sandelowski, 1995).

D'une part, la démarche de confirmation/corroboracion renvoie à une stratégie de vérification qui repose sur trois postulats considérés problématiques : qu'il n'y a qu'une seule réalité sur laquelle il est possible de converger, ce qui s'avère incompatible avec la recherche qualitative qui relève de paradigmes constructivistes ; que chaque méthode ou technique peut neutraliser les biais inhérents aux autres méthodes, ce qui n'a toutefois pas été démontré (Blaikie, 1991 ; Fielding & Fielding, 1986) – d'ailleurs différentes méthodes peuvent même sonder différents aspects d'un phénomène donné, défiant ainsi la notion de convergence nécessaire à la corroboracion (Bryman, 1992 ; Fielding & Fielding, 1986) ; et enfin, que les techniques et les méthodes ne sont pas influencées par les paradigmes auxquels adhèrent les chercheurs, ce qui amoindrit, en quelque sorte, l'effet de diversité que vise la triangulation (Glassner & Moreno, 1989). En fait, cette dernière affirmation est consternante dans la mesure où il est entendu qu'un paradigme, à titre de cadre conceptuel général sous-tendant l'activité de recherche, oriente inévitablement les chercheurs tant au niveau de l'exécution des techniques de recherche qu'à ceux de l'interprétation des données et de l'évaluation des résultats (Guba & Lincoln, 1994 ; Leininger, 1992 ; Levy, 1994 ; Sandelowski, 1995).

D'autre part, la triangulation comme moyen privilégié d'assurer une explication ou une compréhension plus exhaustive d'un phénomène donné, pose également problème : le projet d'obtenir une vision holistique d'un phénomène suggère, implicitement, que l'on peut arriver à découvrir son Unique Réalité (Sandelowski, 1995), ce qui, encore une fois, ne correspond pas à mon orientation paradigmatique. À cet égard, Flick (1992) a proposé la métaphore du *kaléidoscope* pour envisager les diverses réalités potentielles d'un phénomène envisagé. Richardson (1994), quant à elle, suggère l'idée de *crystallisation* pour rendre compte du prisme des multiples réalités en émergence et en mouvance qu'invoque le processus de construction des connaissances. Cette métaphore illustre davantage la complexité des phénomènes et souligne, de surcroît, que nos connaissances seront toujours situées, partielles et partiales puisque fonction de notre angle d'approche au cristal, lui-même en transmutation (Sandelowski, 1995).

Il s'avère donc mal fondé de suggérer qu'il y a eu, dans le cadre de ce projet, une triangulation au sens classique du terme. Toutefois, il est permis de croire que la recherche effectuée ici est crédible, donc *trustworthy*. Le processus participatif encouru, la description détaillée du projet et du contexte dans lequel il a évolué, une forme d'audit des démarches encourues et l'exercice de réflexivité entamé tout au long du projet correspondent aux normes à respecter en la matière (Guba, 1981).

LES CRITÈRES PRATIQUES D'AUTHENTICITÉ¹

Les critères pratiques d'authenticité, qui renvoient aux impacts et aux conséquences de la recherche ainsi qu'aux conditions et à l'esprit dans lesquels évolue la recherche, caractérisent tout particulièrement les initiatives de développement des savoirs favorisant des approches interprétatives, qualitatives et participatives, donc relevant des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995 ; Reason & Rowan, 1981b). Ce faisant, puisque la neutralité du chercheur n'est pas privilégiée par ces paradigmes, il n'est pas surprenant de constater que cette famille de critères renvoie à l'idée d'*engagement* auprès des gens et du terrain, ce qui n'est pas sans souligner l'acuité des considérations éthiques, morales et politiques de la recherche (Punch, 1994). Il est question, notamment, de déterminer dans quelle mesure les chercheurs établissent de nouvelles formes de relations avec les participants de la recherche, se préoccupent de stimuler des actions transformatrices en fonction des intérêts en jeux et ont l'intention de promouvoir la justice sociale, le sens de la communauté, le respect de la diversité et le *caring* (Lincoln, 1995). Au-delà de considérations méthodologiques, il importe donc de se prononcer sur la capacité d'un projet à établir et maintenir une relation dialogique valorisant l'inter-subjectivité et l'inter-connexion entre les participantes co-chercheuses et co-sujets afin de favoriser leurs contributions au développement de savoirs ainsi qu'à l'action, tout en desservant les divers intérêts en présence – que ce soit ceux des personnes concernées directement, des praticiens ou des chercheurs (Fishman, 1992). Il est singulier de noter que de tels critères de qualité ne sont pas mentionnés dans des ouvrages de référence récents de langue française en recherche qualitative (voir, par exemple, le manuel de Poupart et al., 1997).

Les critères pratiques d'authenticité retenus pour ce projet sont inspirés des cinq critères proposés par Lincoln et Guba (Guba & Lincoln, 1989 ; Lincoln & Guba, 1986). Ils font référence à la capacité d'un projet d'honorer les contributions des participantes, de favoriser leur compréhension de leurs réalités, d'approfondir leur compréhension des points de vue d'autrui à travers un processus ouvert et démocratique et de catalyser des actions et des transformations tout en soutenant un processus individuel et collectif d'émancipation. Il est intéressant de constater que ces critères sont inextricablement inter-reliés et que les deux derniers renvoient spécifiquement à la finalité transformatrice de la recherche participative.

LE CRITÈRE D'INTÉGRITÉ

Le critère d'intégrité réfère au degré selon lequel les contributions de toutes les personnes touchées par un phénomène donné sont sollicitées et mises en valeur de manière équitable

¹ La présentation de ces critères est fonction de mon interprétation de la littérature et d'une certaine adaptation aux contours particuliers de la recherche participative.

malgré la complexité de la situation et les divergences de points de vue. Il s'agit donc de s'assurer qu'il y a une certaine réciprocité (Rowan, 1981) et que toutes les personnes concernées ont pu se faire entendre (Lincoln, 1995).

Dans notre cas, le processus participatif avait pour but de solliciter les points de vue des co-chercheuses directement impliquées dans le projet, ce qui pourrait restreindre le degré d'intégrité de notre initiative. Néanmoins, la majorité des participantes avaient une expérience vécue du travail du sexe, une connaissance du milieu de la prostitution de rue et un contact quotidien avec des travailleuses du sexe. Par ailleurs, notre mode de fonctionnement, constitué de collaboration, de démarches de préparation et de validations continues, avait pour but d'ouvrir les voies de communication afin que les résultats issus de nos analyses soient le reflet de visions partagées. Enfin, j'ai entretenu des discussions régulières avec la coordonnatrice de Stella tout au long de nos démarches et réflexions, ce qui a permis d'assurer une certaine intégrité dans la mesure où il a été possible de détecter et traiter, à un certain moment durant le projet, une dynamique de collusion pour éviter certains sujets difficiles.

LE CRITÈRE D'AUTHENTICITÉ ÉPISTÉMOLOGIQUE

Le critère d'authenticité épistémologique correspond au degré selon lequel les idées, perspectives et représentations des participantes¹ ont mûri et évolué en cours de projet ce qui leur permet alors de comprendre leurs réalités de manière plus nuancée et éclairée. À ce titre, je tiens à souligner que Guba et Lincoln (1989) réfèrent plutôt au terme d'authenticité « ontologique ». Ce dernier fait un certain sens étant donné qu'il est question de mieux se situer dans la réalité de son monde vécu. Cependant, puisque l'argumentation de ces auteurs porte plus spécifiquement sur le développement d'idées et de savoirs favorisant une compréhension accrue, il est tout de même plus pertinent de recourir à la notion d'épistémologie plutôt qu'à celle d'ontologie.

Dans une optique similaire, Sandelowski (1993) réfère au *fuller knowing*. Par ailleurs, Heron (1996) propose l'idée de subjectivité critique qui renvoie à une conscience accrue à travers l'exercice quotidien de nos actions. L'activité de photographie et les discussions et analyses subséquentes ont certes permis aux co-chercheuses d'entrevoir autrement leurs réalités, servant ainsi à mettre en perspective et à rendre plus intelligibles leurs expériences de vie. Cette intelligence accrue, qui favorise l'émergence d'une certaine réflexivité (Reason & Rowan, 1981b), peut également nous rendre plus disponibles à la compréhension de l'expérience d'autrui.

¹ Je m'inclus dans cette catégorie.

LE CRITÈRE D'AUTHENTICITÉ PÉDAGOGIQUE

Le critère d'authenticité pédagogique, très apparenté au critère précédent, renvoie au degré selon lequel notre compréhension et notre appréciation des positions, perspectives et représentations d'autrui sont accrues. L'établissement et le maintien d'un dialogue entre les co-chercheuses ainsi que l'exercice de co-construction nécessitant une mise en commun de nos idées figuraient parmi les moyens pouvant contribuer au développement de l'authenticité pédagogique. En ce sens, Kvale (1995) réfère à la même idée lorsqu'il suggère le critère de *communicative validity*.

LE CRITÈRE D'AUTHENTICITÉ CATALYTIQUE

Le critère d'authenticité catalytique concerne le degré selon lequel le projet stimule et facilite la création et le déploiement d'actions et de transformations. Sans contredit, ce critère invoque une des missions premières des approches de recherche participative, où divers savoirs sont développés, à travers un cycle récursif, pour informer l'action et les pratiques des différents participants – ce qui inclut tant les chercheurs, les responsables de programmes que la communauté en soi (Lincoln, 1995). À cet effet, la volonté et la résolution des co-chercheuses de passer à l'action, d'intervenir et de transformer leurs façons de faire, tant en cours de projet que par la suite, ont fait l'objet de documentation.

LE CRITÈRE D'AUTHENTICITÉ STRATÉGIQUE

Le critère d'authenticité stratégique, corollaire du critère d'authenticité catalytique, réfère au degré selon lequel les participantes et les personnes impliquées sont investies de suffisamment de pouvoir et de capacité pour réellement passer à l'action et s'engager dans la voie de la transformation des pratiques et du monde vécu. La généralisation praxique (Schwandt, 1997) et la validité pragmatique (Kvale, 1995) sont directement apparentées à cette qualité. Ceci dit, Guba et Lincoln (1989) utilisent plutôt le terme d'authenticité tactique. Pourtant, le passage à l'action et l'opération tactique nécessitent une stratégie pour être en mesure d'élaborer et de coordonner des activités en fonction d'un objectif, laquelle stratégie est composée de capacités organisationnelles et de ressources, tant individuelles que collectives, pour pouvoir être mise en pratique. D'où l'importance d'envisager la capacité stratégique plutôt que, celle plus restreinte, tactique.

Ainsi, notre projet devait renforcer et soutenir la capacité des personnes concernées à organiser et entreprendre des actions souhaitées. Au terme de notre démarche, il s'est donc avéré important de noter qui était en mesure de passer à l'action et de maintenir un processus d'engagement sur une voie de transformation des pratiques et du monde vécu, et

de quelle manière. En fait, il s'agit de la question d'*empowerment* qui constitue un des pôles originels du développement d'initiatives de recherche participative.

Ceci dit, il n'y a pas de lignes directrices bien établies pour évaluer la qualité d'un projet en fonction de critères d'authenticité. La tenue de mon journal de bord et la notation de mes observations et réflexions quant au déroulement du projet, ainsi que ses impacts et conséquences tant chez mes co-chercheuses qu'au niveau de l'intervention chez Stella, ont donné quelques indications permettant de juger du degré d'atteinte de ces critères. Bien qu'il aurait été intéressant que les co-chercheuses puissent également tenir un journal de bord pour y consigner leurs propres expériences, observations et réflexions, fournissant ainsi une autre source de données pour évaluer le degré de réalisation de ces critères, cela n'a pas été possible étant donné leurs horaires et le temps que requiert une telle tâche¹. En revanche, vers la fin de notre parcours, j'ai tout de même procédé à des entretiens individuels semi-dirigés (Boutin, 1997 ; Savoie-Zajc, 1997) d'environ trente minutes auprès des co-chercheuses principales pour explorer leurs perceptions du degré d'atteinte de certains critères d'authenticité et identifier les conditions qu'il importe de considérer afin que la recherche renvoie aux finalités escomptées (annexe 23 : Grille d'entretien utilisée au terme du projet auprès de mes co-chercheuses principales). Les questions visaient à explorer leurs conceptions de l'intégrité du processus, leurs perceptions des rôles qu'elles ont occupé ainsi que la manière dont elles qualifiaient leur participation. En outre, leurs acquis personnels et leur compréhension de la problématique de la vulnérabilité au VIH ont également fait l'objet de discussions.

Ainsi, la question de la qualité, telle que traitée ici, renvoie à un ensemble de critères, de techniques et de manières d'être quelque peu différentes de la forme traditionnelle. Il est à noter que d'autres critères apparentés auraient pu être utilisés (voir, par exemple : Hall & Stevens, 1991 ; Lincoln, 1995). À mon avis cependant, les critères privilégiés ici englobent la plupart des critères non-traditionnels proposés à l'heure actuelle. Par ailleurs, dans l'esprit de la recherche participative, nous aurions pu tout aussi bien élaborer et définir nos propres critères (Reason, 1988). Notre « Charte de valeurs » établie au début du projet a certainement servi de guide pour orienter nos façons de faire. Toutefois, il m'est apparu important de recourir à des critères dont il est plus souvent question dans la littérature afin que ce projet s'inscrive dans la pratique contemporaine et y contribue.

¹ Rétrospectivement, je crois qu'il aurait été possible, avec beaucoup de préparation et d'accompagnement de ma part, de soutenir au moins une de mes co-chercheuses dans cette démarche. Cette information aurait ajouté une autre dimension à mes propres perspectives.

Il n'en demeure pas moins que la recherche étant un processus historiquement, culturellement et socialement situé, il ne sera jamais tout à fait possible de se prononcer, avec certitude, quant à sa valeur.

LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dès le départ, j'ai établi auprès de mes partenaires qu'une démarche éthique requiert une approche méthodique à la formulation d'un projet afin de minimiser le potentiel d'erreurs et de conséquences néfastes (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988). Il a donc été entendu qu'une partie des efforts déployés pour assurer que la démarche soit de qualité se situait dans une optique plus vaste de considérations d'ordre éthique.

Par ailleurs, une fois un plan établi pour entreprendre notre projet, j'ai soulevé auprès des co-chercheuses principales des questions ayant trait à l'éthique en recherche afin de clarifier la signification de cet ordre de considérations et je leur ai soumis un formulaire de consentement pour fins de discussion, modification et sanction. Par la suite, j'ai fait parvenir une description sommaire du projet à la présidente du comité d'éthique de Stella (annexe 24 : Correspondance initiale avec le comité d'éthique), ainsi que des copies, en français et en anglais, de notre formulaire de consentement calqué sur celui déjà approuvé par ce même comité au printemps précédent dans le cadre d'un autre projet. Le comité, constitué de six personnes et formé pour évaluer les projets de recherche soumis chez Stella¹, comprenait deux représentants d'organismes communautaires, une ex-travailleuse du sexe, une avocate, une médecin spécialisée en santé publique et un bio-éthicien de renommée internationale affilié à l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

Le détail des points abordés lors de cette séance est consigné dans le procès verbal de la rencontre figurant à l'annexe 25. En tout, cinq points ont été abordés par le comité. Vu le peu de détails contenus dans le sommaire du projet qui leur avait été soumis, les membres du comité d'éthique ont demandé des précisions sur les mécanismes de recrutement de co-chercheuses additionnelles ainsi que sur le processus privilégié pour la diffusion des résultats. Par ailleurs, bien que le formulaire de consentement ait été jugé acceptable dans son ensemble, le comité a suggéré l'ajout de deux points : quelques spécifications quant à l'usage devant être fait des informations générées dans le cadre du projet et l'indication d'une certaine imprévisibilité du processus de recherche étant donné que le parcours du

¹ Ce comité avait notamment évalué le protocole d'évaluation participative implanté chez Stella au printemps précédent.

projet dépend des décisions du groupe tout au long de son déroulement. Les copies révisées du formulaire de consentement sont présentées à l'annexe 26.

Les discussions du comité ont cependant porté principalement sur l'activité de photographie et j'ai dû répondre, par écrit, à une série de douze questions. L'annexe 27 contient une copie de mes réponses soumises au comité. Essentiellement, j'ai dû spécifier les arguments sur lesquels reposait notre décision d'entreprendre un exercice de photographie, l'usage que nous faisons des images, qui effectuait les clichés, où étaient prises les photos, les consignes de sécurité pour les photographes, les consignes à suivre pour l'obtention du consentement de personnes que nous souhaitions photographier (cependant, nous avons décidé de photographier des personnes de manière à ce qu'elles ne puissent être identifiées), les mesures prises avec les photos sur lesquelles apparaissent des personnes, le sort réservé aux négatifs ainsi qu'aux photos durant et à la fin du projet, et les mécanismes mis en place pour contrôler l'utilisation des photos ainsi que leur publication au terme du projet. À l'exception d'un des membres du comité qui s'est finalement rallié aux autres, tous étaient d'accord sur la pertinence de ce médium pour entreprendre une réflexion sur la vulnérabilité au VIH avec des prostituées de rue.

Enfin, étant donné la nature évolutive de la démarche de recherche participative, il fut convenu que ce même comité d'éthique serait consulté à chaque fois qu'un développement majeur serait apporté au projet afin d'obtenir son avis et son approbation. La lettre confirmant l'obtention de l'approbation éthique pour la poursuite du projet est présentée à l'annexe 28.

Vu certains délais encourus dans l'établissement d'un horaire de rencontre avec le comité d'éthique, le formulaire de consentement qui avait été utilisé auprès des co-chercheuses supplémentaires déjà recrutées a dû être légèrement modifié pour assurer l'obtention d'une approbation éthique pour le projet. Dès lors, j'ai entrepris de rencontrer individuellement la bénévole qui s'était ajoutée à notre groupe pour revoir avec elle les modifications apportées au formulaire et m'assurer que son consentement demeurait éclairé.¹ Que ce soit à ce moment particulier, ou avant notre rencontre avec le comité d'éthique, j'ai procédé de la même manière pour obtenir le consentement des femmes recrutées. Je les ai rencontrées en présence d'un témoin, soit un membre de l'équipe de Stella qui était au courant du projet mais qui n'y collaborait pas directement, et j'ai lu le formulaire, expliqué les termes

¹ Et bien que je me proposais de suivre la même démarche avec les deux autres femmes sollicitées, ceci ne s'est pas avéré nécessaire puisqu'elles ne se sont pas présentées à nouveau pour prendre part au projet (cf pp. 117-118).

employés et répondu à leurs questions pour m'assurer de leur compréhension tout en accordant une attention particulière à la signification de leur rôle de co-chercheur. Ces rencontres duraient environ une demie heure, et au fil des discussions, je cochais les différents points abordés lorsqu'ils étaient complétés. Pour préserver l'anonymat des participantes, j'ai signé chacun des formulaires à titre d'attestation de l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part de l'individu. Ensuite, la personne témoin apposait sa signature pour signifier que la procédure avait été bien suivie. Au terme de ces rencontres, deux copies originales du formulaire de consentement étaient produites, l'une pour la nouvelle co-chercheur et l'autre pour mes dossiers.

L'ensemble des procédures de recherche étant maintenant explicitée, les résultats de nos analyses conjointes et de mes analyses *a posteriori* sont présentés au chapitre suivant.

CHAPITRE SIXIÈME

RÉSULTATS :

LA QUESTION DE LA VULNÉRABILITÉ
DES PROSTITUÉES DE RUE AU VIH

Dans ce chapitre, j'expose le résultat de notre première analyse conjointe suivi de l'élaboration des résultats et interprétations issus de l'analyse effectuée *a posteriori*. Ensuite, je procède à une mise en perspective de ces résultats à la lumière d'une analyse des écrits portant sur la vulnérabilité au VIH parmi les travailleuses du sexe. Enfin, je formule une synthèse de ces trois ordres de résultats et propose un premier modèle sur le phénomène de la vulnérabilité.

RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ANALYSE CONJOINTE

La première analyse conjointe effectuée chez Stella a essentiellement donné lieu à l'identification d'une série de conditions et dynamiques qui réduisent la capacité de prostituées de rue¹ de se protéger contre le VIH tant dans les sphères publiques que privées de leur vie. Dans un premier temps, je présente les résultats tels qu'ils ont été organisés au terme de notre série de cinq rencontres hebdomadaires. Ensuite, j'expose une élaboration subséquente du modèle.

PREMIÈRE PROPOSITION DE RÉSULTATS

Tels que l'indiquent la Photo 5 illustrant notre affiche au chapitre précédent (cf page 127), ainsi que la Figure 3 à la page suivante, les conditions et dynamiques qui réduisent la capacité de prostituées de rue de se protéger contre le VIH ont été organisées en fonction de quatre thèmes reflétant des considérations d'ordre microscopique à macroscopique. Ces quatre thèmes prennent la forme de quatre niveaux imbriqués qui constituent une façon de conceptualiser le monde dans lequel nous vivons. Nous les avons nommés les niveaux individuel, organisationnel, social et contextuel de la vulnérabilité au VIH. Il s'agit, en fait, de niveaux potentiels d'intervention, la motivation principale des participantes étant avant tout de pouvoir développer des actions auprès de la clientèle de Stella .

Le niveau individuel renvoie à des croyances, des habitudes et des projets qui relèvent des femmes concernées. La croyance qu'il est possible de faire confiance à un partenaire sexuel qui se dit en santé (qu'il soit client ou non) et le fait de ne pas s'identifier comme travailleuse du sexe conduisent ces femmes à devenir vulnérables parce qu'elles ont peu ou pas recours à des moyens de protection efficaces contre le VIH . En fait, elles n'en conçoivent pas la nécessité. Par ailleurs, la toxicomanie et l'alcoolisme ainsi que le besoin

¹ À noter qu'il est question ici de prostituées de rue ayant une expérience de vie semblable à celle des femmes qui ont participé au projet. Il s'agit donc de prostituées de rue ayant une expérience de toxicomanie, aux prises avec une multiplicité de problèmes et exerçant le métier principalement pour subvenir à leurs besoins de consommation, ce qui, en soi, n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble des prostituées de rue. J'ai tout de même choisi cette formulation pour alléger le texte.

d'amour et d'intimité sont associés aux expériences *d'état de manque* à combler à tout prix et *d'oubli de soi*¹. Dès lors, certaines femmes sont prêtes à s'exposer à des rapports sexuels dans n'importe quelles conditions, sans condoms, pour obtenir l'amour, les drogues et l'argent dont elles éprouvent le besoin. D'autres encore éprouvent de la difficulté à maintenir des pratiques d'injection sécuritaires et rapportent davantage d'épisodes de partage de seringues usagées lorsqu'en *état de manque et d'oubli de soi*.

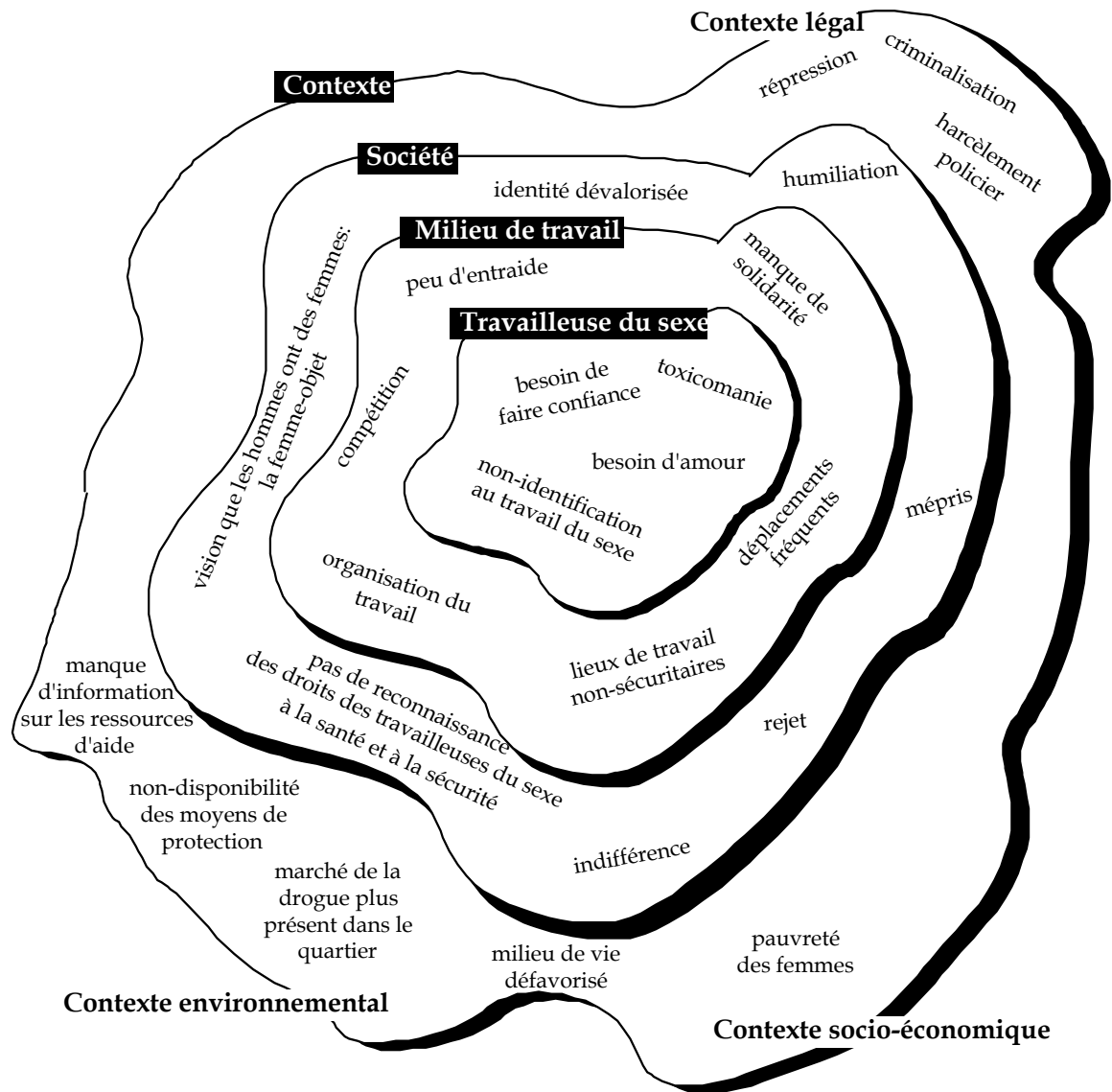


Figure 3. Schématisation de l'affiche issue des premières analyses conjointes : les quatre niveaux du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH

¹ À titre de rappel, le texte en italique renvoie aux *verbatim* tirés de nos discussions.

Le niveau organisationnel réfère au milieu de travail des prostituées de rue ainsi qu'aux circonstances particulières dans lesquelles elles exercent leur métier et qui contribuent à leur vulnérabilité au VIH. En essence, elles évoluent dans des lieux de travail non sécuritaires, où elles se retrouvent souvent isolées et exposées à un potentiel élevé de violence de la part de clients et d'autres individus gravitant autour d'elles. Parallèlement, les participantes sont d'avis que l'exercice de leur métier n'est pas organisé de manière à assurer la sécurité des travailleuses ou le respect d'un *code d'éthique* applicable au travail du sexe. Il s'agit plutôt d'un milieu extrêmement compétitif où il y a peu d'entraide et de solidarité. Les prostituées ne peuvent alors se constituer en réseaux favorisant l'établissement de liens de confiance ni s'entendre sur des modalités de protection mutuelle. Cette situation est d'autant plus accentuée par les déplacements fréquents que subissent ces femmes, pourchassées par la police et expulsées par les citoyens. Étant continuellement déplacées, il leur est pour ainsi dire impossible de se concerter afin d'établir les bases d'une organisation du travail à la mesure de leurs besoins de sécurité.

Le niveau social concerne les attitudes qu'entretient la société à l'endroit des travailleuses du sexe. Il est question d'indifférence, de rejet, de dévalorisation de l'identité et du rôle de travailleuse du sexe, de mépris et d'humiliation. Dans ce contexte, les prostituées affectées par ces attitudes ont tendance à avoir une faible estime de soi associée, notamment, à diverses formes d'autodestruction et à une moindre volonté de se protéger du VIH. Par ailleurs, les réalités de travail de ces femmes n'étant pas connues mais plutôt interprétées à la lumière de préjugés négatifs, il s'ensuit que leurs droits fondamentaux à la santé et à la sécurité ne sont pas nécessairement reconnus ni défendus par la société. Enfin, à ces réalités s'ajoutent le sexisme et la discrimination que vivent les femmes en général. Dans ce contexte, il est d'autant plus difficile d'assurer le respect de la dignité et de l'intégrité physique, psychologique et sociale de ces travailleuses.

Enfin, le niveau contextuel regroupe des considérations de trois ordres qui renvoient, notamment, à des conditions sociostructurelles ayant une incidence sur la capacité des prostituées de rue de se protéger du VIH, soit les contextes légal, environnemental et socio-économique :

- Premièrement, le contexte légal donne lieu à la criminalisation de la prostitution ainsi qu'à de multiples formes de répression et de harcèlement policier qui aiguisent l'état de vulnérabilité de ces femmes sur une base quotidienne. Par exemple, étant considérées comme criminelles potentielles, elles sont continuellement sous surveillance et ont donc moins de temps pour négocier les conditions de leurs transactions avec leurs clients

ainsi que pour détecter le potentiel de risque que peut représenter une situation donnée ou même nettoyer leurs seringues adéquatement.

- Deuxièmement, le contexte environnemental renvoie à des considérations relatives à la circulation de ressources ayant une incidence sur l'exercice sécuritaire de la prostitution. D'une part, il est question de la faible circulation de moyens de protection et d'informations portant sur les ressources d'aide dans les milieux de vie et de travail des prostituées de rue. En fait, selon les participantes, les ressources disponibles ne rejoignent qu'une minorité de prostituées de rue. D'autre part, il est question du trafic accru de drogues dans les quartiers où s'exerce la prostitution de rue. Ce trafic accentue la présence du crime organisé dans l'entourage des prostituées avec ce que cela comporte de potentiel de violence à leur endroit. Parallèlement, la toxicomanie prendrait plus d'ampleur chez ces femmes depuis la dernière décennie, et plus de toxicomanes semblent s'ajouter aux rangs de ces travailleuses pour subvenir à leurs besoins, ce qui contribue alors à une compétition féroce et au manque de solidarité entre les prostituées de rue.
- Troisièmement, le thème du contexte socio-économique évoque les milieux de vie défavorisés dans lesquels sont majoritairement cantonnées les prostituées de rue vulnérables. Ce contexte rend tangible, selon les participantes, toute l'indifférence de la société à l'égard des personnes marginales auxquelles elles s'identifient, ce qui accentue leur sentiment de vulnérabilité. Nous avons également traité de la question de la pauvreté accrue des femmes dans le contexte contemporain de la mondialisation et qui fait en sorte qu'elles se retrouvent *trop souvent en position de dépendance*. Ce faisant, certaines femmes, parmi les plus démunies, sont alors *prêtes à faire n'importe quoi pour de l'argent*.

Une fois regroupés tous les éléments jugés appariés en fonction de ces quatre niveaux de vulnérabilité imbriqués, il a été possible d'envisager et de rendre plus intelligible l'interdépendance qui existe entre les individus, leurs milieux de travail, la société dans laquelle ces femmes évoluent et les conditions sociostructurelles qui façonnent leur existence. Nous le verrons au huitième chapitre, cette représentation a participé à une reconceptualisation de l'intervention en prévention du VIH chez Stella. D'ailleurs, une grande partie de nos discussions ultérieures a spécifiquement porté sur la question du développement de stratégies d'action complémentaires propres à chacun de ces quatre niveaux ou espaces d'existence de la vulnérabilité plutôt que sur les conditions et les dynamiques identifiées en soi. En fait, ces dernières n'auront servi, pour ainsi dire, que d'éléments structurants pour le développement de notre compréhension.

ÉLABORATION SUBSÉQUENTE DU MODÈLE ISSU DE LA PREMIÈRE ANALYSE CONJOINTE

Le modèle que représente la Figure 3 (cf page 158) est donc intéressant dans la mesure où il a servi à identifier et comprendre différentes sphères à partir desquelles intervenir en regard de la prévention du VIH parmi les prostituées de rue. Il s'agit, en fait, d'une forme de représentation assez courante dans le domaine de la santé (Hinds, Chaves, & Cypress, 1992) ainsi que dans la littérature en promotion de la santé (Bronfenbrenner, 1979 ; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988 ; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996 ; Simmons-Morton, Simmons-Morton, Parcel, & Bunker, 1988), où l'on retrouve différents niveaux imbriqués d'intervention.

En revanche, de telles représentations ne rendent pas tout à fait explicite l'interdépendance des divers niveaux envisagés. À certains égards, ce modèle de forme organique ou cellulaire suggère plutôt une hiérarchie et une certaine division entre les niveaux. Pourtant, telle n'était pas notre intention, nos propos et notre volonté ayant plutôt signifié l'interdépendance et l'interrelation entre ces espaces. Dans cette optique, un diagramme de Venne comprenant quatre sphères inter-reliées aurait pu être plus approprié. C'est cette deuxième forme de représentation qui s'est éventuellement avérée la plus utile pour l'équipe de Stella.

En effet, des discussions ultérieures chez Stella m'ont permis de constater que les différents niveaux pouvaient bel et bien être perçus, à prime abord, comme étant distincts et séparés, plutôt qu'interdépendants. Par ailleurs, cette représentation donnait l'impression d'une hiérarchie comportant les idées suivantes : 1) qu'il importe davantage d'intervenir aux niveaux supérieurs, qui englobent les autres, plutôt que sur l'ensemble des niveaux ; 2) en revanche, que l'intervention aux niveaux supérieurs d'ordre social et contextuel est trop éloignée de considérations individuelles pour obtenir un effet significatif sur le vécu quotidien des femmes vulnérables et ; 3) que l'intervention aux niveaux supérieurs requiert nécessairement plus d'énergie et une vision à plus long terme, ce qui reste cependant à vérifier.

À la fin, nous avons donc opté pour un diagramme de Venne afin de rendre compte de l'interdépendance des quatre sphères d'intervention et ainsi éliminer toute allusion à une hiérarchie de niveaux :

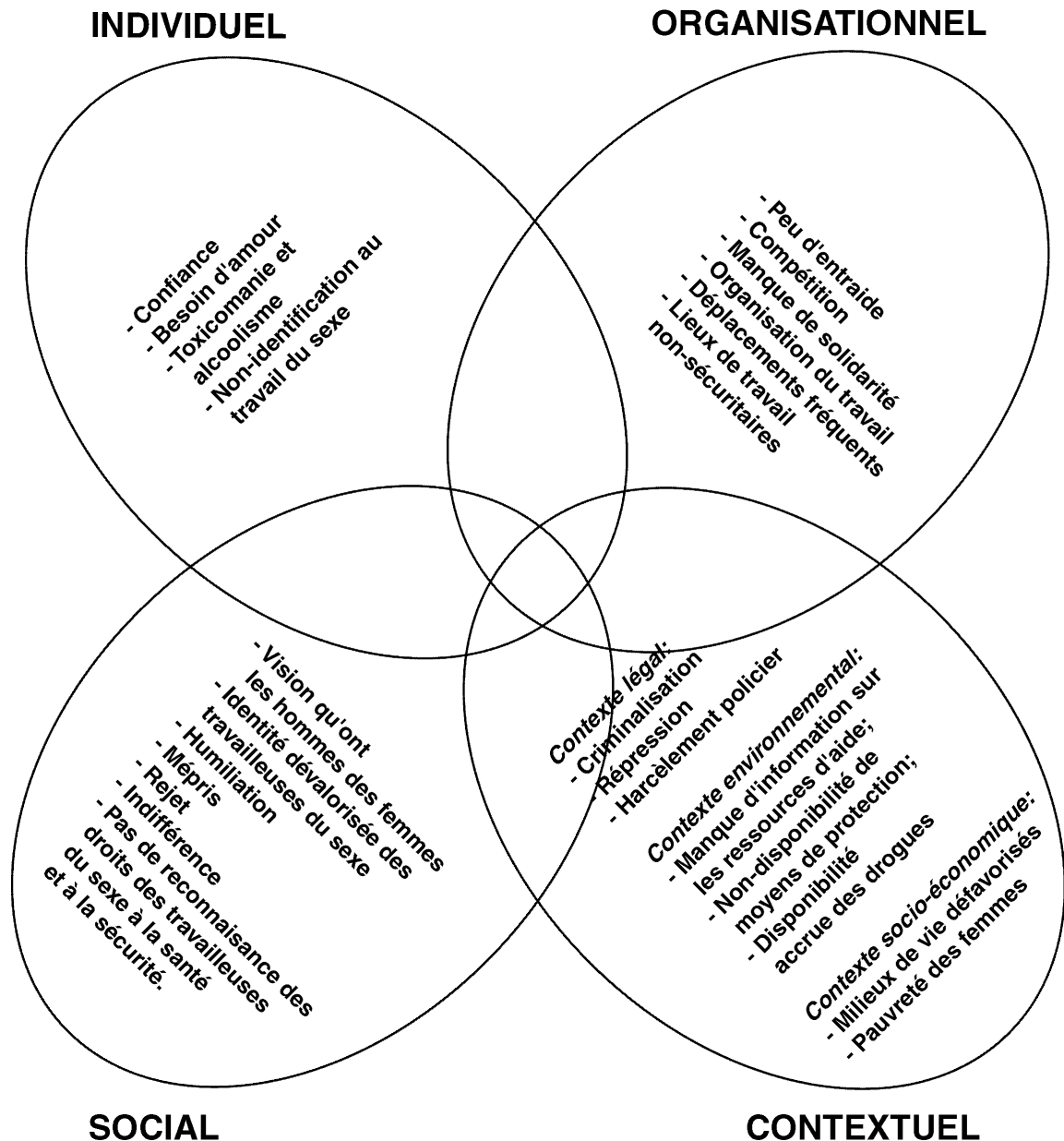


Figure 4. Modèle reconfiguré issu de la première analyse conjointe : les quatre niveaux inter-reliés du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH

Au-delà d'une compréhension accrue de la diversité et de la complémentarité des zones d'intervention possibles, ce schéma a tout particulièrement permis d'entrevoir la complexité du phénomène de la vulnérabilité. Complexité en ce sens que les divers niveaux sont interdépendants de manière récursive, de sorte qu'une variation à un niveau ou une des parties du système peut entraîner une cascade de variations, de transformations et de mutations à d'autres niveaux, et ainsi à l'ensemble du système (Morin, 1990).

RÉSULTATS DES ANALYSES EFFECTUÉES A *POSTERIORI*

Tel que mentionné au chapitre précédent (cf page 136), j'ai ensuite organisé les données en fonction des paramètres du modèle conceptuel paradigmatique qui sous-tend l'organisation de ma démarche de développement des connaissances dans le cadre de cette thèse. Dans un premier temps, je présente ici la structure de ce modèle conceptuel, aménagée de manière à faciliter l'interprétation, l'organisation et la présentation de mes analyses. Ensuite, j'expose le fruit des analyses qui se rapportent plus spécifiquement au contenu de chacun des quatre champs du modèle afin de décrire les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH.

LE MODÈLE CONCEPTUEL ORGANISATEUR

La structuration du modèle conceptuel organisateur relève de deux ordres de considérations : premièrement, du fait que les propos des participantes peuvent être organisés en fonction de mon référentiel paradigmatique – ce qui, en soi, renforce la pertinence du modèle conceptuel qui sert d'appui à la thèse dans son ensemble ; deuxièmement, de ma compréhension de la manière¹ dont les participantes s'expriment lorsqu'elles parlent du phénomène de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH. En essence, il s'agit de structurer le modèle afin qu'il puisse à la fois rendre compte des analyses effectuées et faciliter la poursuite d'un processus de conceptualisation.

SPÉCIFICATION DES CHAMPS DU MODÈLE CONCEPTUEL ORGANISATEUR

Au terme d'une réflexion quant à la mise en relation et une synthèse possible des catégories et sous-catégories construites à travers l'analyse qualitative *a posteriori*, et suivant une relecture attentive des *verbatim*, j'ai donc choisi d'organiser les propos des participantes en fonction de considérations d'ordre épistémologique, ontologique, téléologique et méthodologique. Ceci dit, il n'était pas planifié d'avance que ce cadre paradigmatique serait d'emblée appliqué. Seulement, à la phase de mise en relation des catégories et sous-catégories, la puissance de ce cadre m'est apparue évidente : il offre le potentiel de donner plus de sens aux analyses et d'entreprendre une synthèse thématique qui vise parcimonie tout en ne réduisant pas la complexité du phénomène. La Figure 5 à la page suivante illustre ces champs thématiques présentés sous la forme de quatre sphères interdépendantes qui constituent et façonnent le phénomène de la vulnérabilité.

Le champ épistémologique est représenté par les systèmes de croyances de prostituées de rue vulnérables. Il est question du sens attribué à des objets particuliers, à des circonstances

¹ Il est question ici, je le rappelle, de la forme et de la fonction des propos ainsi que des voix représentées.

et à soi en tant que sujet. Le champ ontologique est celui du monde vécu qui renvoie à la nature des réalités dans lesquelles vivent et travaillent les prostituées de rue vulnérables au VIH. Dans les faits, il s'agit de réalités sillonnées par celles des principaux acteurs avec lesquels elles interagissent quotidiennement dans l'exercice de leur métier. Le champ téléologique, quant à lui, réfère aux projets¹ qui parcourent et traversent l'existence de prostituées de rue et qui aiguisent leur vulnérabilité au VIH. Enfin, le champ méthodologique invoque celui de la pratique de la prostitution de rue, et plus particulièrement les dimensions de l'exercice du métier qui contribuent à la vulnérabilité au VIH.

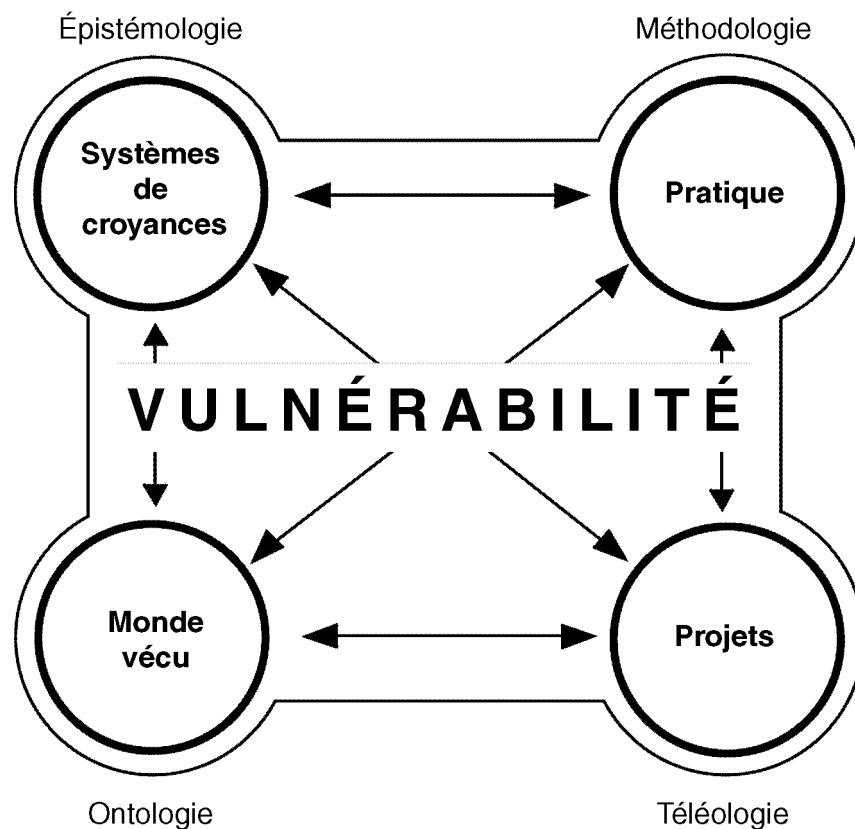


Figure 5. Spécification des champs du modèle conceptuel organisateur²

¹ La notion de projet se définit habituellement, en français (De Villers, 1997 ; Rey-Debove & Rey, 1996), par un caractère d'antériorité à la réalisation d'une action et n'inclut donc pas, contrairement au terme en anglais (McLeod, 1987) la réalisation en cours et en soi d'une activité. Cependant, je privilégie ici la connotation anglo-saxonne du terme puisque je n'ai pu trouver un équivalent satisfaisant en français.

² Il m'importe de spécifier que les quatre sphères sont reliées entre elles par six flèches bidirectionnelles, comme en témoigne la Figure 1 (cf page 34). Cependant, afin de faciliter la lisibilité des illustrations, ceci pour les figures 5 à 14 inclusivement, certaines flèches ont dû être scindées, donnant ainsi une impression de relations unidirectionnelles. Il s'agit là d'une manifestation non équivoque des limites du processus de représentation graphique avec laquelle nous devons toutefois composer. En fait, aucune figure ne saurait rendre « exactement » compte du sens de nos propos.

Inévitablement, le choix de ce cadre conceptuel général témoigne clairement du rôle actif et non neutre de la chercheuse que je suis dans le processus de construction de connaissances. En effet, j'ai spécifiquement choisi d'effectuer une synthèse des catégories émergentes de mon analyse selon les termes d'un cadre paradigmatique qui m'aide, tel que spécifié au deuxième chapitre, à mieux expliquer et comprendre la signification de phénomènes humains et sociaux, à aiguïser mes capacités interprétatives et conceptuelles et, de plus, à entrevoir des possibilités pour l'action. D'une certaine manière, cette façon de faire me permet également de confirmer la pertinence de ce cadre conceptuel général et d'en enrichir le sens au fil de mes réflexions.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que ces quatre champs permettent de faire référence à des déterminants que privilégient les théories psychosociales auxquelles ont traditionnellement eu recours les chercheurs dans le domaine du VIH/sida pour expliquer l'émergence, le maintien et la modification de comportements à risque, comme par exemple : des connaissances, des attitudes, des normes sociales, des intentions, des barrières perçues ou réelles et d'autres comportements¹. Les quatre champs rendent également possible la considération d'un ensemble de facteurs d'ordre social, culturel, économique, politique, organisationnel et environnemental dont traitent les approches écologique et populationnelle désormais au cœur des discours contemporains en santé publique (Ashton & Seymour, 1988 ; Evans et al., 1996 ; Green, Richard, & Potvin, 1996 ; McLeroy et al., 1988 ; Petersen & Lupton, 1996). Enfin, outre cet effet intégrateur, l'interdépendance et la mutualité des quatre champs permettent de tenir compte de la complexité inhérente au phénomène de la vulnérabilité, en plus d'agencer autrement des éléments déjà considérés par les théories existantes. Dès lors, il est possible d'envisager de nouvelles conceptions significatives, d'où un potentiel accru pour le développement de savoirs novateurs, à la fois locaux et théoriques.

Bref, l'organisation des propos des participantes en fonction des systèmes de croyances et du monde vécu de prostituées de rue, des projets qu'elles poursuivent et auxquels elles sont confrontées, ainsi que des aspects relevant de la pratique de leur métier, sert de base

¹ En ce qui concerne les théories, voir par exemple: Ajzen, 1985, 1990 ; Ajzen & Fishbein, 1980 ; Bandura, 1986 ; Catania, Kegeles, & Coates, 1990 ; Fishbein & Ajzen, 1975 ; Fisher, 1988 ; Fisher & Fisher, 1992 ; Janz & Becker, 1984 ; Maiman & Becker, 1974 ; Montgomery et al., 1989 ; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994 ; Salt, Boyle, & Ives, 1990 ; Triandis, 1977 ; Valois, Godin, & Desharnais, 1989. Pour des études particulières, voir par exemple : Bandura, 1990 ; Becker & Joseph, 1988 ; Catania et al., 1989 ; Gendron, 1992 ; Godin, Valois, & Morel, 2000 ; Grimley, Prochaska, Velicer, & Prochaska, 1995 ; Lawrance, Levy, & Rubinson, 1990 ; Lux & Petosa, 1994 ; Otis, Lévy, & Fernet, 2000 ; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994 ; Sneed & Morisky, 1998.

crédible à l'explication et à une meilleure compréhension de ce que constitue le phénomène de la vulnérabilité au VIH pour des prostituées de rue. Il faut noter que l'interdépendance de ces champs implique que l'un fait, en quelque sorte, partie des autres et qu'une variation à un niveau entraîne, récursivement, des variations dans les autres sphères, illustrant ainsi la qualité dynamique du phénomène.

Considérons maintenant plus en profondeur la manière dont les participantes décrivent leur expérience et le phénomène de la vulnérabilité au VIH afin de compléter une mise en forme de ce modèle conceptuel qui soit porteuse de sens.

DÉLIMITATION D'UN SYSTÈME RÉFÉRENTIEL

La manière dont les participantes qualifient leur expérience et le phénomène de la vulnérabilité invite à raffiner la structuration du modèle conceptuel organisateur présenté ci-haut, particulièrement à élucider le référentiel en fonction duquel évolue le phénomène de la vulnérabilité. À cet égard, nos discussions rendent compte d'un potentiel en devenir où l'être *devient vulnérable*, est *amené à la vulnérabilité*, est *rendu vulnérable*, et ce au gré d'une multiplicité de circonstances et de contextes qui peuvent rendre la personne *plus* ou *moins vulnérable* au VIH selon une sorte de gradient. Voici quelques *verbatim* à titre d'exemple :

Il y a différents lieux de travail avec différents niveaux de vulnérabilité, où c'est parfois pire selon le temps de la journée, de la semaine ou de l'année.

Quand je suis seule (dans certains endroits), je me sens devenir plus vulnérable, ça me met plus vulnérable.

...j'avais beaucoup de temps, j'étais fragile pis j'étais vulnérable, pis j'avais encore ben des obsessions dans ce temps-là. Maintenant, je suis devenue beaucoup moins vulnérable.

Le phénomène de la vulnérabilité renvoie donc à un processus évolutif et fluctuant dont l'expression, voire la forme, change selon le contexte ou selon l'espace et le temps. Ceci n'est pas sans rappeler les propos de Le Moigne (1984, 1990) qui suggère une décomposition triadique de tout processus selon un référentiel temps-espace-forme. En substance, Le Moigne propose que tout processus peut être représenté par l'articulation de fonctions temporelles, spatiales et morphologiques qui, en outre, aident à concevoir et à comprendre la dynamique de changement inhérente audit processus. Dès lors, pour mieux traduire la manière dont les participantes qualifient leur expérience et le phénomène de la vulnérabilité, ce référentiel vient compléter la mise en forme du modèle conceptuel organisateur à partir duquel les catégories et sous-catégories construites ont été interprétées et mises en relation. En fait, il s'agit ici d'une catégorie à la fois émergente de l'analyse *a*

posteriori et inspirée de la littérature, laquelle catégorie donne plus de sens au modèle en élaboration.

Une petite incursion s'impose ici pour clarifier la signification attribuée aux terminologies de forme (F), de temps (T) et d'espace (E). En ce qui nous concerne, la forme réfère au phénomène de la vulnérabilité qui se transforme dans le temps et l'espace, tels qu'en témoignent les *verbatim* précédents. Sur un plan conceptuel, la forme n'est donc pas traitée de manière platonicienne comme étant une structure idéale, abstraite, statique et intemporelle (Audi, 1995), ce que Dewey (1958) qualifie d'ailleurs de squelette ontologique. La notion de forme est plutôt abordée ici comme une structure dynamique qui émerge de l'organisation continue des éléments d'un phénomène du vivant et qui traduit, pour ainsi dire, l'histoire, l'actualisation, ainsi que le devenir dudit phénomène (Alexander, 1987 ; Dewey, 1980). Autrement dit, il s'agit de la manière dont un phénomène se manifeste, voire de la structure évolutive à travers laquelle il s'engendre, s'organise et, en fin de compte, se révèle. La forme est alors transitoire, en développement et perméable au monde vécu, donc en interaction temporelle et contextuelle. Ceci dit, il est généralement admis que la forme d'un phénomène change et se (re)construit en fonction du temps qui passe ($T \rightarrow F$) et des divers espaces traversés ($E \rightarrow F$). Ce faisant, la forme incorpore le passé au présent qui, en retour, porte en lui un potentiel de développement pour se projeter dans l'avenir. Le passage du temps n'est donc pas seulement mécanique ou déterministe mais se trouve en quelque sorte influencé par l'expérience qui prend forme ($F \rightarrow T$) (Alexander, 1987). Et l'espace (individuel, social, culturel, environnemental, etc.), qui participe à l'organisation de la forme, s'en trouve récursivement transformé à travers cette interaction ($F \rightarrow E$), contribuant ainsi à l'intelligibilité du phénomène.

Pour ce qui est du temps, celui-ci est intrinsèque à tout changement dans notre existence (Lalande, 1993). Ce référentiel est donc fondamental pour concevoir l'évolution et la dynamique du phénomène de la vulnérabilité. Dimension complexe et source inépuisable de délibérations philosophiques (Audi, 1995 ; Fraser, 1981a), la nature du temps ne constitue pas une intuition simple et directe (Piaget, 1981). À tout le moins, l'on peut soutenir que le caractère directionnel du temps, reconnu depuis Aristote (Trefil, 1985), est irréversible et en devenir (Capek, 1981). De plus, comme le suggèrent déjà mes propos, le temps est à la fois constitutif et relationnel (Schlegel, 1981). D'une part, le temps est constitutif en ce sens qu'il détient un potentiel créateur, permet l'émergence de la complexité et régule, en quelque sorte, le cours et la forme des événements dans l'espace ($T \rightarrow F$) et, récursivement, l'espace en soi ($T \rightarrow E$) (selon Alexander, 1920 et Bergson, 1910 cités dans Benjamin, 1981). D'autre part, le temps est relationnel en ce sens que son

existence et sa mesure seraient la conséquence des relations entre les événements et les phénomènes qui se succèdent et qui tapissent notre expérience du monde vécu, puisque les événements, phénomènes et contextes doivent nécessairement changer et évoluer pour qu'il y ait mesure du temps ($F \rightarrow T$; $E \rightarrow T$). Dès lors, il importe de saisir que les relations du temps à la forme et à l'espace ne sont pas simplement unidirectionnelles.

La dimension de l'espace, quant à elle, permet d'évoquer les quatre niveaux ou aires d'existence du phénomène de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH envisagés au terme de notre première analyse conjointe. Nous l'avons constaté, la vulnérabilité prend un sens différent en fonction des niveaux individuel, organisationnel, social ou contextuel. Ceci implique des interventions différentes qui, en retour, peuvent transformer l'espace environnant. Ainsi, la forme d'un phénomène évolue en fonction de l'espace vécu ($E \rightarrow F$) qui, récursivement, peut s'en trouver transformé ($F \rightarrow E$). Par exemple, la volonté de déjudiciarisation de la prostitution de rue – une intervention à un niveau sociostructurel (E) – peut augmenter la vulnérabilité (F) des travailleuses du sexe via l'accroissement d'actes de discrimination et de violence à leur endroit par des citoyens qui s'opposent à cette mesure ($E \rightarrow F$). En retour, ceci peut susciter une prise de conscience de la part des travailleuses du sexe qui, se sentant plus vulnérables (F), pourraient alors se mobiliser et trouver les moyens de s'organiser entre elles afin d'assurer leur sécurité, ce qui contribuerait ainsi à la transformation de leur environnement de travail au niveau organisationnel ($F \rightarrow E$).

Dans un autre ordre d'idées relatives à la dimension de l'espace, force est de constater que l'espace vécu est inévitablement influencé par la dynamique du temps en devenir. Il n'y a qu'à songer à l'espace qui se transforme au fil des processus de vieillissement du vivant et du non-vivant ($T \rightarrow E$). Enfin, moins apparente à prime abord serait l'influence de l'espace sur le temps et à laquelle j'ai fait référence plus haut ($E \rightarrow T$). En fait, il appert que des temporalités distinctes procèdent de différents espaces ou univers et que la nature du temps est singulièrement modifiée selon que l'on se situe dans un univers atomique ou organique, ou encore social et institutionnel (Fraser, 1981b). Outre les questions ontologiques que soulève cet énoncé, il est néanmoins possible de considérer la nature différentielle du temps en fonction des espaces vécus, ne serait-ce qu'à travers la perception de la temporalité chez l'individu. Qui n'a pas éprouvé la longueur du temps lorsqu'il y a souffrance, ou encore sa courte durée le temps d'un plaisir ?

En somme, l'interaction et l'interdépendance des dimensions de forme, de temps et d'espace permettent d'envisager le phénomène de la vulnérabilité en tant que processus

dynamique, contextuel et en devenir. La Figure 6 illustrée à la page suivante représente l'articulation de ce système référentiel triadique qui encadre, en quelque sorte, le phénomène de la vulnérabilité. Au bas de la figure principale se trouve également une illustration pour témoigner de la morphologie différente du phénomène de la vulnérabilité qui évolue dans le temps et l'espace¹.

Fait à signaler, Le Moigne (1990) représente ce système référentiel T-E-F à l'aide de trois axes perpendiculaires. J'ai toutefois choisi la forme du cercle afin d'éviter la connotation mathématique et déterministe que suggèrent trois flèches unidirectionnelles unies au point zéro et qui, à mon avis, réduisent le champ contextuel de la complexité inhérente au phénomène de la vulnérabilité. De plus, le cercle symbolise une certaine mouvance considérée essentielle pour la conceptualisation entreprise ici.

¹ Ici encore, les limites de la représentation graphique se font sentir. Le passage de T1-E1-F1 à T2-E2-F2 et Tn-En-Fn ainsi que le sens unique des flèches reliant les illustrations « amibiques » peuvent laisser supposer que le temps, l'espace et la forme évoluent de manière parallèle et unidirectionnelle. Pourtant, telle n'est pas l'intention première. En fait, il y a bel et bien possibilité d'évolution asynchrone, de retour sur des états antérieurs ou encore de maintien de certaines dimensions peut importe la transformation des autres. Ceci dit, les illustrations au bas de la Figure 6 servent tout de même à signifier qu'il y a évolution intrinsèque de la forme du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH dans le temps et l'espace, sans pour autant en délimiter les paramètres de manière spécifique.

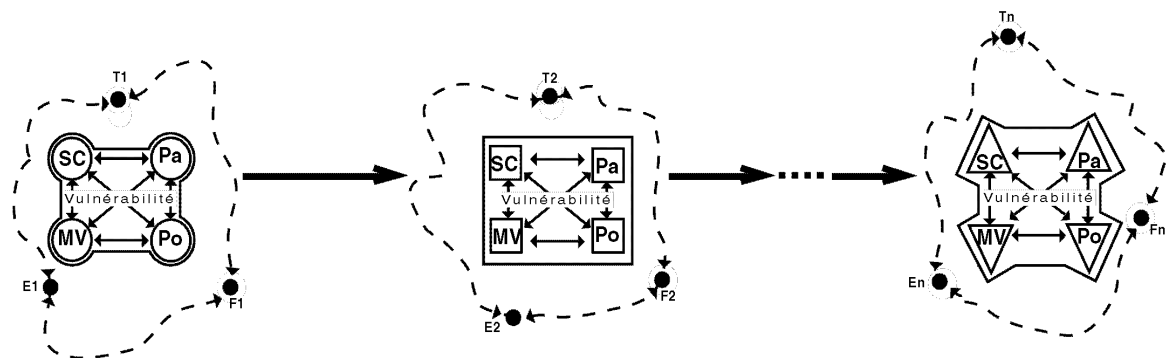
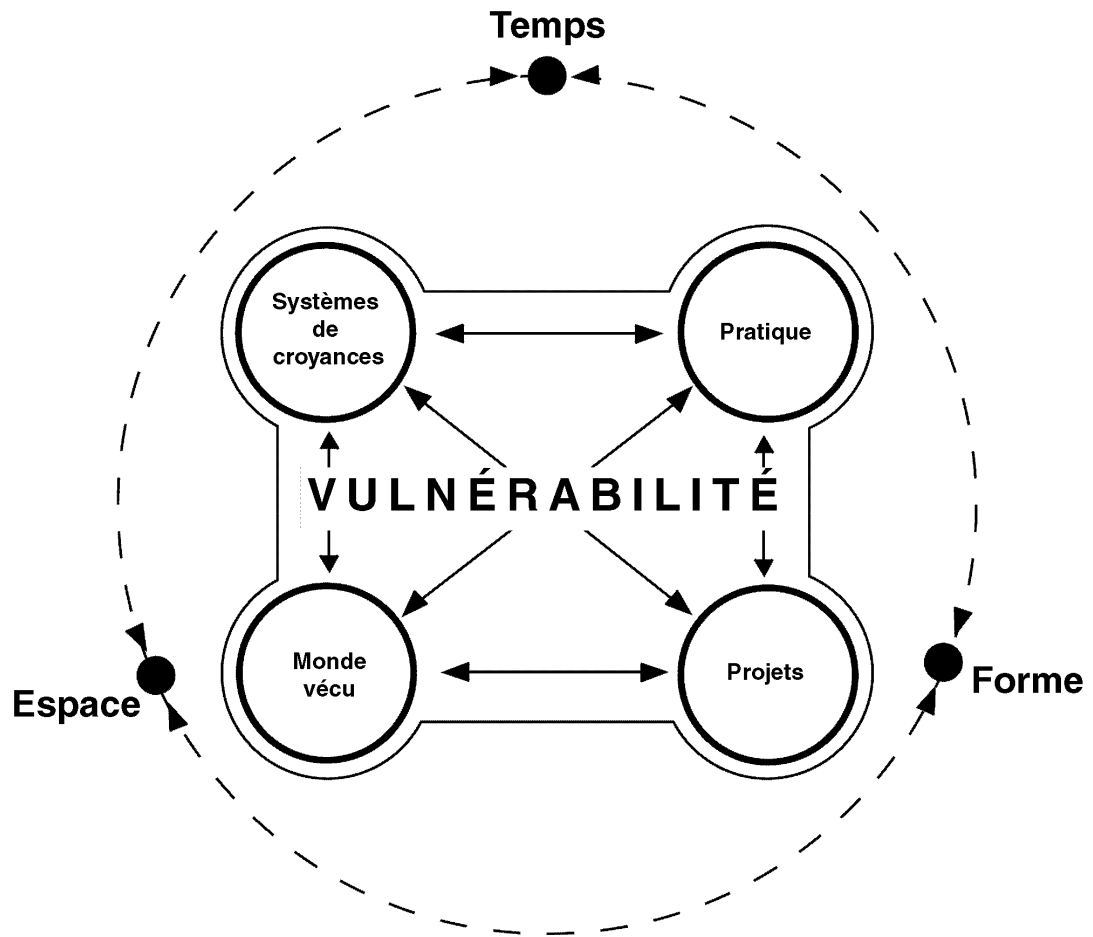


Figure 6. Délimitation du système référentiel du modèle conceptuel organisateur

Les dimensions du modèle conceptuel organisateur étant proposées, considérons maintenant les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH.

LES COMPOSANTES CONSTITUTIVES DU PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ DES PROSTITUÉES DE RUE AU VIH

Les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH renvoient aux quatre champs sphériques du modèle conceptuel organisateur. Étant donné la récursivité inhérente au modèle, on peut maintes fois constater l'interdépendance de ces quatre champs. Dans les pages qui suivent, je décris donc un ensemble de systèmes de croyances, un monde vécu, des projets poursuivis et des aspects de la pratique du travail de sexe qui permettent de mieux comprendre le phénomène considéré et d'entrevoir des pistes d'action.

DES SYSTÈMES DE CROYANCES À CONTRESENS

Les diverses représentations que dégagent les prostituées de rue de leurs expériences vécues constituent donc notre point de départ. En essence, la signification que les prostituées de rue vulnérables attribuent à certains objets ou contextes ainsi qu'à elles-mêmes en tant que sujets renvoie à des systèmes de croyances qui vont à l'encontre, voire à contresens de leur capacité de se protéger adéquatement contre le VIH. Il est question, plus particulièrement, de certaines connaissances et croyances relatives aux modes de transmission et aux mesures de protection du VIH ainsi que de la non-reconnaissance de soi comme individu et travailleuse du sexe. La Figure 7 présentée à la page suivante rend compte des éléments du système de croyances des prostituées de rue vulnérables qui modulent leur recours à des mécanismes de protection adéquats contre le VIH et qui rendent difficile pour elles d'agir de manière à assurer leur santé et leur sécurité.

Connaissances et croyances

Les modes de transmission du VIH

Il est généralement reconnu que les travailleuses du sexe, incluant les prostituées de rue, connaissent bien les modes de transmission du VIH. Les propos des participantes en font d'ailleurs foi puisqu'elles ont été en mesure d'identifier les principales voies qui les exposent directement au VIH soit par relation sexuelle non protégée et par voie parentérale.

Il a été question, notamment, de transactions sexuelles sans condoms avec des clients, par exemple *les réguliers* ou *ceux qui donnent plus d'argent ou de la drogue*. Nous avons également traité des relations sexuelles non-protégées avec les *chums* qui, souvent, ont des comportements à risque pour le VIH et sont même parfois déjà infectés par ce virus : (...) *avec les chums, y (les prostituées) n'en mettront pas (de condoms). Mais où qu'y va pendant la journée pendant qu'a travaille ? Y'en saute une couple durant la journée !* Par ailleurs, le partage de seringues ou *le partage d'un hit* avec des inconnus, des clients, des connaissances et des proches, ainsi que l'utilisation de seringues *qui s'adonnent à être là ou*

qui traînent dans la rue, constituent des voies de transmission dont nous avons amplement discuté. Enfin, il a également été question de nettoyage inadéquat de matériel d'injection usagé : *Y (leur arrivent de prendre) l'eau de la bol ou ben y'en a qui prennent de l'eau à terre !*

Ceci dit, il semble que ces connaissances soient peu partagées par celles qui commencent dans le métier – d'où leur vulnérabilité accrue. De plus, malgré une bonne connaissance des modes de transmission du VIH, les croyances de prostituées de rue sur certains modes de *protection* du VIH contribuent à leur état de vulnérabilité à cette infection. Nous le verrons plus loin, ces représentations sont largement conditionnées par le monde d'exclusions dans lequel vivent les prostituées de rue ainsi que les projets qu'elles poursuivent.

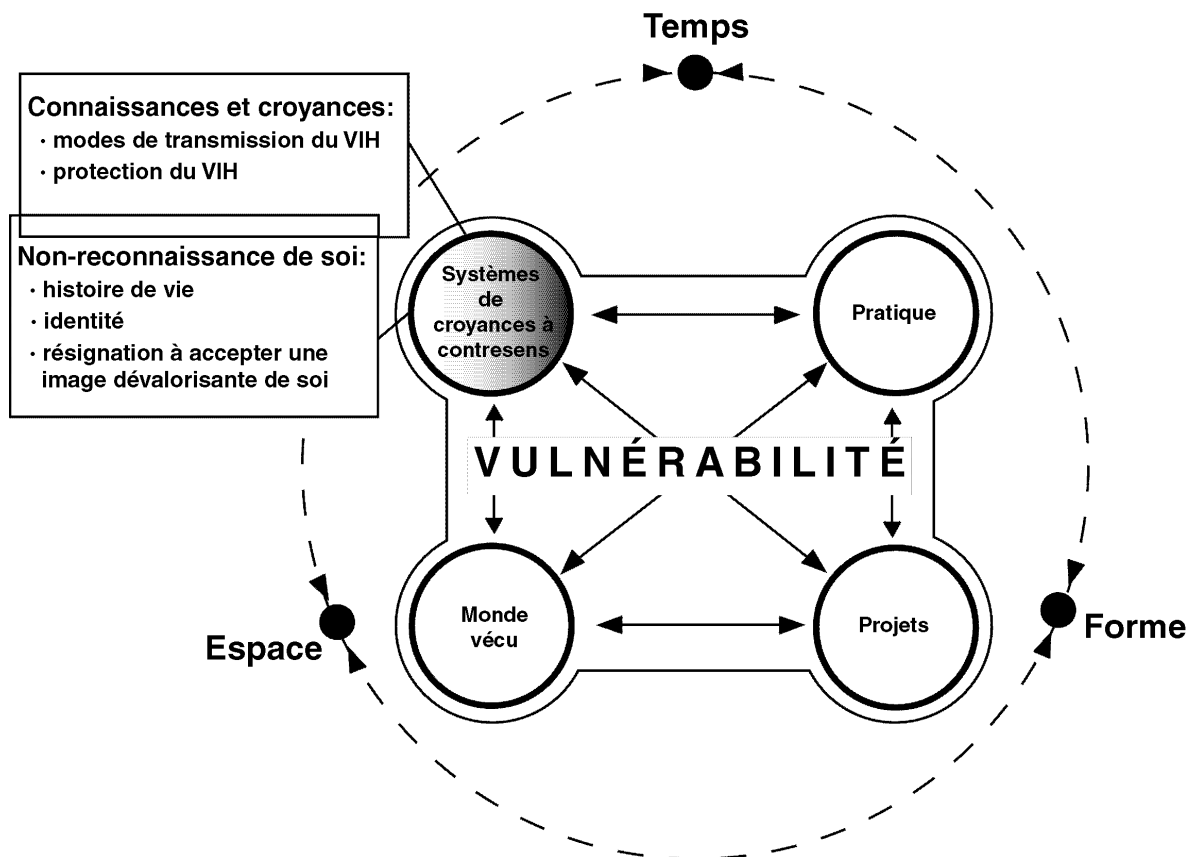


Figure 7. Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : des systèmes de croyances à contresens

La protection du VIH

Les modalités de protection du VIH dont nous avons spécifiquement discuté concernent certains outils destinés à réduire les risques de transmission de ce virus ainsi que quelques

uns des critères à partir desquels les prostituées de rue vulnérables déterminent si une situation présente ou non des risques pour l'acquisition du VIH.

En ce qui concerne les outils destinés à réduire les risques de transmission du VIH, nos discussions ont maintes fois souligné que certains d'entre eux sont perçus comme étant nocifs pour la santé ou bien comme n'étant pas du domaine des moyens à privilégier unilatéralement.

Plus précisément, l'eau de Javel assigné au nettoyage de seringues usagées est parfois conçue comme matière hautement toxique :

Une fois (...) y'avait un gars qui avait nettoyé sa seringue (avec de l'eau de Javel) pis y s'appelait pas de l'avoir rincée, pis y'a mis son hit dedans. Y dit : « J'me rappelle pas si j'ai rincé ma seringue avant de mettre ma coke¹ dedans ». J'l'ai senti pis j'ai dit « jette ça » pis y l'a jeté. J'y ai sauvé la vie ! Tu te shootes 10 cc d'eau de Javel, t'es mort drette là. C'est poison. (...) si tu le mets direct dans les veines, tu sautes !

Conjuguée à la série de manipulations que nécessite l'usage efficace de l'eau de Javel pour nettoyer une seringue usagée, cette croyance va certainement à l'encontre de l'intégration systématique de cette mesure de protection dans les habitudes de vie des personnes UDI.

Par ailleurs, à l'instar des propos recensés dans la littérature, nos discussions dépeignent le condom comme étant une barrière protectrice dont la signification influence l'utilisation qu'en font les prostituées de rue, selon que l'on considère leur vie publique ou privée. Instrument de travail, symbole de non-confiance et d'un potentiel d'infection, voire de maladie mortelle, le condom est considéré une barrière physique et psychologique nécessaire à l'exercice du métier. Toutefois, cette même symbolique fait en sorte que le condom est interprété comme étant un obstacle important au désir d'intimité et de spontanéité tant convoitées dans la vie personnelle. De plus, cette barrière est généralement considérée superflue étant donné la perception d'immunité que procurent les relations affectives et ce, même s'il s'agit d'un *semblant d'amour* : *Ben c't'un semblant certain ! Ça dure pas ça là. Le lendemain, tu te lèves toué deux là, tu dis qué cé ça ? Ouash !* Pour satisfaire un important besoin d'amour et d'appartenance, ces femmes n'ont donc pas régulièrement recours au condom-barrière dans leurs relations amoureuses. Pourtant, nous l'avons vu, ces relations ne sont pas exemptes de risque.

En ce qui concerne les critères servant à déterminer si une situation présente ou non des risques pour l'acquisition du VIH, certains s'avèrent tout à fait inadéquats. En particulier, lorsqu'un individu *a l'air propre* et qu'il *inspire confiance*, il arrive que la personne

¹ Cocaïne

vulnérable motivée par un grand besoin d'amour et d'appartenance ou par un urgent besoin de drogues et d'argent évolue dans une fausse sécurité. Dès lors, elle ne prendra pas les mesures qui s'imposent pour se prémunir d'un potentiel d'infection, ou elle peut même décider consciemment de *prendre le risque de ne pas se protéger : C'est parce qu'yé fin, pis dans le fond, on y fait confiance. (...) Tu y fais confiance parce qu'y a d'l'air propre. (...) Pis le fait d'avoir confiance en quelqu'un (fait qu'on se protège pas.* De plus, si la situation permet de respecter des pratiques d'hygiène de base ou d'examiner le client *de près*, il arrive à certaines femmes d'évaluer différemment le niveau de risque encouru lors d'une transaction sexuelle : *Mais c'est plus sécuritaire (quand) t'as accès à l'eau, au savon, à la lumière pour voir le gars tout nu.*

Ainsi, malgré le fait que les participantes soient en mesure d'identifier les principales voies qui les exposent directement au VIH, il n'en demeure pas moins que la personne vulnérable fonctionne sur la base de certaines connaissances et de croyances qui vont à contresens de sa capacité à se protéger adéquatement du VIH. Outre ces représentations, somme toute conditionnées par les circonstances de vie de ces femmes (et sur lesquelles je reviendrai plus loin), la non-reconnaissance de soi contribue également à la vulnérabilité au VIH.

La non-reconnaissance de soi

La non-reconnaissance de soi a été au cœur de nos discussions. C'est ce que les participantes ont généralement qualifié d'*oubli de soi* qui, en retour, est source d'oubli de la préservation et de la protection de soi, ce qui accroît le potentiel de vulnérabilité au VIH. Il semble, en particulier, que la non-reconnaissance de soi s'inscrit dans les histoires de vie des prostituées de rue les plus vulnérables au VIH. Par ailleurs, les plus vulnérables d'entre elles ne se reconnaissent pas systématiquement en tant que personnes effectuant un travail qui requiert la pratique de méthodes et d'astuces éprouvés au cours des siècles ; elles ne se reconnaissent tout simplement pas comme travailleuses du sexe. Enfin, une certaine résignation à accepter l'image dévalorisante et dévalorisée de leur existence que leur renvoie le monde dans lequel elles évoluent contribue à l'expérience de non-reconnaissance de soi parmi ces femmes.

L'histoire de vie

Dans l'ensemble, l'histoire de vie de prostituées de rue vulnérables rend compte d'une certaine habitude de se faire traiter en fonction des exigences d'autrui et de volontés externes :

Une fille de la rue est tellement habituée de se faire barouetter d'un bord pi de l'autre. (...) On est habituées nous autres (à) « envoye, va travailler », « comment t'a faite à soir », pis « fais la vaisselle », « fais-moi à manger pis ferme ta yeule ».

Vu de la sorte, ces femmes sont souvent contraintes à se comporter selon des ordres, des attentes et des exigences qui leur sont imposés avec plus ou moins d'intensité, de force et de menaces, ce qui contribue, indubitablement, à établir les bases de la non-reconnaissance et de l'oubli de soi.

L'identité de travailleuse du sexe

À une histoire de vie de sujétion parmi les prostituées de rue les plus vulnérables s'ajoute la difficulté de se reconnaître comme travailleuse du sexe, difficulté d'autant plus aiguë étant donné l'opprobre dont fait l'objet cette occupation. De plus, la pratique irrégulière ou circonstancielle de la prostitution et la méconnaissance de ce que constitue ce métier font en sorte qu'il est difficile d'intégrer une identité de travailleuse du sexe. Ce faisant, il appert qu'une personne qui ne se considère pas travailleuse du sexe n'a que peu ou pas recours aux *outils du métier* et ne participe pas à l'application de normes de pratiques sécuritaires :

Quand on se perçoit pas comme travailleuse du sexe là, on prend pas les moyens de se protéger ! (...) Moé j'ai été six ans à coucher avec des gars pour des sacs de cocaïne. J'ai jamais mis de condom parce que j'étais pas prostituée ! (...) J'avais pas pensé à ça moé que j'aurais pu pogner une maladie pis j'aurais pu la transmettre.

D'autre part, il peut arriver que la personne s'identifie à un autre type d'emploi qui ne nécessite pas les mêmes outils :

Parce que moé, j'en ai jamais pris de capote.(...) Ben moé, j'ai pas été prostituée, j'étais danseuse. Mais à tous les soirs, j'ai couché avec un gars différent.

En revanche, il semble que lorsqu'elles endossent l'identité de travailleuse du sexe et s'y reconnaissent, les femmes concernées prennent les moyens de se protéger :

J'ai commencé à prendre des condoms quand j'ai commencé à mettre des annonces (dans les journaux quotidiens). Y'a quelqu'un qui me l'a dit, mets toé des condoms. J'm'avais acheté trois condoms pis j'ai mis une annonce. J'ai manqué de condoms à 11 heures le matin. (...) J'ai arrêté. J'ai été en acheter. J'avais 300\$ de faite !

La résignation à accepter une image dévalorisante de soi

Enfin, la non-reconnaissance de soi s'exprime chez les prostituées de rue les plus vulnérables par une résignation à accepter l'image dévalorisante que leur renvoie la société. Il est tout particulièrement question de ce qu'elles nomment une *faible estime de soi qui mène à l'autodestruction* :

Toi-même, après ça, tu t'en vas avec ce bagage-là. Y t'ont faite sentir comme ça (pas bonne, salope) pis dans ta tête tu le mérites, pis c'est yien que ça que tu vaux. Faque-là, tu t'en retournes pis tu vas faire un autre client ou tu vas te faire un autre hit, pis là t'es fuckée. (...) On d'vient fuckée, parce qu'un moment donné on give up su nos valeurs. Tu give up su tes valeurs. Tu dis « si y disent que chu ça, ben j'va être ça. J'va leu prouver qu'y ont raison »(...) Parce qu'un moment donné, qu'est-ce qu'on te reflète, c'est ça. Tu viens que ça te colle à la peau. (...) Ça t'est tellement reflété que tu dis « Mon Dieu, peut-être que chu ça parce que tout le monde le disent pis tout le monde le fait sentir, c'est moé qui est pas bonne ». (...) Parce qu'à moment donné, tu cherches même pus à prouver rien à personne. Tu leurs donnes raison. T'as comme pas le choix. (...) Tu mérites ça tsé. J'me dis « tu mérites pas mieux ».

Ces femmes ne se reconnaissent donc plus en tant que personne et citoyenne digne de considération qu'il vaut la peine de préserver et de traiter avec dignité. Elles se résignent plutôt à s'identifier à l'image négative qu'on leur renvoie. Conjugué à leur histoire de vie et à la difficulté de se reconnaître en tant que travailleuse du sexe, il est alors tout à fait concevable qu'elles n'aient pas à leur disposition tous les points de repères nécessaires pour assurer leur bien-être et leur sécurité.

En résumé, les systèmes de croyances, de l'ordre des connaissances et de la reconnaissance de soi, vont à contresens de l'adoption et du maintien de mesures de protection adéquates contre le VIH tant dans la vie personnelle que professionnelle de femmes vulnérables pratiquant la prostitution de rue. Il importe toutefois de constater que ces représentations sont conditionnées, en grande partie, par le contexte de vie de ces femmes. En particulier, leurs croyances sont le reflet du monde d'exclusions dans lequel elles vivent : exclusions qui font en sorte, d'une part, que les messages de prévention du VIH ne tiennent pas nécessairement compte de leurs idées et réalités et, d'autre part, qu'elles ne peuvent faire autrement que d'avoir une certaine difficulté à se reconnaître en tant qu'entité humaine digne de respect et comme personne exerçant le travail du sexe.

UN MONDE VÉCU D'EXCLUSIONS

Dans l'ensemble, les prostituées de rue vulnérables évoluent dans un monde constitué d'une multiplicité de réalités d'exclusions : elles vivent *en marge* et *dans l'isolement*. Dans les pages qui suivent, on peut constater que les diverses formes d'exclusion relèvent tant de la nature de l'environnement social que du contexte, plus immédiat, dans lequel ces femmes exercent leur métier. La Figure 8 résume les éléments dont il est question ici.

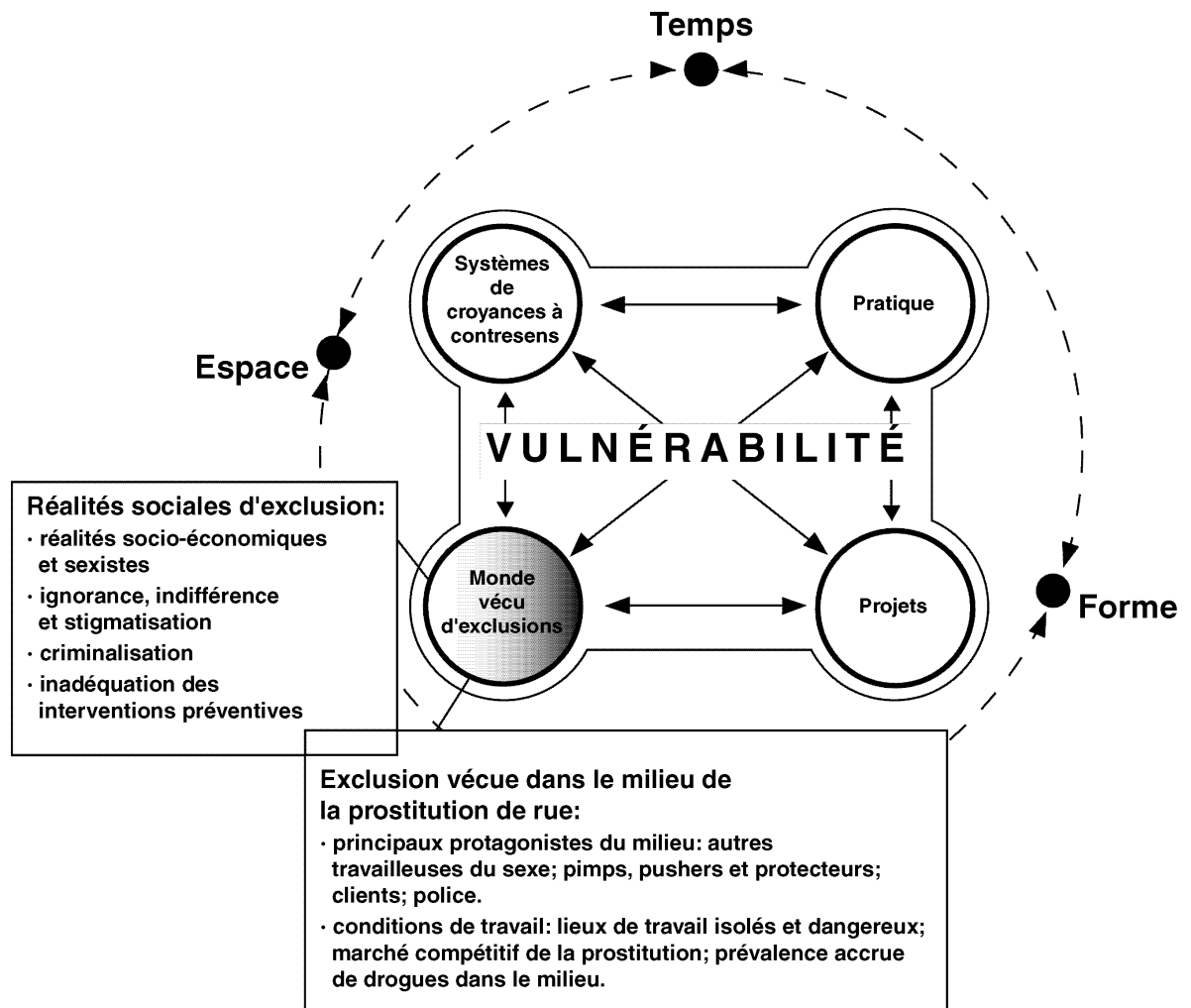


Figure 8. Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : un monde vécu d'exclusions

Des réalités sociales d'exclusion

Dans l'ensemble, les prostituées de rue sont généralement exclues de la société et ne bénéficient donc pas d'un filet de protection adéquat en fonction de leurs besoins. Les principales dimensions de l'exclusion sociale qui façonnent la vulnérabilité au VIH de ces femmes se résument selon les rubriques suivantes :

- Premièrement, la situation socio-économique et le sempiternel sexisme à l'endroit des femmes.
- Deuxièmement, l'ignorance de la société quant aux réalités du monde du travail du sexe en plus de l'indifférence à l'égard des travailleuses du sexe ainsi que la stigmatisation et le mépris dont elles font les frais.
- Troisièmement, la criminalisation des activités liées à l'exercice des métiers du sexe.
- Et enfin, l'inadéquation des interventions apparemment destinées à prévenir la transmission du VIH parmi les travailleuses du sexe en général et les prostituées de rue en particulier.

Des réalités socio-économiques et sexistes

Il s'agit ici de la toile de fond sur laquelle se dessine la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. À prime abord, il appert que la détérioration économique ressentie depuis le début des années 1990 exerce une influence majeure sur la capacité des prostituées de rue de gagner leur vie dans des conditions acceptables et sécuritaires :

Y a quasiment pas de clients, y a quasiment pu d'argent. Y n'a pu d'argent comme y'avait avant. (...) Combien de monde travaille pu ?

Dans ces circonstances, elles doivent alors travailler de plus longues heures et parfois réduire leurs exigences face aux clients qui sont souvent prêts à payer de plus grosses sommes d'argent pour des services sans condoms. Ce faisant, afin de s'assurer d'un revenu adéquat dans un milieu où règne une féroce compétition, ces travailleuses s'exposent davantage au potentiel d'infection par le VIH.

À cette situation particulière aux travailleuses du sexe s'ajoute un contexte plus général qui touche une majorité de femmes. Selon nos discussions, mes co-chercheuses sont d'avis qu'à travers le maintien quasi-universel de leur infériorité socio-économique, les femmes sont exclues de la sphère active de la société, c'est-à-dire celle qui a le pouvoir de faire valoir ses intérêts. En conséquence, nombre de femmes se retrouvent en position de dépendance socio-économique vis-à-vis d'un ou des hommes ce qui, en retour, accroît leur potentiel de vulnérabilité au VIH puisqu'elles ne peuvent alors exiger et appliquer, sans crainte de représailles, les mesures de protection qu'elles jugent nécessaires, que ce soit dans leur vie personnelle ou dans leur vie professionnelle s'il s'agit de travail du sexe. En somme, les participantes ont signalé que le fait d'être femme rend vulnérable à un cycle de dépendance socio-économique et de pauvreté intimement lié à la vulnérabilité à la violence et au VIH... *où c'est pire pour les plus démunies (qui) n'ont rien d'autre que leur corps pour répondre à leurs besoins, aussi fondamentaux soient-ils.*

Cette différenciation socio-économique selon le genre serait, selon mes co-chercheuses, significativement reliée au fait que les femmes exercent moins de contrôle que les hommes sur leur quotidien. En particulier, elles dénoncent que *la discrimination à l'endroit des femmes est encore trop présente à l'approche de l'an 2000 : C'est ça les femmes : « Fais à manger, fais-moé un café, pi ferme ta yeule »*. Selon elles, trop d'hommes fonctionnent encore sur la base de leur *besoin de domination* qu'ils exercent de manière indue sur les *femmes-objets*, qui ne peuvent alors s'affirmer :

- *Quand t'es une femme-objet, t'as pas grand chose à dire. Sois belle et tais-toi.*
- *« Tais-toi » justement, tu peux moins exiger des moyens de protection.*

Ce faisant, elles croient que les prostituées *sont souvent utilisées* par les hommes afin qu'ils puissent exprimer leurs *besoins de domination* :

C'est le reflet de la société qu'est-ce qui se passe sur toutes ces photos là. (...) c'est le reflet d'exactement la société, comment qu'on voit la femme. Faque, c'est autant toé, moé, elle, que les filles qui viennent icitte que ma voisine : sont toutes vues pareilles, sauf qu'elles le savent pas. (...) Mais (elles) sont toutes vues pareilles. (Et) c'est les travailleuses du sexe qui sont utilisées par les hommes pour refléter ce besoin de domination.

Étant ainsi recluses dans cette position de personne « à dominer », les prostituées sont alors très vulnérables à l'exercice de violences à leur endroit, donc moins en mesure d'exiger ou de recourir aux mesures de protection appropriées.

Bref, le monde vécu des prostituées de rue repose sur des réalités socio-économiques et sexistes qui renvoient à l'exclusion quotidienne des intérêts et des voix d'une majorité de femmes dans notre société, exclusion d'autant plus accentuée pour les plus pauvres et objectivées, et qui va de pair avec un accroissement du potentiel de vulnérabilité au VIH.

L'ignorance, l'indifférence et la stigmatisation à l'endroit des travailleuses du sexe

L'exclusion que vivent les prostituées de rue prend davantage de sens pour elles à travers l'ignorance, l'indifférence et la stigmatisation qu'elles ressentent de la part de la société : l'ignorance quant aux réalités difficiles du travail du sexe et du vécu des personnes qui exercent ce métier ; l'indifférence à leur égard, en particulier si elles ont besoin d'aide ; et la stigmatisation qui est considérée comme *un des facteurs de vulnérabilité les plus importants... c'est un facteur hyper-important !*

Même si la prostitution est pratiquée depuis des siècles, la majeure partie de la société ignore ce que constitue cette réalité et le vécu des femmes qui exercent ce travail :

Quand on a pris les photos, j'me sentais comme dans un autre monde. J'trouvais qu'on découvrait des racoins dangereux, juste à côté des rues où on passe tous les jours (...) Il y avait toutes sortes de monde sur (la rue) Sainte-Catherine, et c'est comme si un paquet de gens qui (s'y promènent) ne réalisent pas que dans les ruelles, juste en arrière, y a tout un autre monde complètement différent (qu'ils ne connaissent ni ne comprennent).

En fait, tout se passe à proximité, presque sous leurs yeux, sans que les passants ne le réalisent tout à fait. Les réalités de ces travailleuses étant hors de l'entendement général, il est donc difficile d'obtenir le soutien nécessaire à l'établissement de conditions de travail convenables et sécuritaires ou à l'adaptation du monde environnant en fonction du vécu et des besoins des prostituées de rue.

Selon nos discussions, cette ignorance des réalités de femmes pratiquant la prostitution de rue serait intimement liée à l'état d'indifférence générale qu'elles perçoivent à leur égard : *Tu peux te faire sauter dessus. Le monde là y se retourne pas eux autres là (...) y a personne qui va venir t'aider (...) le monde y se crisse d'eux autres.*

Dans les faits, pour bien des personnes, il peut être difficile d'intervenir de quelque manière que ce soit dans des situations qui leurs sont inconnues ou inconcevables, d'autant plus s'ils ont des préjugés négatifs à l'égard des femmes pratiquant la prostitution.

Ainsi, outre l'ignorance et l'indifférence qu'endurent systématiquement une majorité de prostituées de rue, nous avons amplement discuté de *stigmatisation* et de *mépris* de la part de la société. Il a été question, notamment, de *jugement*, de *regards négatifs de la société*, de *désapprobation sociale*, de *manque de respect* et de *condamnation* : *Tsé (on) est pas considérées du monde correct (...) on fait pas partie des citoyens qu'on dit dans la normalité.*

Par exemple, nombreuses sont les prostituées de rue qui subissent des agressions verbales et physiques de la part de citoyens désireux d'exclure ces femmes de leurs quartiers. Cette condamnation est d'ailleurs accentuée par l'apparition sporadique de graffitis tels « *sida à vendre, salope à louer* », gages de *préjugés* qui renforcent le *regard négatif* et le *mépris* à l'endroit de prostituées et qui, de plus, contribuent à véhiculer des idées fausses sur la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe en général.

Les conséquences de l'ignorance, de l'indifférence et de la stigmatisation font en sorte qu'une majorité de prostituées de rue se sentent *rejetées, humiliées, dégradées, en colère* et continuellement confrontées à une perception aiguë *d'être oubliées et exclues*, d'où la propension à la non-reconnaissance de soi en tant qu'individu et travailleuse du sexe. De plus, étant donné ces perceptions, bon nombre de ces femmes ne savent pas où obtenir de

l'aide ou du support dans le respect de leur différence lorsqu'elles en ont besoin. Elles préfèrent plutôt cacher leur identité lorsque nécessaire ou elles s'isolent davantage dans l'exclusion et se retranchent dans *un autre monde, en marge de la société...* ce qui contribue à accroître leur potentiel de vulnérabilité face au VIH puisqu'elles échappent encore plus à tout filet de soutien et de protection qu'offre normalement la Cité à ses citoyens.

La criminalisation des activités liées à la prostitution

Nous avons abondamment discuté de la criminalisation des activités liées à la prostitution. Il s'agit là, selon les participantes, d'une forme de stigmatisation institutionnalisée qui contribue considérablement au vécu d'exclusion sociale et de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. Et puisque ces femmes sont les plus visibles d'entre toutes les travailleuses du sexe, ce sont elles qui, le plus souvent, finissent par être traitées comme des criminelles avec *les menottes dans le dos, la prise des empreintes (et) l'attente au poste de police, avant d'être traînée(s) en cour.*

Étant d'emblée étiquetées comme des criminelles potentielles, voire accomplies, il s'avère donc difficile de recourir au soutien de la police lorsque ces femmes deviennent victimes d'actes de violence. Ces agents *ne (les) prennent pas au sérieux* et rejettent leurs requêtes d'aide sous prétexte qu'elles ont *couru après le trouble*. Dès lors, elles constatent qu'elles n'ont pas les mêmes droits à la protection que l'ensemble des citoyens et qu'elles sont laissées à elles-mêmes pour se défendre. Dans la mesure où elles seraient reconnues comme travailleuses plutôt que criminelles, les participantes sont d'avis qu'il serait possible de *se constituer un réseau ou un syndicat légal, comme une Commission des normes de santé et de sécurité au travail, pour se protéger et protéger (leurs) droits*. Mais le contexte légal rend cette possibilité, pour le moment, utopique.

D'autre part, le scea de *criminelle* fait en sorte que les comités de citoyens se sentent d'autant plus justifiés d'exercer leurs pressions, tant sur les instances de gouvernement local et sur les forces policières que sur les prostituées de rue, afin de chasser ces femmes de leurs quartiers *pour protéger leurs enfants et leur environnement*. J'en ai déjà fait mention, étant continuellement déplacées, il devient alors plus difficile pour ces femmes de développer un sentiment d'appartenance à une communauté ou à un quartier donné et de se constituer un réseau solidaire de support et de surveillance mutuelle :

Pis ça, tous ces déplacements là (...) c'est parce qu'on est rejetées, mais en même temps, ça rend difficile de s'organiser entre nous autres aussi, si on est toujours dispersées, séparées, déplacées. Ben y faut que tu t'habitues dans un autre quartier, faut que tu r'connaittes un autre pusher, d'autres lieux pour aller boire. C'est très, très, très difficile de changer de

boutte. (...) C'est difficile quand les gens sont dispersés. (...) Si t'es toujours déplacée d'un bord pis de l'autre, ben tes réseaux sont toujours brisés. Y'a pas moyen de créer des liens avec les gens.

Bref, la criminalisation des activités liées à l'exercice de la prostitution et l'étiquette de criminelle attribué aux prostituées de rue constituent des sources importantes d'exclusion qui font en sorte qu'il est difficile de s'assurer d'une protection adéquate et solidaire contre une multiplicité d'agressions, dont le VIH constitue une des finalités les plus tragiques.

L'inadéquation des interventions préventives

Les participantes sont d'avis que les interventions orchestrées par l'institution de la santé publique¹ et visant à prévenir la transmission du VIH *ne circulent pas comme il faut* et sont plus ou moins bien adaptées aux milieux dans lesquels évoluent les travailleuses du sexe dans leur ensemble et les prostituées de rue en particulier.

Les interventions invoquées comprennent, notamment, la diffusion d'information sur les mesures de prévention, l'accessibilité aux outils de protection nécessaires (condoms, seringues, eau de Javel, eau propre, filtres) et la disponibilité d'agents de soutien. En règle générale, ces interventions ne seraient pas suffisamment développées, ni adaptées aux réalités des travailleuses du sexe. Et sans accès à l'information et aux moyens de protection adéquats, comment assurer des comportements préventifs à l'égard du VIH ?

Les propos suivants illustrent l'inadéquation des interventions préventives :

- *Ben moé, un moment donné, j'avais pas entendu parler de ça des condoms (comme moyen prophylactique). Moé des condoms c'tait pour pas être enceinte (...)*
- *T'avais pas l'information ? On t'en avait pas parlé ?*
- *Non, je l'avais pas l'information (...)*
- *Bon, mais y a cinq ans là, comment ça se fait que t'avais pas entendu parler de l'information ? C'était dans les journaux, à la TV (et il y avait aussi quelques travailleurs de rue et de milieu).*
- *Moé j'lisais pas. Tsé quand j'consommait là, moé j'lisais pas les journaux, j'écoutais pas la TV. (J'étais) dans mon monde à moé. Tout ce qui m'intéressait, ben moé, ch'savais toutes les jokes, les nouvelles jokes en ville. Moé, fallais que j'fasse rire mes clients pis fallait que j'me déshabille surtout. Tsé ch'savais toute c'que j'avais à faire dans ma job. Des condoms, on n'en parlait pas tant que ça. En tout cas, ben moins qu'aujourd'hui.*

¹ Cette institution inclut, de l'avis des participantes, le Ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre ainsi que les CLSC de la région.

(...)

Dans le temps, moé j'ai fait tous les motels, les beaux motels (...) pis y'en avait pas de distributrices de condoms. Y'a des distributrices de pâte à dents, de chocolats (...) Mais tsé, y'araient pu mettre des condoms à place de mettre du chocolat pis des bouteilles de champagne dégueulasses, y'araient pu nous mettre des condoms.

Outre que ces propos laissent entrevoir des voies d'intervention, en partenariat avec des organismes communautaires du milieu ou des commerces abritant des activités reliées à la prostitution, l'inadéquation des interventions en prévention du VIH contribue significativement au sentiment d'exclusion que vivent des prostituées de rue dans la mesure où les individus et les institutions qui *devraient aider les autres qui en arrachent* ne semblent pas le faire. Évidemment, l'on pourrait arguer que les interventions sont adéquates, mais que c'est la clientèle qui n'est pas disposée à les recevoir. Il s'agit, certes, d'une population difficile à rejoindre étant donné sa marginalité. Toutefois, dans un contexte global d'exclusion, un tel argument risque plutôt de consolider cette exclusion et de désengager davantage les intervenants potentiels.

En somme, l'environnement social contemporain renvoie à plusieurs réalités d'exclusion dont les multiples sens varient certainement d'un individu à l'autre dans le temps. Des réalités socio-économiques et sexistes, l'ignorance, l'indifférence et la stigmatisation quotidiennes, la criminalisation et l'inadéquation (perçue) des interventions en prévention du VIH contribuent tous à accroître la vulnérabilité des prostituées de rue. Se confirment alors leur marginalité, leur sentiment d'exclusion ainsi que leur perception d'être des citoyennes de deuxième ordre, d'où leurs reproches :

On n'a pas notre place dans la société ! ... (Puis) si ça reste (comme ça), c'est parce qu'en quelque part, y a des gens qui sont ben d'accord... pi la société est coupable d'accepter ça !

L'exclusion vécue dans le milieu de la prostitution de rue

Mis à part l'exclusion d'ordre sociétal plus général, de multiples réalités d'exclusion sont à l'œuvre au sein même du milieu de la prostitution. À cet effet, les participantes ont discuté des principaux protagonistes évoluant dans le monde de la prostitution de rue et de leurs dures conditions de travail.

Les principaux protagonistes du milieu de la prostitution de rue

Selon les participantes, les principaux acteurs du monde de la prostitution de rue sont liés entre eux par une multitude de projets et d'intérêts concurrentiels qui tendent à favoriser l'exclusion mutuelle entre les prostituées de rue, à exclure les intérêts de ces travailleuses et

à consolider l'exclusion sociétale dont il vient d'être question. Parmi les principaux protagonistes du milieu qui contribuent à l'exclusion et à la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH on trouve : les autres travailleuses du sexe ; les *pimps*, les *pushers* et les protecteurs de tout genre ; les clients ; et la police¹.

- Les autres travailleuses du sexe : chacune pour soi

Le monde vécu des prostituées de rue est fréquemment caractérisé par l'individualisme où *chacune (travaille) pour soi dans (son) coin*. Ces femmes sont alors divisées entre elles, isolées les unes des autres et, ce faisant, s'excluent réciproquement. En l'occurrence, elles deviennent davantage vulnérables au VIH parce qu'elles sont moins en mesure d'exercer une certaine surveillance pour se protéger mutuellement face à l'adversité. Cette exclusion réciproque fait également en sorte qu'elles ne peuvent offrir support et encadrement aux nouvelles venues afin d'assurer le partage de *trucs du métier* ainsi que le respect de normes de pratique pouvant favoriser leur sécurité et leurs droits individuels et collectifs à de meilleures conditions de travail.

Ce manque de solidarité et de *liens fraternels* (ou plutôt sororaux !) est, d'une part, perpétré par une certaine hiérarchie établie entre les travailleuses du sexe. D'autre part, j'y reviendrai plus loin, les conditions dans lesquelles les prostituées de rue exercent leur métier ainsi que les projets poursuivis par d'autres protagonistes du milieu contribuent également à cette exclusion mutuelle.

Ainsi, les femmes réfèrent à différentes catégories distinctes de travailleuses du sexe qui attirent différentes classes de clients. Dans cette hiérarchie, les prostituées de rue, en particulier celles qui consomment de la drogue, sont situées *au bas de l'échelle* et sont *les plus méprisées* d'entre toutes parce qu'elles sont *plus n'importe qui* et considérées peu enclines à se soucier de normes de pratique propres aux travailleuses du sexe professionnelles :

...j'ai toujours l'vé le nez sur cté filles qui travaillaient su Saint-Laurent et Sainte-Cath... j'veux dire, sont basses en tabarouette.

Dès lors, celles qui évoluent dans des réalités qui présentent le plus grand potentiel de vulnérabilité, vu leurs habitudes de consommation de drogues et leurs conditions de travail,

¹ Évidemment, les citoyens vivant dans les quartiers où s'exerce la prostitution de rue poursuivent des projets qui vont également à l'encontre des intérêts des travailleuses du sexe. Le démantèlement du projet pilote de déjudiciarisation de la prostitution de rue en mars 2000 à Montréal en est un exemple flagrant. En revanche, puisqu'il est ici question du milieu de la prostitution, je ne traite que des personnages y figurant au tout premier plan. Il est plutôt fait mention des citoyens à la section précédente.

figurent parmi les travailleuses du sexe les plus isolées et les plus exclues étant donné la division qui règne dans le milieu et le mépris à leur égard. D'où leur difficulté à s'allier à d'autres travailleuses du sexe pour tenter de lutter contre leur vulnérabilité :

Quand on se méprise pis qu'on est divisées, comment veux-tu qu'on aie de l'aide pis qu'on s'entraide ?

- Les *pimps*¹, les *pushers* et les protecteurs : des profiteurs de tout acabit

Le *verbatim* suivant résume bien la situation :

À c't'heure c'est les pushers et les pimps qui ont le contrôle. Avant, c'tait les filles. La main, c'tait aux prostituées.

En effet, il ne suffit que d'une brève observation sur le terrain pour réaliser que les *pimps*, les *pushers* et une kyrielle de protecteurs foisonnent dans l'arène des prostituées de rue les plus vulnérables afin de profiter de leur main d'œuvre et d'encaisser une partie ou la totalité de leurs gains. Selon les participantes, ces acteurs font abstraction des intérêts matériels, physiques ou psychologiques des prostituées de rue concernées tout en s'imposant à titre de dirigeants responsables de l'organisation de leur travail. Et tout ceci semble se passer, du moins en partie, malgré la volonté de ces femmes.

Par exemple, bien que la plupart des prostituées de rue ne considèrent pas travailler pour un pimp, il arrive que leurs chums jouent ce rôle non avoué ; ou si elles reconnaissent être au service d'un pimp, celui-ci est souvent assimilé comme étant un chum. Pourtant, il semble que les intérêts de ces hommes sont principalement d'ordre pécuniaire tandis qu'une bonne partie de « leurs femmes » sont à la recherche de l'amour :

Mais les filles disent qu'y ont pas de pimp, c'est leu chum qui est juste un pimp. (...) Y n'a deux-trois filles qui travaillent pour lui (...) j'connais pas un gars qui a juste une fille qui travaille pour lui. Tsé j'veux dire, mais c'est son chum, c'est son amour... faque a le dira pas que c'est son pimp, a va dire : « C'est mon amour, c'est mon chum ». (...) Pis son argent, a va y donner. Son chèque (de la sécurité du revenu), a va y donner si a n'a un.

À plus ou moins court terme, les femmes en question se trouvent donc avec peu de moyens pour exercer leur autonomie ou toute forme de contrôle sur l'organisation de leur travail. D'ailleurs, leurs chums ont tout intérêt à les garder exclues de la gestion de leur travail et isolées de tout réseau qu'ils ne contrôlent pas afin de continuer à profiter de leur main d'œuvre.

Autre exemple, les *profiteurs* à l'affût de jeunes filles fugueuses qui sont *des bonnes cibles pour (ces hommes)*. Ces individus veillent à identifier (*celles qui*) *arrivent d'en dehors de la*

¹ Proxénète, souteneur, maquereau.

ville, qui n'ont pas d'argent, qui ne savent pas où aller se coucher, qui sont en état de survie et *sans défense (afin de les) protéger*. Par la suite, ces filles se retrouvent rapidement endettées envers ces « protecteurs » qui les ont *aidées et accueillies* et elles doivent alors *travailler pour eux* dans des conditions contraignantes et généralement empreintes de violence physique et psychologique. Ce faisant, elles vivent une double exclusion face aux autres travailleuses du sexe : premièrement, elles ont peu d'occasions d'échanger avec d'autres femmes du milieu puisqu'elles sont sous la surveillance et la garde constante de leurs « protecteurs » ; et deuxièmement, elles ont tendance à susciter le mécontentement des autres travailleuses puisqu'elles enfreignent souvent, sans le savoir, les normes de pratique établies étant donné qu'elles n'y sont pas directement initiées et encadrées par les femmes du milieu. Par exemple, elles ont davantage tendance à offrir des services sexuels sans condoms ou à exiger des tarifs moins élevés ce qui fait chuter et fluctuer les prix, en plus d'accroître la compétition et la division entre les prostituées.

- Les clients : en quête de services

Personnages principaux sur la scène de la prostitution, les clients sont en quête de services correspondant à leurs besoins. Et tout comme les *pimps*, les *pushers* et les protecteurs, ils constituent un groupe d'acteurs qui ne tiennent pas du tout compte des intérêts de celles qui leur vendent les services. Ceci étant, il y a les *mauvais clients* et les *bons clients*.

Puisqu'il est question de vulnérabilité, nous avons surtout discuté des *mauvais clients*, qualifiés de *méchants crétins, dangereux et fous* en quête de voies d'expression pour leur agressivité. Parmi ceux qui constituent une menace importante pour les prostituées de rue se trouvent les clients motivés par leurs *fantasmes de domination* :

C't'un fantasme pour certains monsieurs d'aller se pogner une vraie pute comme qu'y disent (...) C'est un méchant fantasme pis y l'font. (...) C'est les instincts animaux qui ressortent faque y s'disent (...) j'vas pogner la plus croche qu'y a pas. Moé j'ai déjà entendu des gars le dire (...) juste pour le kick, l'humiliation de la mettre à terre. Pour le trip de l'humiliation et de la domination.

Dans ces circonstances, plusieurs prostituées se font menacer, voler, frapper et violer, ce qui comporte sans contredit un risque important de relations sexuelles non protégées.

Néanmoins, les mauvais clients représentent généralement une minorité. En revanche, cette minorité s'avère croissante lorsque la police exerce ses « opérations clients » puisque de telles interventions ont pour conséquence de dissuader les bons plutôt que les mauvais clients de solliciter des services sexuels.

Les *bons clients* quant à eux, sont les clients respectables, qui paient bien (soit en argent ou en drogues), *qu'on vient qu'à bien connaître*, pour qui il y a même parfois une certaine compassion :

Pauvre eux autres. Tsé, y ont pas c'qu'y veulent chez eux, faque y vont ailleurs, (...) C'est vrai pareil que, des fois, y font pitié les clients.

Toutefois, ces clients en qui les femmes font confiance, à qui elles veulent rendre de bons services afin de s'assurer de leur fidélité et qui deviennent donc *des réguliers* contribuent également à accroître le potentiel de vulnérabilité au VIH des travailleuses du sexe dans la mesure où ils ont davantage droit à des *services spéciaux* :

Des fois, le client, yé régulier, pis y peut donner plus si tu prends pas de condoms, pis là surtout si t'es en manque (de drogues, d'argent), tu dis oui.

Dans de telles circonstances, malgré le fait que les intérêts immédiats des femmes concernées puissent être satisfaits, leur sécurité et leur bien-être se retrouvent tout de même mis de côté, puisqu'on ne peut jamais savoir avec certitude quel client sera porteur du VIH.

- La police : une surveillance répressive qui exclut

Nous en avons amplement discuté, les participantes s'entendent sur le fait que la police exerce une surveillance *répressive, trop étroite, contrôlante, humiliante*, fortement teintée de *harcèlement* et de *menaces*, et qui fait en sorte qu'il est difficile pour les prostituées de rue de pratiquer leur métier de manière sécuritaire. En effet, quoique leurs relations avec la police soient parfois, voire exceptionnellement, considérées positives, la plupart des interactions qu'ont les prostituées de rue avec ces agents s'avèrent problématiques et porteuses d'un potentiel accru de vulnérabilité à la violence et au VIH puisqu'il importe de tout faire pour s'extraire le plus rapidement et efficacement possible de leur champ de surveillance et d'action. L'échange suivant est éclairant à ce sujet :

La police m'a sauvé la vie. Si y m'avaient pas arrêté (...) j'serais morte d'une overdose. Y m'ont sauvé la vie. Y'ont juste leur job à faire, c'est toute. (...) Y sont pas méchants. (...) C'est comme des pôpas, c'est toute des pôpas. Eux autres, leur goût c'est pas de t'embarquer pis de te faire faire de la prison. C'est de te sortir de la marde. (...) (C'est) des alliés possibles. En cas de détresse, y travaillent avec nous autres.

(...)

Avec nous autres, c'est moins des alliés que d'autre chose. Si y te voient à terre, y vont te ramasser pour te sauver la vie ou quoique ce soit, mais si on regarde grosso modo, y nous rendent plus, les travailleuses du sexe, vulnérables à faire des esti de gaffes, à se dépêcher, à pas négocier, à embarquer avec des clients violents, à pas mettre de condoms, à pas avoir le temps de réfléchir (...) pis à travailler dans des racoins cachés.

La présence policière fait donc principalement en sorte que les prostituées de rue se sentent *surveillées et pressées d'agir* afin de ne pas se faire intercepter. Elles ont *peur de se faire attraper par la police* :

... j'ai peur d'aller en prison, faque moé j'ai un mandat contre moé, pis si la police me voit, ben y m'embarque faque chu toujours en train de me tchéquer, chu paranoï constamment, pis en même temps, j'ai peur. Moé, j'ai peur (...) J'veux pas me faire arrêter, j'veux pas aller en prison.

Et dans ces circonstances, plus elles ont peur, plus leur vulnérabilité au VIH s'accroît : *(Quand t'as peur) c'est plus difficile de prendre le temps de négocier avec un client pour pas qu'y te mette en danger. Pour le port du condom, pour l'argent, pour tout. (...) Pis ceux qui se piquent aussi, t'as toujours peur de te faire prendre par en arrière (...) alors tu prends pas le temps de nettoyer ta seringue comme il faut.*

Dès lors, pour éviter la surveillance policière, ces femmes se voient contraintes à travailler dans des endroits cachés et isolés, *encore plus underground*. Ce faisant, elles s'exposent davantage à l'exercice de violences de la part de clients, exacerbant ainsi leur vécu de peur et de vulnérabilité au VIH :

Déjà là (à cause de la police), t'es isolée du monde. T'as peur, t'as une crainte, tu sais pas comment y (le client) va réagir (...) Y peut t'en donner deux, trois (coups) dans le visage, tu tombes à terre, y va te sauter sans condom, tu peux te faire sodomiser, violer, y peut être contaminé... pis personne est là pour t'aider, parce que t'es cachée.

En somme, à titre d'acteur principal de l'entreprise de criminalisation de la prostitution et de judiciarisation des prostituées, la police accroît considérablement le vécu d'exclusion de ces femmes et leur vulnérabilité au VIH. Aux dires d'une des participantes :

Pis c'est là aussi qu'on voit finalement que la criminalisation, la répression par la police, les lois restrictives, ça marche pas parce que, finalement, les femmes se r'trouvent encore plus démunies, exclues, pis moins protégées... encore plus éloignées de toute protection et plus vulnérables.

Des conditions de travail qui aiguisent l'exclusion

Mis à part la présence d'acteurs poursuivant des projets qui exacerbent la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, des conditions de travail particulièrement difficiles viennent consolider ce monde d'exclusions et l'incapacité de s'assurer d'une protection adéquate. À cet égard, nous avons discuté des lieux de travail isolés et dangereux où évoluent ces femmes, du marché libre et concurrentiel de la prostitution et de la prévalence accrue de

drogues dans le milieu de vie des prostituées de rue. Il s'agit là d'un ensemble d'adversités inextricablement inter-reliées.

- Des lieux de travail isolés et dangereux

Les lieux où gravitent les prostituées de rue pour exercer leur métier offrent généralement peu de possibilités de protection. Je l'ai mentionné plus tôt, elles se retrouvent souvent seules et isolées et sont ainsi systématiquement exposées à un potentiel élevé d'agressions avec lequel elles doivent généralement composer sans renforts :

Y a pas de lieux de travail d'organisés pour les travailleuses du sexe où elles peuvent travailler en sécurité ou tenter de s'organiser entre elles.

En règle générale, les prostituées de rue échangent leurs services sexuels là où elles le peuvent, parfois chez le client, mais surtout dans des autos, des fourgonnettes (*des boîtes noires où tu sais même pas ce qui va t'arriver, où t'es complètement coupée du monde*), des maisons de chambres, des *chambres de touristes* (*Y a ben des filles qui se font battre din tourist room par des mauvais clients*), des petits hôtels et des motels où y a pas de (*poste de*) sécurité, à l'arrière de bars et de tavernes, dans des terminus d'autobus, dans la rue (*sur le bord du trottoir*), dans des stationnements *entre deux chars*, dans des ruelles et aux abords de parcs publics. Elles décrivent souvent ces environnements comme étant insalubres (*Y a des cochonneries qui traînent partout*), *laid*s et suscitant la peur ainsi qu'un sentiment de vulnérabilité :

*C'est laid au boutte. C'est sournois, c'est inquiétant, c'est vraiment la peur qui t'habite (...)
Puis quand j'ai peur, chu vulnérable (...) J'me sens pas protégée (...) J'peux me faire attaquer.*

Pour celles qui travaillent surtout à l'extérieur, il s'agit généralement de *racoins cachés*.

Dans ces endroits, elles sont à l'abri des intempéries et suffisamment invisibles pour s'extraire de la surveillance policière et pour ne pas se faire voir ni *juger* par la société. Ces endroits leur permettent également de *se mettre plus d'argent dans (les) poches* puisqu'elles ne sont pas *obligées de (trouver et de) payer (une) chambre*. Elles peuvent donc *faire ça vite (sur place)*. Toutefois, malgré certains avantages, ces travailleuses qualifient ces endroits de *trous* et de *death traps* parce qu'elles s'y trouvent *vraiment isolées*, donc à la merci de clients pouvant *leur sauter dessus* :

Dans les death traps, ce qui rend vulnérable, c'est si t'as besoin d'aide, t'as beau crier... t'es isolée des gens. C'est caché.

De plus, ces racoins servent parfois d'abris temporaires à des itinérants ou à des jeunes de la rue qui constituent d'autres personnages pouvant potentiellement agresser les prostituées à l'abri des regards.

- Le marché compétitif de la prostitution

Considéré sous un autre angle, le métier de prostitution de rue se pratique dans un marché hautement compétitif où les clients exercent leur libre choix, ce qui n'est pas sans conséquences :

Le client, y prend c'qu'y veut, pis y s'en va (...) Comme tu peux être sur la rue 4-5 heures de temps pis tu casses pas la glace. Y'a rien de sûre là-dedans. C'est de la vente (...) C'est très dure. (...) Les clients, y'arrivent dans l'boutte, y savent quelle fille qu'y a là. Faque tsé, si le gars y s'en va voir sa régulière, pis y a une nouvelle deboutte su'l'coin, mais y va pogner la nouvelle. La régulière a l'aura pas son argent. Ça va faire de la chicane. Parce qu'à c't'heure, (elles) sont 4-5 sur le même coin, pis elles se battent, elles se chicanent pour les clients.

C'est alors *la meilleure qui gagne...* soit, la plus jeune et la plus belle, mais parfois celle qui offre des services spéciaux (i.e. sans condoms), ce qui, en retour, accentue la division entre *les bonnes et les mauvaises prostituées.*

La compétition fait donc partie des principales conditions qui font entrave à l'établissement de liens de solidarité et d'entraide entre les prostituées de rue, où chacune travaille pour soi et devient alors plus vulnérable aux multiples risques inhérents au métier. Cette compétition se trouve d'autant plus accentuée parmi ces femmes qu'elles sont souvent confinées à exercer leur métier dans des lieux plutôt hostiles, où de moins en moins de clients osent s'aventurer. S'ensuit un déséquilibre entre l'offre de services et la demande, d'ailleurs exacerbé par les fluctuations de la clientèle qui n'arrive pas à suivre les déplacements fréquents que subissent les prostituées de rue, pourchassées comme des criminelles par la police et les citoyens. En somme, la compétition serait à la fois source et conséquence d'exclusions qui potentialisent la vulnérabilité au VIH.

- La prévalence accrue de drogues dans le milieu

Afin de compléter ce portrait du monde vécu d'exclusions, je rappelle ici que nous avons également traité de la prévalence accrue de consommateurs de drogues et de toxicomanes dans le milieu de la prostitution, particulièrement parmi les prostituées de rue depuis les années 1990 :

Avant (...) on travaillait pas gelées. Maintenant, c'est pu ça (...) Les filles se gèlent beaucoup.

Or, la concentration accrue de drogues dans le milieu de la prostitution de rue a une incidence importante sur la division et la compétition entre les travailleuses du sexe ainsi que sur leur exclusion des quartiers où elles vivent et travaillent – des dynamiques qui, telles qu'exposées plus haut, accroissent leur vulnérabilité au VIH. D'une part, l'expérience de la solidarité semble être quelque chose du passé, perdue, en grande partie, à cause de l'expansion du marché de la drogue :

*C'est moins proche qu'avant (quand) il y avait pas autant de drogues pis les filles se tenaient un peu plus ou, en tout cas, étaient plus en mesure de se surveiller les unes les autres.*¹

D'autre part, la présence accrue de prostituées-toxicomanes qui ne respectent pas les normes de pratique et les échelles de prix en vigueur fait *fluctuer le marché* et exacerbe la compétition entre les travailleuses du sexe. Enfin, avec la drogue s'accroît l'infiltration des *pushers* et des *pimps* ainsi que la criminalité qui y est reliée, ce qui, en retour, justifie les activités policières et les pressions des citoyens qui contribuent à accroître les mouvements d'exclusion à l'endroit de ces femmes.

La présence de la drogue dans la vie des prostituées de rue est donc un catalyseur important de leur vulnérabilité au VIH, tant sur le plan des pratiques d'injection qui ont généralement cours dans le milieu des toxicomanes de rue que sur le plan de la dynamique d'exclusion entre les travailleuses du sexe elles-mêmes ainsi qu'entre ces femmes et la société dans son ensemble.

En résumé, le monde dans lequel vivent les prostituées de rue témoigne d'une multitude de réalité d'exclusions : des exclusions socio-économiques, liées au genre, culturelles, légales, sociales et politiques ainsi que des exclusions au sein même du milieu de la prostitution, perpétrées par ses divers acteurs et des conditions de travail difficiles. Il s'agit là d'une diversité d'exclusions interdépendantes qui font essentiellement entrave à l'habileté de ces femmes d'adopter des mesures pouvant favoriser une certaine protection contre le VIH.

Considéré sous un autre angle, ce monde d'exclusions est également le résultat de projets, d'intentions ou de desseins qu'incarnent les diverses instances constituant le quotidien des prostituées de rue vulnérables. Par exemple, la criminalisation de la prostitution vise la sauvegarde de valeurs morales dominantes ; le sexisme vise la préservation d'une souveraineté masculine ; et les *pimps*, les *pushers* et les profiteurs visent, tels que nous les

¹ Paradoxalement, une forme de solidarité refait surface lorsque des prostituées-toxicomanes décident de s'entraider pour obtenir de la drogue : (...) *Ou si y décident de tripper à deux, ben c'est cool. Y'en a une qui travaille (i.e. fait des clients), l'autre à surveillance, pis (après) y vont s'acheter de la coke. Y a de la drogue en arrière de ça qui fait qu'y vont (s'aider).*

avons dépeints, à contrôler le milieu de la prostitution et à s'accaparer des profits du labeur des femmes qu'ils encadrent. Néanmoins, dans toute cette mise en scène, les femmes concernées ne font pas que subir cette multitude de projets en tant qu'objets accessoires à la réalisation des desseins d'autrui. Elles sont également actrices engagées poursuivant leurs propres finalités et projets. Je propose, en l'occurrence, de considérer la nature et la trajectoire des projets que poursuivent les prostituées de rue vulnérables au VIH.

DES PROJETS (DÉ)CONSTRUCTEURS ET EN INTERFÉRENCE

La notion de projet renvoie à une réalisation en fonction de buts et d'intérêts. S'y trouve alors inscrit un processus de construction. Toutefois, chaque construction comporte inévitablement un processus de destruction, voire de déconstruction d'autres projets en cours à travers les transformations qu'engendre son existence. Vu autrement, tout projet, aussi constructeur soit-il, comporte des éléments destructeurs de par son interférence avec d'autres projets. À la fin, les conséquences de nos projets seront plutôt constructrices ou destructrices selon la conjonction des interférences.

En ce qui concerne les projets que poursuivent les prostituées de rue vulnérables au VIH, nos propos ont davantage porté sur des projets personnels aux conséquences plutôt destructrices. En fait, il semble que leurs projets destructeurs ont préséance sur des projets plus constructifs, d'où la terminologie de « projets (dé)constructeurs » pour qualifier les principales finalités que privilégient ces femmes, soit des finalités à la fois constructrices et destructrices, avec une tendance à être tout de même plus destructrices. Nos propos indiquent, en particulier, que l'actualisation de soi chez les prostituées de rue vulnérables au VIH passe par la satisfaction de certains *besoins* d'ordre physique, psychologique, matériel et affectif qui deviennent progressivement des *obsessions* qu'il importe de combler à tout prix : au prix de la poursuite d'autres projets plus positifs, de sa relation au monde et même de sa propre vie.

À cet égard, les projets dont nous avons discuté sont fonction de la satisfaction de besoins de trois ordres : le besoin de drogues, le besoin d'argent et le besoin d'amour ou d'un sentiment d'appartenance et d'affiliation. Il a également été question, en filigrane, du projet de survie. Ce dernier, intrinsèque à tout projet¹, permet d'entrevoir le potentiel de construction qui demeure malgré tout présent chez ces femmes vulnérables. Enfin, je traiterai de la question de l'interférence des projets pour davantage mettre en perspective le

¹ Je pars du postulat que dès qu'il y a un projet, il y a une vie et une survie. Le non-projet, celui qui n'existe pas, n'est possible qu'après la mort consommée.

potentiel destructeur inhérent au phénomène de la vulnérabilité au VIH. La Figure 9 identifie les éléments faisant l'objet de présentation dans les pages qui suivent.

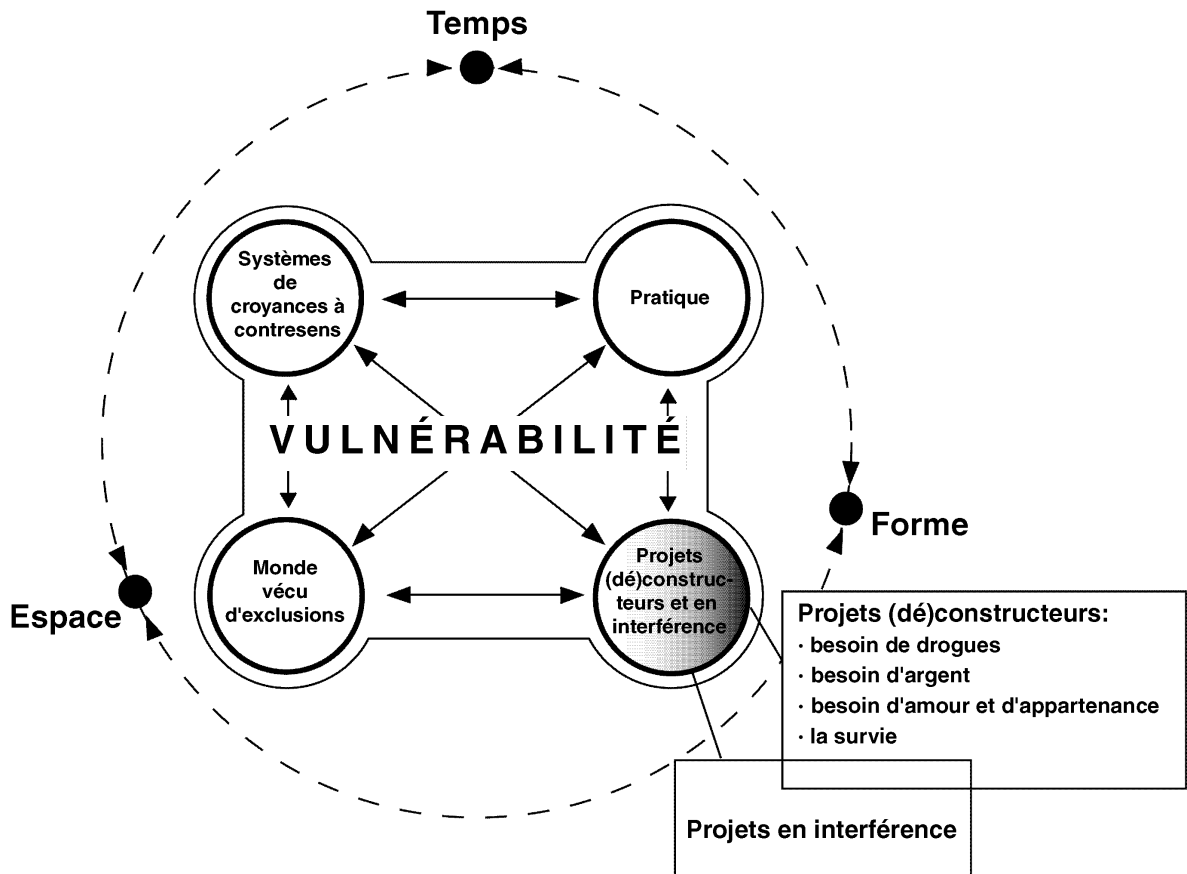


Figure 9. Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : des projets (dé)constructeurs et en interférence

Les projets (dé)constructeurs inhérents à la vulnérabilité au VIH

Le besoin de drogues

Le vécu de toxicomane en quête de satisfaction de son besoin pressant de drogues a été amplement abordé durant nos discussions. À prime abord, nous avons discuté des multiples *oublis* que ce projet toxicomaniaque engendre. Outre l'oubli d'autrui, de l'existence du monde autour de soi et de satisfaire ses propres besoins primaires comme manger, boire et dormir, les femmes *en urgent besoin de drogues* oublient de s'organiser des conditions d'injection et de travail sécuritaires. À cet effet, elles *oublient* de s'assurer d'un approvisionnement suffisant de seringues neuves pour ne pas se retrouver *oblig(ées) d'emprunter*. Ou encore, elles *oublient* de s'assurer que le client porte un condom.

Nous avons tout particulièrement discuté de *l'état de manque* qui caractérise l'oubli inscrit dans le projet toxicomane de ces femmes vulnérables. Par exemple, le besoin de drogues devient omniprésent à un point tel que seul le fait de voir une seringue ou de recevoir une injection dans un contexte thérapeutique peut créer un état de manque psychologique, et même physique :

Juste le fait d'une piqûre pour la grippe. Une piqûre pour la grippe ! Ça vient tout chaud en dedans. (La fille) a dit envoye, donne-moi z'en une autre (piqûre), envoye, donne-moi z'en une autre. C'est juste le fait d'avoir la seringue...!

Par ailleurs, afin d'illustrer jusqu'où peut aller ce besoin de drogues, une femme a rapporté que des personnes (*peuvent même*) *gratter des sacs vides de cocaïne* pour en recueillir les *traces de coke*, ce que les participantes ont qualifié de *très bas* :

Bon ici là, si vous voyez ben, y a un sac de coke là. Quelqu'un qui verrait le sac avec encore du blanc dedans (...) Pour quelqu'un qui est en manque, y reste tout le temps de la cocaïne (...) tu mets de l'eau (dans le sac), tu mets un petit peu d'eau, tu l'sais, pi si t'as trois autres sacs de même, ben tu te fais un hit avec ça (...) Même si y'a rien, au moins tu buzz.

Au terme de ces propos, une participante a ajouté :

(...) c'est sûr que tu ferais jamais ça si t'étais pas en manque (...) Quelqu'un qui est en manque de hit se rentre n'importe quoi dans le bras.

Autrement dit, le besoin omniprésent de drogues et *l'état de manque* qui s'y trouve associé exhortent à poser des gestes malgré soi, en dehors de sa capacité d'exercice de contrôle :

Faut que j'sois en manque au boutte. Même si chu pu capable, chu au dernier degré, des fois j'étais pu capable tabarnac pis j'en cherchais encore, j'en voulais encore, j'savais que j'tais pu capable d'en prendre, mais j'continuais (...) j'étais s'a run (...) j'avais perdu l'contrôle.

Et plus elles continuent, prises dans une sorte d'engrenage, plus les conséquences sont destructrices sur un plan physique et psychologique pour ces femmes :

Tes trois jours sans dormir (...) quatre-cinq jours sans manger (...) J'me maquillais pu, rien. J'étais noire jusque là. J'm'en câlissais (...) J'étais défaite au boutte. J'étais maigre comme un pic ; j'pesais 82 livres, 85 maximum (...) J'étais misérable.

Ainsi, le besoin de drogues, certes associé au plaisir et à un sentiment de liberté dans les premiers temps de la consommation, s'inscrit dans un projet toxicomane qui comporte des conséquences destructrices pour celles qui en dépendent et qui deviennent, en quelque

sorte, prises en otage par un *état de manque* qu'il faut combler le plus rapidement possible, qu'importe les conditions. Selon mes co-chercheuses, il s'agit, pour ainsi dire, d'un *état d'urgence et d'oubli* qui dicte les gestes et les actions à poser – des gestes et des actions qui sont loin de favoriser le maintien d'un état de santé optimal et la protection du VIH.

Le besoin d'argent

Lorsqu'il est question de vulnérabilité au VIH, le besoin d'argent chez les prostituées de rue, qui sont *les plus pauvres* d'entre toutes les travailleuses du sexe, est principalement circonscrit en fonction du besoin de drogues qu'elles doivent se procurer à tout prix. En fait, beaucoup de ces femmes dépensent la presque totalité de leur argent dans la drogue : *J'ai fait d'argent en crime moé. J'sais pas c'que j'ai fait avec. J'me suis gelée.*

Ce faisant, c'est en tentant d'obtenir l'argent recherché qu'elles s'exposent au risque d'agressions de toutes sortes et à des transactions sexuelles non-protégées qui accroissent leur état de vulnérabilité au VIH :

C'est ça qui rend vulnérable. Tsé là moé, ça me prend de l'argent à n'importe quel prix, pis t'oublies les condoms, t'oublies toute. (...) (Tu fais) des clients sous n'importe quelle condition pour consommer. Faque, fuck le condom, ça va être 20\$ au lieu de 50\$ pour le blow job, lave-toé pas, aweille donne-moé de l'argent que j'aille me faire un hit. (...) Tu travailles pas en char. Tu fais jamais un client dans le char toé. Pis t'oublies que, fuck esti, j'en veux le plus vite possible de l'argent, pis j'va le faire, pis y t'arrive des bad lucks.

Le besoin d'argent se conjugue donc au besoin de drogues chez ces femmes vulnérables. La quête de satisfaction de ce double besoin fait notamment en sorte qu'elles s'engouffrent dans un labyrinthe d'agressions multiples à travers les transactions qu'elles contractent pour apaiser, le plus rapidement possible, leur *état de manque*.

Le besoin d'amour et d'appartenance

En plus du vécu de toxicomane en quête de drogues et d'argent, la satisfaction du besoin d'amour et d'appartenance constitue un troisième projet d'importance chez ces femmes vulnérables qui se sentent souvent *seules et rejetées*. Ce besoin s'actualise de diverses manières et freine particulièrement le recours à toute forme de barrière pouvant potentiellement enfreindre les liens d'intimité recherchés.

Par exemple, nous avons discuté du projet qui consiste à *se faire des chums*, quels que soient leurs habitudes de vie ou leur statut par rapport au VIH, *pour se sentir aimée*. Ce projet comporte un risque indéniable pour les prostituées de rue concernées étant donné que

l'on signale généralement des taux plus élevés d'infection par le VIH dans le monde où elles évoluent. Par ailleurs, nous avons déjà vu que leurs systèmes de croyances peuvent accroître leur potentiel de vulnérabilité inscrit dans cet important besoin d'amour. Par exemple, la perception d'immunité que procure l'amour pose problème puisqu'elle *rend aveugle* : *si le gars y donne le moindre d'affection, le condom y'en n'est pas question !*

D'autre part, il a été question du projet qui consiste à *faire tout son possible* pour être acceptée dans un groupe. Par exemple : *s'faire faire un hit (par une autre personne) c'est un besoin d'amour aussi. Pour montrer que t'es dans gang. Pour qu'eux autres y t'aiment parce que t'es aussi heavy qu'eux autres.* Dans ce contexte, il s'agit généralement d'accepter de *se faire piquer* avec une seringue qui a déjà servi à d'autres personnes du groupe afin de signifier son allégeance à la gang.

Enfin, nous avons également discuté de la dynamique à travers laquelle des personnes se recréent un lieu privé ou quasi-familial dans l'espace public pour tenter de pallier, entre semblables, leur solitude ainsi que leur besoin d'affiliation. Toutefois, au-delà des sentiments de communauté et de connexion que procurent l'établissement de ces liens, il semble que le fait de se sentir *comme en famille* fait entrave à l'adoption de mesures de protection, (*puisque*) *'en famille on partage tout* :

Tsé, le centre-ville (...) y'en a qui sont chez eux. C'est leur maison. C'est leur chez soi. Pis ça les rend très vulnérables d'être chez eux (...) Parce que vu qu'y connaisse lui, pi y connaisse elle, pi y connaisse lui, bon là y vont échanger tsé, y prendront pas le temps de nettoyer leurs seringues (...) y vont baiser (sans condoms) (...) y vont s'échanger un genre d'amour, tsé y disent l'affectivité pi la sexualité c'est la même chose.

Ceci dit, dans la mesure où ces réseaux plus ou moins fermés incluent des individus déjà porteurs du virus, le potentiel de vulnérabilité est considérable.

Bref, la satisfaction du besoin d'amour, d'appartenance et d'affiliation, qui relève indubitablement d'un projet humain fondamental, comporte un important potentiel destructeur à travers l'intimité convoitée que procurent des relations sexuelles multiples et non-protégées ainsi que l'échange de matériel d'injection. Or, ces femmes se disent même prêtes à *risquer leur vie* et à mourir pour l'amour :

Parce que tsé, tu dis bon ben lui y m'en donne pas, lui y va m'en donner (de l'amour). Pis dans le fond, ça nous rend vulnérable en esti c't'osti de besoin d'amour là. Parce que crisse, c'est ben sûr que le sida, ça se pogne pas rien que par l'aiguille là. Ça s'attrape par l'amour ! (...) J'ai tellement besoin d'amour que chu prête à mourir pour ça !

Un projet de survie

Il n'en demeure pas moins que la satisfaction des besoins de drogues, d'argent et d'amour, qui recèlent certes un potentiel dévastateur, fait également partie de projets de vie et de survie pour les femmes dont il est question. Par exemple, la consommation de drogues, du moins au début, est décrite comme un moyen *qui t'aide à vivre ta maudite vie*. Et l'argent s'avère tout de même nécessaire pour accéder à des ressources essentielles comme de la nourriture ou un gîte. La vulnérabilité de prostituées de rue au VIH serait donc une conséquence de leurs projets de vie ou de survie, lesquels projets sont toutefois sérieusement menacés au fur et à mesure qu'évolue le phénomène destructeur de la vulnérabilité.

Par contre, il semble qu'une volonté de vie-survie peut refaire surface lorsque ces femmes atteignent ce qu'elles nomment un *bas fond*, un point culminant d'anéantissement. En particulier, si la volonté de vivre demeure plus forte que l'attraction pour la mort, il se dessine la possibilité de mettre un terme à ses conduites ordaliques (Bibeau & Perreault, 1995) et de se sortir du cycle de la vulnérabilité. Tel qu'en témoigne le *verbatim* suivant, la reconnaissance de soi et de sa dignité humaine jouerait un rôle important dans cette finalité renouvelée :

- *Moé c'tait ça jusqu'à temps que j'me dise « un instant, j'veux pas mal plus que ça ».*
- *Mais qu'est-ce que ça prend un moment donné pour que les femmes disent « j'veux plus que ça » ?*
- *Y'en a qui meurent, y'en a qui s'en sortent. Comme elle, a décidé qu'a valait plus que ça, pi y a d'autres femmes qui vont mourir.*
- *Moé j'tais pu capable.*
- *Pis tu savais que tu voulais pas mourir.*
- *J'tais due pour arrêter... J'en pouvais pu. Pis ch'savais que j'voulais pas mourir.*
- *That's it. Pis que tu valais plus que ça.*
- *Oui. Ça pris du temps, ça pris du temps.*
- *C'est difficile (...) mais ça valait la peine.*

Ainsi, lorsque la personne décide, à un point tournant de sa vie, de reconnaître sa valeur en tant qu'individu et de reprendre le contrôle de son existence, la réalisation de soi prend une autre direction. Encore faut-il qu'elle atteigne ce *bas fond*, sans pour autant s'y perdre, pour y rebondir, *pour r'monter l'échelle* :

Un coup t'as atteint ce bas fond là, tu r'montes pi tu peux devenir responsable dans les autres domaines de ta vie.

S'ensuit alors un certain réajustement de l'ensemble des projets de son existence.

En somme, la satisfaction de besoins qui s'avèrent en quelque sorte fondamentaux à la construction et à la réalisation de soi, et qui conduisent généralement à des conséquences positives à court terme¹, recèle pour ces femmes vulnérables un potentiel destructeur à moyen et à long terme. Néanmoins, d'autres projets demeurent. Celui de survie, par exemple, constitue un projet central qui peut tempérer le potentiel destructeur inhérent au phénomène de la vulnérabilité au VIH. D'où l'importance de considérer l'interférence des projets.

L'interférence des projets

Quoique traités séparément pour fins d'explication, les projets associés à l'expérience de la vulnérabilité au VIH sont inévitablement entrelacés, à l'image de la complexité du vivant, avec une multitude d'autres projets qu'entretiennent et poursuivent les femmes concernées ainsi qu'avec les projets des divers acteurs constituant le monde vécu dans lequel elles évoluent. Dans ce cas, la réalisation d'un seul projet dépend nécessairement de l'évolution d'une pluralité d'autres projets incarnant une diversité de besoins et d'intérêts concurrentiels, voire même antagonistes. Il y a donc interférence continue de projets qui se conjuguent, invariablement, en potentiels constructeurs *et* destructeurs.

La notion d'interférence est intéressante puisqu'elle renvoie autant au sens de conjonction que d'immixtion, où les divers projets peuvent alors être considérés, respectivement, en phase ou en opposition (Rey-Debove & Rey, 1996). À titre d'exemple, nos propos illustrent bien à quel point le besoin d'argent est modulé, en conjonction, par le besoin de drogues. Par ailleurs, mes conversations informelles avec des femmes chez Stella m'ont appris que lorsque leur besoin d'amour est comblé, elles ressentent moins le besoin de consommer de la drogue et d'autres projets prennent alors plus de place dans leur vie, comme par exemple, fonder une famille ou prendre soin de leur santé. En contrepartie, lorsqu'elles vivent des ruptures amoureuses, il arrive que ces mêmes femmes se retrouvent à nouveau à organiser leur vie en fonction d'un besoin impératif de drogues avec toute la *déchéance* qui s'y trouve associée. Pour en revenir au sens de l'interférence, nous pourrions dire qu'il y a plutôt opposition de projets dans ce cas où la poursuite de ses habitudes toxicomaniaques et le projet de développer une relation amoureuse ne vont pas nécessairement de pair.

Tout projet s'avère donc dynamique et perméable aux autres projets, en interférence continue, en phase ou en opposition, contribuant ainsi de différentes manières et à divers degrés à la vulnérabilité au VIH. Afin d'illustrer cette dynamique, voici un exemple

¹ Il n'y a qu'à penser aux effets positifs et tant recherchés des drogues consommées chez des personnes toxicomanes et au bien-être que procure le sentiment d'être aimée.

d'interférences multiples entre plusieurs projets que traduisent certains propos rapportés à date. Je prends pour point de référence le contexte de criminalisation des activités liées à l'exercice de la prostitution. Nos discussions ont maintes fois souligné que ce projet sociolégal va à l'encontre de celui des prostituées de rue de pratiquer librement leur métier dans des conditions rentables et sécuritaires. D'une part, le projet de criminalisation interfère avec celui de satisfaire le besoin d'argent des travailleuses concernées étant donné l'imposition systématique de contraventions de tout genre résultant de la surveillance répressive dont elles sont l'objet. Ce faisant, pour arriver à payer leurs amendes, tout en accumulant les fonds nécessaires à la poursuite d'autres projets, comme par exemple la consommation de drogues ou encore l'achat de vêtements pour leurs enfants, elles doivent généralement demeurer de plus longues heures sur la rue où elles tentent de *travailler vite pour faire de l'argent vite*. En retour, ce contexte de travail accroît le potentiel de compétition entre les travailleuses du sexe et l'exclusion réciproque qui s'ensuit ; compétition et exclusion qui, par ailleurs, vont à l'encontre du projet de constituer un réseau de surveillance mutuelle pour faire face à la violence dont elles sont souvent victimes ; réseau qui, de plus, ne peut que difficilement être constitué étant donné les finalités du système sociolégal en soi. D'autre part, pour ne pas se retrouver de nouveau aux prises avec les forces de l'ordre, ces femmes doivent généralement travailler de manière plus cachée et *underground* ou être plus mobiles, ce qui contribue d'autant plus à leur vécu d'exclusions où elles se retrouvent davantage isolées, plus à la merci de *mauvais clients* (poursuivant leurs projets de domination) et encore plus susceptibles d'accepter la *protection* d'un pimp motivé par son projet d'enrichissement personnel. Enfin, la stigmatisation qu'institutionnalise le projet de la criminalisation à l'égard de ce groupe de femmes jugées indésirables, contribue à *la faible estime de soi* de prostituées de rue et ainsi à la non-reconnaissance de soi qui module, tel que déjà noté, leurs projets de survie. Somme toute, c'est à travers ces interférences multiples, d'où émergent vraisemblablement d'autres interférences, que se dessine chez ces femmes un potentiel élevé de vulnérabilité au VIH puisqu'elles ne sont pas en mesure de se protéger adéquatement.

En résumé, les prostituées de rue vulnérables au VIH sont donc aux prises avec des projets qui comportent des conséquences au potentiel « (dé)constructeur » ainsi qu'une multitude d'interférences dynamiques : des conséquences qui renvoient donc, à la fois, au potentiel constructeur de la volonté de vivre et de survivre mais surtout à un potentiel destructeur ; et des interférences dynamiques de conjonction et d'opposition dont les émergences comportent d'innombrables potentialités de vulnérabilité au VIH.

Fait à signaler, les divers projets poursuivis, subis ou émergeant des multiples interférences possibles peuvent contribuer, récursivement, à la constitution de représentations qui vont à l'encontre de la protection de soi ainsi qu'au vécu d'exclusion inhérents au phénomène de la vulnérabilité. De même, j'y ai déjà fait allusion à quelques reprises, ces projets concourent à la désorganisation de la pratique du métier de travail du sexe. Il s'agit là du champ des pratiques, le dernier des quatre champs du modèle conceptuel en élaboration.

UNE PRATIQUE (DÉ)RÉGLÉE

Quoique le champ de la pratique fasse référence à toutes les dimensions techniques et procédurales du vécu quotidien, nos propos ont porté spécifiquement sur la pratique du métier de travail du sexe parmi les prostituées de rue vulnérables au VIH.

En substance, mes co-chercheuses s'entendent sur le fait que la pratique de la prostitution repose sur un ensemble de *règles* et de *trucs du métier* qui constituent une sorte de code du travail issu d'un savoir-faire éprouvé au fil des expériences et de la mémoire collective des travailleuses du sexe. Ce code du travail vise surtout à réduire, voire éliminer tout potentiel de violence ou d'infections transmissibles sexuellement afin d'assurer une pratique rentable et sécuritaire du métier. Dès lors, la vulnérabilité au VIH n'est pas inhérente aux pratiques privilégiées pour l'exercice du travail du sexe en soi. Elle émerge plutôt d'une dynamique de transgression des règles de pratique qui fait obstacle à l'orchestration d'une pratique organisée en fonction du bien-être des principales intéressées et qui, en outre, s'avère intimement liée à leur incapacité de régulation. D'où la référence à une pratique « (dé)réglée » : une pratique basée sur certaines règles de fonctionnement mais davantage déréglée lorsqu'il est question du phénomène de la vulnérabilité. La Figure 10, présentée à la page suivante, désigne les deux principaux éléments envisagés ici pour traiter du champ des pratiques.

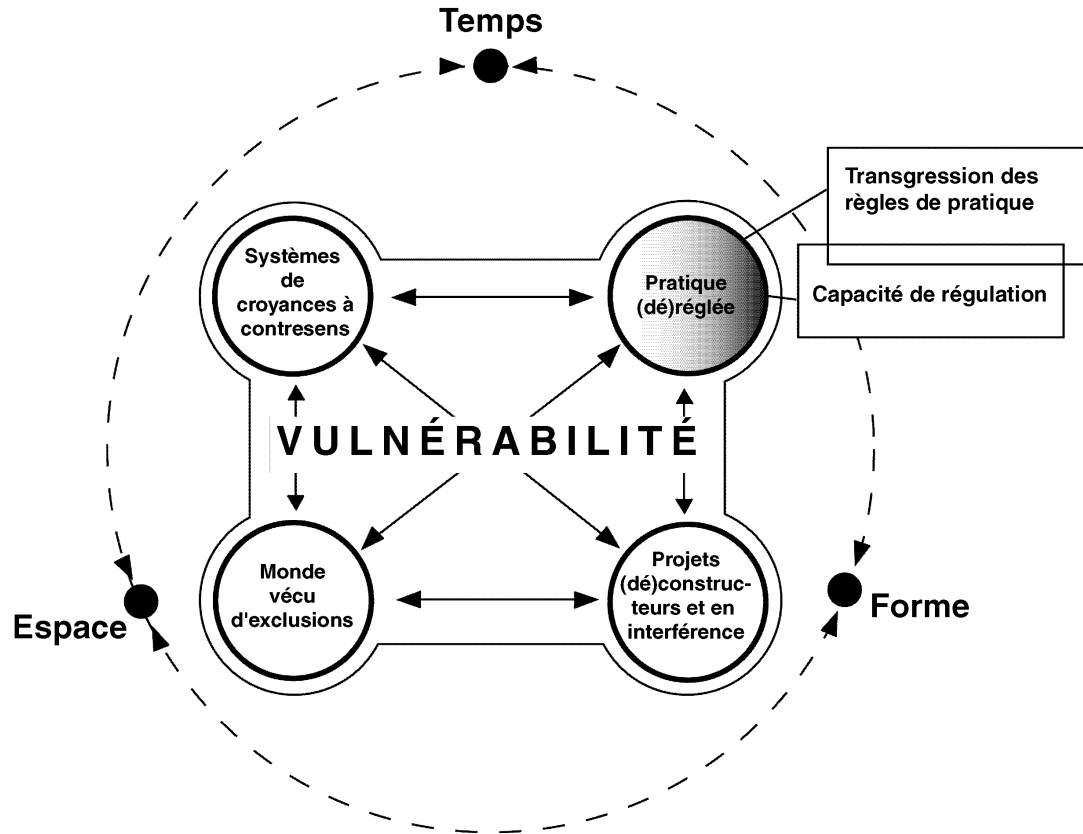


Figure 10. Phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : une pratique (dé)réglée

La transgression des règles de pratique

Il existe donc un ensemble de normes et de *règles* assignées à l'exercice du métier de prostitution de rue. À titre d'exemple, les participantes ont fait mention des règles générales suivantes :

- Suivre le processus déjà établi afin de se faire connaître et d'obtenir la permission de s'intégrer progressivement *au milieu* :
Quand t'es nouvelle là, tu commences sur René-Lévesque, après ça, tu montes. Ben oui, y commencent à te connaître un peu, pis là t'es dans gang. Là tu peux rentrer dans gang (...) Tu te rapproches tranquillement de la main.
- Se conformer aux frontières établies et ne pas empiéter sur le territoire d'autrui :
Chaque fille a son spot, personne va la déranger. Quand elle part, une autre arrive. Elle attend que l'autre parte (...) que l'autre s'en aille avant de reprendre le coin.
- Maintenir les tarifs en vigueur : *ne pas couper les prix !*
- Se donner une apparence convenable pour maintenir le niveau des prix en vigueur :
Y devraient s'habiller comme du monde pi mieux s'arranger pour maintenir les prix.

De plus, il y a toute une série de *règles* et de *trucs du métier* à observer pour s'assurer, spécifiquement, d'un exercice sécuritaire du métier et ainsi contrer la vulnérabilité à la violence et au VIH. Par exemple :

- Respecter certains critères permettant d'effectuer des choix judicieux parmi les clients potentiels, tels : éviter des *gangs de gars* ; éviter les clients *tout croches*, drogués ou en état d'ébriété ; *ne pas aller dans des vans*.
- Exiger des condoms pour toute transaction sexuelle – *même pour les blow jobs !*
- Établir des ententes de surveillance avec des tiers lorsque possible :
Tu peux t'arranger pour toujours aller dans le même hôtel, parler à l'accueil : « Viens me chercher dans 20 minutes ou vient cogner (à la porte). Si le client descend avant moé, c'est pas normal. C'est moé qui est supposée descendre avant ».
Aussi : ...tu peux t'arranger pour toujours (avoir une chambre) près de la réceptionniste pour que si tu cries, au moins quelqu'un va t'entendre (et pourra venir t'aider).

Ceci étant, les prostituées de rue les plus vulnérables au VIH s'avèrent (*être parmi*) *celles qui ne respectent pas les règles* et qui n'appliquent pas systématiquement les *trucs du métier* ou un *code d'éthique* pouvant assurer une organisation du travail plus sécuritaire et satisfaisante pour elles-mêmes et pour l'ensemble des personnes exerçant le métier. Les plus vulnérables étant également toxicomanes, il est vraisemblable que la poursuite de leurs projets interfère avec leur besoin de sécurité ; ou encore que ces *trucs du métier* ne soient que très peu partagés avec elles étant donné qu'elles sont généralement méprisées et exclues par les autres travailleuses du sexe. Par ailleurs, cette transgression des règles semble également être due, en partie, aux représentations que certaines femmes ont d'elles-mêmes. Nous l'avons déjà vu, celles qui ne se reconnaissent pas d'emblée comme travailleuses du sexe n'ont pas tendance à se sentir vulnérables, à prendre connaissance des règles du métier et à les intégrer dans leur pratique. De plus, celles qui éprouvent *une faible estime de soi* et qui se résignent à dévaloriser leur identité et leur existence n'ont pas tendance à croire en leur droit fondamental *à la santé et à la sécurité* dans l'exercice de leur métier : *Parce que les femmes elles-mêmes croient même pas qu'elles y ont droit pis elles font pas d'efforts pour ça.*

Mais au-delà de l'interférence des projets, des forces d'exclusion à l'œuvre et des systèmes de croyance qu'entretiennent les prostituées de rue vulnérables s'ajoute la réalité, certes démobilisante, que malgré une ferme volonté de respecter un certain code de travail et de *ne pas prendre de risques*, l'exercice du métier impose, en quelque sorte, la transgression des règles :

Tu le fais (le client) parce que t'as pas le choix. T'as pas le choix, t'as comme pas le choix. C'est ça le travail.

Ou encore : Y'ont pas le choix d'embarquer dans les vans et les autos des clients... y a pas d'autres places pour faire des clients. Y'ont pas le choix, y travaillent.

N'ayant peu ou pas de choix, il s'avère donc difficile de respecter des règles de pratique et de gérer et d'organiser leur travail en fonction de leurs besoins de sécurité et ce, malgré leurs intentions initiales. Au cœur de la dynamique de transgression des règles de pratique se profile, dès lors, la puissance (ou l'impuissance) de la capacité de régulation que possèdent ces femmes pour affronter les réalités d'exclusion et les multiples projets inter-reliés avec lesquels elles doivent composer.

La capacité de régulation

La notion de capacité de régulation réfère ici à la capacité d'un individu ou d'un groupe de prendre en main, de gérer et d'organiser les diverses facettes de son existence ou les multiples forces, soit les difficultés et les ressources, qui se confrontent et se conjuguent à l'intérieur de son contexte de vie afin d'être en mesure de s'actualiser au meilleur de son potentiel¹.

Ceci étant, on a pu constater que cette capacité de régulation se trouve fortement mise à l'épreuve chez les femmes qui nous concernent. Selon nos propos, leur vulnérabilité serait directement fonction de leur perte de contrôle et de maîtrise ou, autrement dit, d'une incapacité de régulation :

Quand on a pu le choix, c'est pu contrôlé, on perd notre maîtrise, on perd l'équilibre dans tous les domaines de notre vie (...) ben là on devient plus vulnérables.

Peut-il en être autrement étant donné les systèmes de croyances qu'ont intégré ces femmes et compte tenu des contextes de vie et de travail difficiles dans lesquels elles évoluent ? Comment réguler et établir les contours de sa pratique ou gérer et endiguer les conditions associées au phénomène de la vulnérabilité sans l'information et les connaissances pertinentes et sans reconnaissance de soi ? De même, comment réguler et organiser sa pratique si elle est constamment contrainte par un monde vécu d'exclusions et située à la confluence d'une pluralité de projets en interférence ? Par exemple, avec l'incidence accrue du trafic de drogues dans les quartiers où gravitent les prostituées de rue, elles se voient davantage contrôlées par des tiers, donc exclues de l'organisation de leur travail, puis

¹ La notion de capacité de régulation sera davantage développée à la fin de ce chapitre ainsi qu'au chapitre suivant.

dirigées vers certains lieux où les revendeurs de drogues peuvent tirer avantage de leur clientèle ce qui, en retour, attire des clients potentiellement à plus haut risque d'être porteurs du VIH puisque toxicomanes. Par ailleurs, étant davantage mêlées à la scène de la drogue, elles sont donc plus visibles auprès des forces policières et *encore plus sous pression*. Ce faisant, elles courent plus de risques de se retrouver entre les mains de *mauvais clients* ainsi qu'en faible position de négociation pour l'emploi du condom, d'autant plus si elles sont elles-mêmes toxicomanes où il y a davantage de perte de contrôle et d'équilibre à travers la poursuite de ses *tentations et obsessions de consommer*.

Bref, les prostituées de rue vulnérables présentent une faible capacité de régulation tributaire de leurs systèmes de croyances, de leur monde vécu d'exclusions et d'une diversité de projets avec lesquels elles doivent transiger. Récursivement, la puissance (ou l'impuissance) de leur capacité de régulation est source de croyances à contresens, d'un vécu d'exclusions et de projets (dé)constructeurs et en interférence. Par exemple, l'incapacité de régulation des prostituées, contribue à :

- une pauvre estime de soi : *...tu voé (qu'ils) t'ont mis su'l contrôle (...) pis le fait de se sentir contrôlée pi humiliée, (fait) qu'on a une moins bonne estime de nous même ;*
- leur exclusion de la part d'autres travailleuses du sexe qui rejettent d'emblée *celles qui sont les plus désorganisées ;* ou encore
- leur engrenage dans la poursuite de projets destructeurs :
Tu peux consommer des drogues ou de l'alcool, pis être en contrôle, mais un moment donné tu (finis par) perdre le contrôle... tes défenses, tes barrières tombent, pis ben on se protège pu, on part avec n'importe qui, pis tu t'arrêtes pu de consommer.

Toutefois, les participantes ont fait part de divers moyens à travers lesquels les femmes tentent d'exercer, malgré tout, leur capacité de régulation afin de diminuer le potentiel de vulnérabilité que présentent certaines circonstances. Il s'agit (*d'essayer de*) *ne pas subir* les événements, de tenter de contrôler la situation. Par exemple :

Si j'me sens pas ben à l'aise, je r'met l'argent pis (j'y dis) « va-t-en ». Ch'travaille pas icitte pour me faire écoeurer. Chu autoritaire pi ça marche de même. Si ça marche pas ben j'aime mieux (que) tu prennes ton argent, pis c'est condom seulement. (...) J'établis mes règlements pis y faut les suivre. C'est toute. Moé j'me respecte.

Ce faisant, il n'est pas inhabituel que lorsque ces travailleuses tentent de faire respecter leurs *règlements* elles deviennent périodiquement confrontées à la perte de clients et éprouvent alors de la difficulté à satisfaire leurs besoins monétaires – *C'est sûr que j'en fais moins là (de l'argent) !* – ce qui contribue, à plus ou moins court terme, à accroître leur état

de vulnérabilité dans la mesure où elles font ensuite *n'importe quoi pour faire de l'argent*. En ce sens, elles exercent donc des demie mesures aux effets temporaires, ce que nous avons nommé la *demie protection*. Ainsi, même exercée, la capacité de régulation semble tout de même recouvrir un important potentiel de vulnérabilité pour ces femmes. Aux dires d'une des co-chercheuses : *Elles (arrivent à se protéger) d'un bord, mais pas sur toutes les sens !*

En résumé, la pratique du métier s'avère (dé)réglée chez les prostituées de rue vulnérables dans la mesure où elles transgressent les règles de conduite qui leur permettraient d'assurer leur sécurité, et ce même si elles tentent de les suivre. En fait, leur capacité de régulation est systématiquement mise au défi en raison de leurs systèmes de croyances, du monde dans lequel elles vivent, ainsi que des projets qu'elles poursuivent et qui croisent leurs chemins.

UN MODÈLE RÉCAPITULATIF

À la page suivante, la Figure 11 présente le détail des composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité au VIH traitées dans les pages précédentes. Il faut en convenir, ce résumé permet certainement d'identifier des points d'ancrage potentiels et complémentaires pour l'action en matière de prévention du VIH auprès de prostituées de rue.

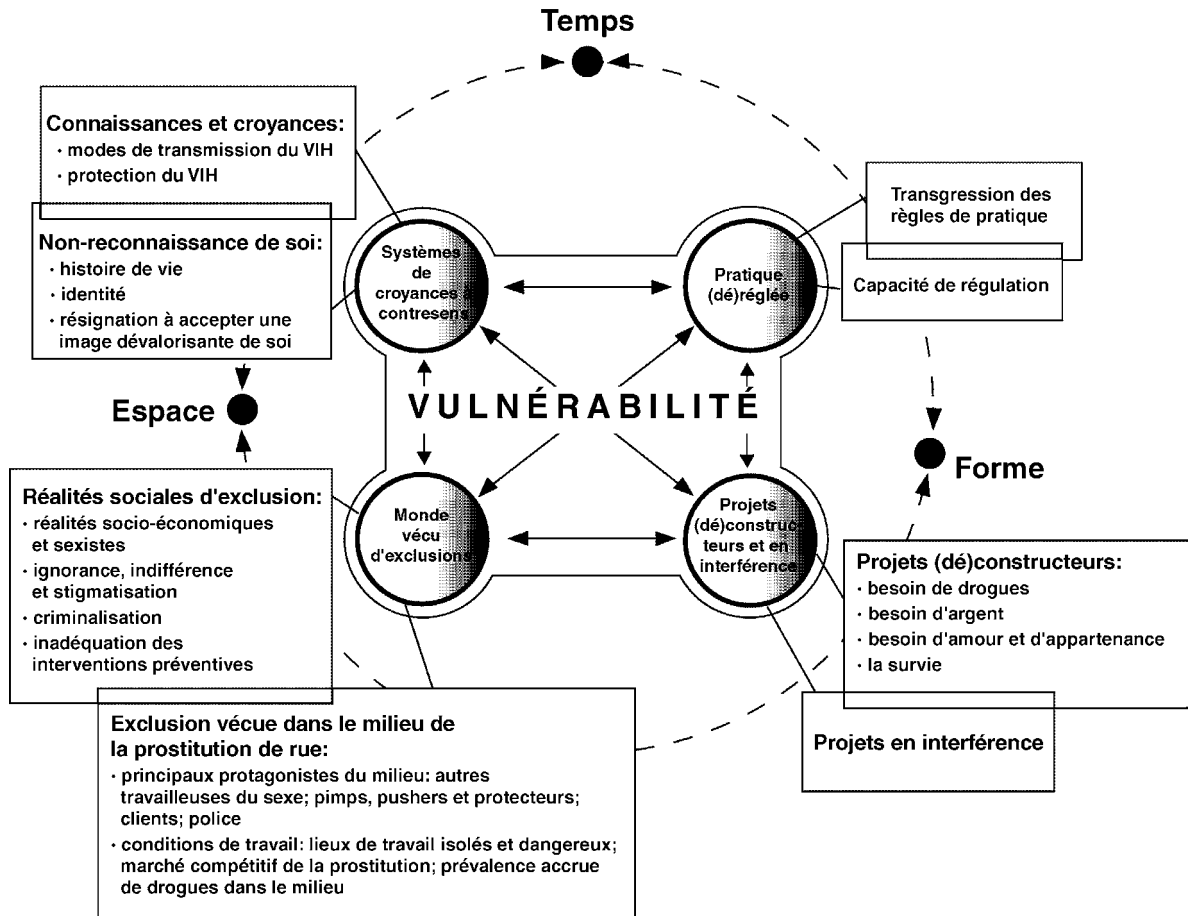


Figure 11. Les composantes constitutives du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH : modèle récapitulatif

Tel que mentionné au chapitre précédent, afin de mettre en perspective et de compléter nos résultats, la section suivante rend compte d'un examen des écrits portant sur la vulnérabilité au VIH parmi les travailleuses du sexe. Au terme de cette démarche supplémentaire il est alors possible de se prononcer de manière plus informée sur la crédibilité de nos résultats et d'amorcer une élaboration théorique du concept de vulnérabilité.

BILAN DES ÉCRITS PORTANT SUR LA VULNÉRABILITÉ AU VIH PARMI LES TRAVAILLEUSES DU SEXE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Suite à l'analyse conjointe et à mon analyse effectuée *a posteriori*, j'ai donc procédé à un examen de la littérature produite au cours de la dernière décennie en lien avec le sujet de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. J'ai toutefois porté une attention particulière (bien que non-exclusive) aux écrits provenant de pays occidentaux, pour fins de comparaison, ainsi qu'à ceux publiés depuis 1996, l'année où la notion de vulnérabilité est devenue un thème-clé au cœur du Programme conjoint des Nations-Unies sur le VIH/sida (United Nations, 1996).

À prime abord, la plupart des écrits recensés traitent de prostituées de rue parmi lesquelles on retrouve une forte incidence de consommation de drogues dures, ce qui permet d'établir un parallèle crédible avec les résultats de nos réflexions. D'autre part, peu d'études portent spécifiquement sur la question de vulnérabilité, la majorité focalisant leur discours sur la notion de risque. De telles études ont néanmoins été considérées dans le cadre de cette analyse lorsqu'elles incluaient des considérations d'ordre sociostructurel et relationnel, donc lorsqu'elles allaient au-delà de déterminants psychosociaux de comportements individuels. Enfin, seulement trois études parmi plus de cinquante dénombrées abordent directement la question de vulnérabilité : une étude australienne menée à Victoria et basée sur une approche de recherche participative (Pyett & Warr, 1997) ; une étude s'étant déroulée à Windsor (Ontario) et qui traite de la vulnérabilité de danseuses nues (Maticka-Tyndale, Lewis, Clark, Zubick, & Young, 1999) ; puis, une étude effectuée à Édimbourg et qui porte principalement sur la violence vécue par les prostituées de rue dans l'exercice de leur métier (Barnard, 1993a).

En ce qui concerne les thèmes abordés dans les études inventoriées, force est de constater qu'une part importante des publications traite de la question de l'exercice de violences psychologiques, physiques et sexuelles à l'égard des prostituées de rue (voir par exemple : Barnard, 1993a ; Downe, 1997 ; Green, Day, & Ward, 2000 ; Miller & Schwartz, 1995 ; Romero-Daza, Weeks, & Singer, 1998 ; Vanwesenbeeck, de Graaf, van Zessen, Straver, & Visser, 1995 ; Ward et al., 1999 ; Weeks et al., 1998 ; Zierler, Witbeck, & Mayer, 1996). En règle générale, les auteurs s'entendent sur le fait que les multiples violences que subissent les travailleuses du sexe dans l'exercice de leur métier contribuent à leur vulnérabilité au VIH. Par ailleurs, la plupart des auteurs suggèrent que ces très fréquentes et brutales violences à l'endroit des travailleuses du sexe font figure de cas extrêmes de

l'ensemble des violences que subissent, de manière plus ou moins subtile, toutes les femmes dans nos sociétés contemporaines. Comme l'indiquent nos propres analyses, la violence envers les prostituées atteste de la rigidité des codes de conduite sexuelle et sociale selon le genre.

Finalement, la majorité des écrits consultés offre de riches descriptions des difficultés qu'éprouvent les travailleuses du sexe à maintenir des pratiques sexuelles sécuritaires tant avec leurs clients qu'avec leurs partenaires non commerciaux. Ces analyses descriptives ont habituellement pour objectif de favoriser une meilleure compréhension des contextes de vie et de travail particuliers de ces femmes afin d'alimenter la mise en œuvre d'interventions préventives et de services adaptés. Néanmoins, bien que les auteurs de ces études se préoccupent de soulever des questions de recherche, aucun des écrits recensés ne présente les éléments d'un processus de théorisation qu'invoque pourtant l'exercice de construction des connaissances.

Ceci dit, les résultats issus des écrits consultés corroborent, dans l'ensemble, les résultats de notre première analyse conjointe ainsi que ceux des analyses effectuées *a posteriori*. Pour plus de clarté, les propos procédant de cet examen de la littérature sont présentés selon le même ordre de présentation que les résultats exposés précédemment.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIFIQUES

LES NIVEAUX DE VULNÉRABILITÉ

De l'ensemble des écrits consultés, seules deux publications issues des mêmes auteurs font référence à des « niveaux de risque » semblables aux niveaux de vulnérabilité proposés au terme de la première analyse conjointe (Jackson et al., 1992 ; Jackson & Highcrest, 1996). Ces auteurs offrent une synthèse originale du risque différentiel d'infection par le VIH selon la catégorie de travail sexuel (i.e. prostituées de rue, escortes et prostituées travaillant dans des bars ou des salons de massage). En résumé, il appert que les risques encourus par différentes catégories de travailleuses du sexe diffèrent en fonction de caractéristiques individuelles, de l'organisation du travail dans le milieu où évolue la travailleuse et de contraintes d'ordre sociostructurel, soit politiques, légales, économiques et culturelles. Ceci dit, bien que l'analyse s'avère intéressante et éclairante dans la mesure où les propos portent à réflexion sur les risques associés à différents types de travail sexuel, il n'est que partiellement fait mention de l'interrelation entre les trois niveaux de risque individuel, organisationnel et sociostructurel ainsi que de la portée d'une telle forme de conceptualisation pour la formulation de pistes d'intervention.

Par ailleurs, deux études portent une attention particulière aux contextes dans lesquels évoluent les travailleuses du sexe, justifiant ainsi davantage la pertinence de notre modélisation conjointe selon différents niveaux de vulnérabilité. L'étude de Maticka-Tyndale et al. (1999) mentionnée plus haut examine le contexte socioculturel dans lequel évoluent des danseuses nues et souligne, notamment, l'importance déterminante de ce contexte sur leur vulnérabilité aux MTS (incluant le VIH). Campbell (2000) offre une description remarquable de l'organisation sociale de prostituées évoluant aux abords d'une mine d'or en Afrique du Sud, ce qui permet de mieux comprendre les contours du niveau organisationnel de la vulnérabilité au VIH. Ces deux études sont d'autant plus intéressantes qu'à partir de perspectives contextuelles, relativement novatrices dans le domaine du VIH/sida, les auteures peuvent articuler des stratégies d'intervention qui vont bien au-delà de la vision biomédicale traditionnelle centrée sur la modification de comportements et d'attitudes.

LES SYSTÈMES DE CROYANCES

En ce qui concerne les connaissances associées aux modes de transmission du VIH, les études confirment l'observation maintes fois répétée qu'une majorité de prostituées possèdent bien les informations nécessaires. Il n'en demeure pas moins que les femmes issues des milieux les plus défavorisés ou celles peu exposées à des interventions éducatives démontrent des carences importantes autour des connaissances de base en matière de prévention du VIH (voir par exemple : Ford, Wirawan, & Fajans, 1998).

Par ailleurs, en ce qui a trait aux mesures de protection, les écrits confirment unanimement que les travailleuses du sexe utilisent le condom dans la majorité de leurs transactions avec leurs clients tandis qu'une minorité en font un usage régulier dans le cadre de leurs relations amoureuses et ce, même si elles savent que ces partenaires présentent un risque important d'infection par le VIH (Barnard, 1993b ; Cusick, 1998a ; Day, Ward, & Perrotta, 1993 ; Fritz, 1998 ; McKegany & Barnard, 1996 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Varga, 1997 ; Waddell, 1996 ; Ward et al., 1999 ; Weeks et al., 1998). Tel que discuté plus tôt, cette situation relèverait de systèmes de croyances bien ancrés. Le condom serait généralement envisagé en tant qu'emblème de relations « prostitutionnelles » et outil de travail s'ajoutant aux diverses techniques¹ qui permettent de démarquer les territoires de vie publique et privée (Cusick, 1998a ; McKegany & Barnard, 1996). En outre, ce dispositif symboliserait un potentiel de malpropreté, de maladie et de méfiance inhérents à la relation (Romero-Daza et al., 1998 ; Varga, 1997). Étant donné de telles croyances, il est certes

¹ Ces techniques comprennent, notamment, la sauvegarde de certains actes sexuels pour les relations amoureuses seulement et la séparation du corps du psyché durant les transactions sexuelles afin de préserver une certaine distance émotionnelle.

difficile de concevoir le condom autrement qu'obstacle à l'intimité (Green, Goldberg et al., 1993 ; Pyett & Warr, 1997 ; Waddell, 1996).

Dans une analyse perspicace, Cusick (1998a) remet toutefois en question l'idée que ce soit le condom et sa symbolique qui donnent un sens à une relation. À l'inverse, cette auteure propose plutôt que l'usage du condom ne soit qu'un artefact du sens donné à une relation sexuelle. Ainsi, l'absence de condom marquerait la confiance réciproque investie dans une relation et la volonté de fidélité à long terme (Albert, Warner, & Hatcher, 1998 ; Cusick, 1998a ; Fritz, 1998 ; Ramos, Shain, & Johnson, 1995 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Wawer, Podhisita, Kanungsukkasem, Pramualratana, & McNamara, 1996 ; Weeks et al., 1998). Dans le même sens, la non-utilisation graduelle du condom avec certains clients réguliers rendrait compte d'un statut particulier et exclusif progressivement accordé à la relation ainsi que de l'ambition de sceller ce rapport par un contrat plus payant et à long terme (Cusick, 1998a). Il s'agit là de propos qui enrichissent certainement nos propres analyses dans la mesure où ils élargissent l'éventail de significations rattachées à l'usage du condom et approfondissent notre compréhension de l'usage différentiel du condom selon le type de partenaire ou de relation.

Toujours en lien avec la question de l'usage du condom, Waddell (1996) nous fait part de différentes logiques développées par des travailleuses du sexe en vue de réduire leur sentiment de vulnérabilité durant leurs relations sexuelles non-protégées avec leurs partenaires non-payants. Par exemple, elles raisonnent que ces partenaires ont tout autant intérêt qu'elles à se protéger du VIH, donc qu'ils exigeraient le condom si c'était vraiment nécessaire ; elles calculent qu'elles n'encourent pas plus de risques que d'autres femmes ; ou encore, elles considèrent qu'il n'y a pas d'autres alternatives viables aux rapports sexuels non-protégés dans le cadre de telles relations et que le risque de contracter le VIH fait, fatalement, partie de la vie. Des discussions informelles chez Stella suggèrent, en effet, que de tels systèmes de croyances participent directement à la vulnérabilité au VIH et modulent le recours à des mesures de protection efficaces.

En ce qui concerne les critères servant à déterminer si une situation présente ou non des risques pour le VIH, les croyances rapportées dans la littérature sont similaires à celles ayant fait l'objet de discussions dans le cadre de notre projet. Par exemple, une transaction est davantage perçue sécuritaire si un client a l'air propre, respectable et digne de confiance (Wawer et al., 1996 ; Weeks, et al., 1998) ; s'il y a absence de symptômes d'infection lors d'une inspection sommaire (Pyett et al., 1996 ; Romero-Daza et al., 1998) ; et s'il y a

possibilité de maintenir une bonne hygiène personnelle par l'emploi, entre autres, de douches vaginales (Romero-Daza et al., 1998).

La non-reconnaissance de soi, qui constitue une source supplémentaire de difficulté à assurer la préservation et la protection de soi, fait également l'objet de discussions et de commentaires dans la littérature consultée. Concernant le thème particulier de l'histoire de vie des femmes pratiquant la prostitution de rue, les écrits recensés donnent davantage de sens à ce que j'ai identifié ici comme étant « l'habitude de se faire traiter et de se comporter en fonction d'exigences d'autrui ». En effet, les propos de mes co-chercheuses donnaient l'impression d'une histoire de vie marquée par diverses formes d'abus mais il n'en a jamais été directement question¹. À cet égard, mon analyse a donc dû être plus intuitive puisque j'ai plutôt interprété nos propos à la lumière de ceux recueillis dans d'autres contextes. Néanmoins, plusieurs études tendent à confirmer qu'une histoire de vie comportant des antécédents de violence psychologique, physique ou sexuelle serait associée à une incidence plus élevée de comportements à risque parmi ces travailleuses, augmentant ainsi leur vulnérabilité personnelle au VIH (Maman, Campbell, Sweat, & Gielen, 2000 ; Vanwesenbeeck et al., 1995 ; Weeks et al., 1998). De tels antécédents seraient également associés à une plus faible estime de soi, à un fatalisme chronique, à un moindre sentiment d'efficacité personnelle ainsi qu'à une incidence plus élevée de consommation abusive d'alcool et de drogues – autant d'éléments qui font obstacle à la capacité d'assurer la préservation et la protection de soi (Campbell, 2000 ; Vanwesenbeeck et al., 1995 ; Weeks et al., 1998). Dans une certaine mesure, il est possible que nos propos aient davantage porté sur une conséquence d'une histoire de vie parsemée d'abus (i.e. l'habitude), laquelle constituerait un sujet moins difficile à aborder ouvertement que le vécu d'abus en soi. Ceci resterait tout de même à vérifier.

Par ailleurs, à l'instar de nos propos portant sur l'identité de travailleuse du sexe, les observations rapportées dans la littérature consultée appuient l'idée que les femmes qui ne s'identifient pas comme prostituées, ou celles qui expriment une certaine ambivalence face à cette désignation, ont moins tendance à se sentir vulnérables et à adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (Campbell, 2000 ; Day & Ward, 1997 ; Fritz, 1998 ; Green et al., 2000 ; Kane, 1993). Dans certains cas, les clients sont plutôt identifiés comme des partenaires d'un soir ou encore des amis, aussi temporaires soient-ils (Green et al., 2000).

¹ Il est possible que le format de nos rencontres n'ait pas permis de discuter de sujets aussi sensibles. Ceci dit, la plupart des prostituées de rue avec lesquelles j'ai pu entreprendre de longues conversations (i.e. plus d'une heure) dans d'autres contextes chez Stella, ainsi qu'en milieu carcéral, m'ont fait part d'histoires de vie difficiles marquées par de multiples violences et abus de toutes sortes.

Enfin, les écrits passés en revue font également écho au thème de la résignation de prostituées vulnérables à accepter l'image négative et dévalorisante que leur renvoie la société ; une résignation qui, en l'occurrence, mène à l'autodestruction et à ce que nous avons qualifié de *faible estime de soi*. En revanche, au lieu du terme de résignation utilisé ici, les études consultées font plutôt mention d'auto-stigmatisation, d'un processus d'intégration de l'étiquette de déviance et de sentiments aigus de dévalorisation et de faible estime de soi qui influencent la volonté et la capacité de se protéger du VIH et de recourir aux services d'aide appropriés (Fritz, 1998 ; Lawless, Kippax, & Crawford, 1996 ; Miller & Schwartz, 1995 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). Il serait toutefois intéressant d'élucider les liens entre ces diverses notions où certaines renvoient plutôt à un processus et d'autres à un sentiment ou à un état. Néanmoins, telles que présentées, ces idées comportent toutes un élément de non-reconnaissance de soi en tant qu'entité humaine digne de considération et de respect.

UN MONDE VÉCU D'EXCLUSIONS : DES RÉALITÉS SOCIALES D'EXCLUSION

Les réalités sociales d'exclusion traitées dans la littérature, quoique pas nécessairement libellées de la sorte, reflètent de manière remarquable les quatre dimensions conçues à travers mes analyses effectuées *a posteriori*, tout en offrant d'autres points de vue. À titre de rappel, ces dimensions renvoient à des réalités socio-économiques et sexistes ; à l'ignorance, l'indifférence et la stigmatisation à l'endroit des prostituées de rue ; à la criminalisation des activités liées à la prostitution ; et à l'inadéquation des interventions préventives.

Ainsi, le traitement que font les auteurs des réalités socio-économiques contemporaines révèle distinctement la féminisation de la pauvreté et la détérioration économique globale identifiées lors dans nos discussions. À ceci s'ajoute l'observation maintes fois répétée que la mondialisation de l'économie néo-libérale, l'intensification des iniquités entre les riches et les pauvres ainsi que les incessants programmes d'ajustement structurel font en sorte qu'un nombre grandissant de femmes doivent désormais avoir recours à la prostitution pour survivre et ce, dans des conditions d'extrême compétition et de marginalité qui les rendent vulnérables à la violence, à l'exploitation et au VIH (Day & Ward, 1997 ; Kempadoo & Doezema, 1998 ; Lurie, Hintzen, & Lowe, 1995 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Wawer et al., 1996 ; Weeks et al., 1998). Une des études recensées a spécifiquement examiné la vulnérabilité de prostituées à l'infection par le VIH en fonction de leur statut socio-économique : Lurie, Fernandes, et al. (1995) concluent que les prostituées ayant un statut socio-économique plus élevé apparaissent moins vulnérables à l'infection par le VIH que celles ayant un statut moins élevé, avec des prévalences d'infection de 4% et 17%

respectivement. Les mécanismes d'incorporation de ces différences structurelles font, cependant, peu l'objet de discussions, si ce n'est que les conditions de travail des femmes dont le statut socio-économique est inférieur sont généralement plus difficiles (Lurie, Fernandes, et al., 1995 ; Vanwesenbeeck, de Graaf, van Zessen, Straver, & Visser, 1993).

En ce qui a trait aux réalités sexistes abordées durant nos discussions, il est notable de constater la multitude d'auteurs ayant signalé la discrimination que subissent quotidiennement les femmes en général, puis dénoncé les conséquences de cette discrimination pour les travailleuses du sexe en particulier. Les analyses inventoriées sont cependant plus approfondies que la nôtre à ce sujet.

En substance, les divers écrits s'emploient à démontrer comment les normes sociales en vigueur (dans nos pays dits développés) servent à perpétuer une société patriarcale dont la structure vise essentiellement à consolider la subordination des femmes sous l'égide de la domination masculine tant dans les sphères de la vie publique que privée (Barnard, 1993a ; Day & Ward, 1997 ; Miller & Schwartz, 1995 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). En l'occurrence, toujours selon ces écrits, la majorité des femmes en seraient encore réduites à être fondamentalement perçues en tant qu'objets sexuellement disponibles et sujets soumis, traduisant ainsi une distribution inégale, tant idéologique que matérielle, d'autorité, de pouvoir et de contrôle. Bien que cette situation soit de plus en plus difficile à maintenir, les avis convergent à l'effet que cette inégalité perdure étant donné le potentiel notoire d'exclusions et de violences à l'égard des femmes contrevenant à ces normes établies, aussi implicites soient-elles.

Dès lors, dans la mesure où les prostituées transgressent un des diktats fondamentaux du patriarcat lorsqu'elles affirment leur volonté et leur capacité de gérer des transactions sexuelles et d'imposer l'usage du condom, elles deviennent particulièrement vulnérables à l'exercice de violences de la part de clients (Barnard, 1993a ; Cusick, 1998a ; Miller & Schwartz, 1995). En particulier, puisqu'elles se hasardent à heurter les normes sexuelles « établies », il s'ensuit que leurs comportements et leurs façons d'être invitent et justifient, en quelque sorte, la violence à leur endroit (Miller & Schwartz, 1995 ; Zierler et al., 1996). D'où la logique selon laquelle les prostituées ne peuvent alors que difficilement être considérées victimes de violence ou citoyennes crédibles lorsqu'elles tentent d'entamer des poursuites judiciaires envers leurs agresseurs, à moins qu'elles ne réussissent à prouver qu'elles ont été forcées par un tiers à la prostitution. De ce fait, les clients peu scrupuleux continuent d'avoir le champ relativement libre pour exiger avec forces et violences l'obtention de services sexuels sans condom.

Violence à caractère sexiste et vulnérabilité au VIH sont donc intimement associées en ce qui concerne les travailleuses du sexe. À cet effet, une étude intéressante menée auprès de prostituées du Costa Rica illustre à quel point le risque d'infection par le VIH est confondu avec un vécu de violences et d'agressions diverses, dans la mesure où les notions de VIH et de violence sont interchangeable dans les discours de ces femmes (Downe, 1997).

De plus, il y a consensus sur le fait que la stigmatisation vécue par les prostituées est étroitement liée à leur vulnérabilité à la violence et au VIH (Barnard, 1993a ; Carovano, 1991 ; Day & Ward, 1997 ; Lawless et al., 1996 ; Miller & Schwartz, 1995 ; O'Neill Maggie, 1997 ; Pheterson, 1989 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). Il est question, notamment, de réactions de discrimination, d'exclusion, d'indifférence et de contrôle social que subissent les travailleuses du sexe réprouvées pour leur sexualité, leur statut minoritaire et leur pauvreté. En conséquence, étant donné ce contexte général, les auteurs s'accordent généralement sur le fait que les prostituées ont alors tendance à éviter les ressources d'aide disponibles en matière de prévention et de gestion de la violence et de l'infection par le VIH puisqu'elles y sont traitées comme des citoyennes de deuxième ordre qui ne méritent pas les mêmes libertés civiles et les mêmes mesures de protection que le reste de la société (Day & Ward, 1997 ; Lawless et al., 1996).

Dans un autre ordre d'idées, d'innombrables études et analyses signalent que la criminalisation de la prostitution et les différentes formes de réglementation entourant le travail du sexe figurent parmi les conditions qui affectent le plus la santé et le bien-être des prostituées, dont notamment leur vulnérabilité à la violence et au VIH durant leurs transactions sexuelles (Alexander, 1998b ; Barnard, 1993a ; Bastow, 1996 ; Bindman, 1997 ; Brock, 1998 ; Davis & Shaffer, 1994 ; Day & Ward, 1997 ; English Collective of Prostitutes, 1997 ; O'Neill Maggie, 1997 ; Miller & Schwartz, 1995 ; Peterson, 1989 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). Comme en témoignent nos propos, que ce soit à un palier local ou international, le contexte légal accroît tout particulièrement l'exclusion sociale des prostituées. Il fait obstruction au développement de politiques ou d'instances accordant à ces femmes les mêmes droits et protections que ceux dont jouissent les personnes ayant d'autres occupations. En outre, ce contexte procure une certaine légitimité au harcèlement qu'exercent quasi systématiquement à leur endroit les citoyens, policiers, clients et « employeurs » et il renforce la stigmatisation et la discrimination à l'égard des travailleuses du sexe. Étant donné les conséquences de ces mesures répressives d'exclusion, plusieurs auteurs sont désormais d'avis que la seule solution rationnelle consisterait à décriminaliser la prostitution (Bastow, 1996 ; Pyett & Warr, 1997). Cette mesure permettrait d'assurer de meilleures conditions de travail aux

prostituées, en plus de mettre en échec d'importants obstacles organisationnels et structurels à la sécurité de leurs transactions sexuelles (Achilles, 1995 ; Davis & Shaffer, 1994 ; Pyett et al., 1996).

Enfin, en ce qui concerne l'inadéquation des interventions réservées aux travailleuses du sexe, plutôt que de porter uniquement sur les interventions en prévention du VIH comme ce fut le cas durant nos discussions, les propos recensés portent sur l'inadéquation de l'ensemble des services sociaux et de santé destinés à ces femmes (Alexander, 1998b ; Day & Ward, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). À ce titre, les auteurs consultés ont fait mention de l'ouverture limitée des programmes de traitement des toxicomanies à l'endroit de ces femmes et de leur accès réduit aux services de suivi à moyen et à long terme afin de prévenir des rechutes. Ils ont également signalé l'importance d'accroître l'accès de ces personnes à des programmes d'échanges de seringues, à des services juridiques appropriés ainsi qu'à des services de soutien pour personnes victimes de violence. Par ailleurs, plusieurs ont souligné que les services cliniques disponibles devraient davantage tenir compte des risques occupationnels associés à l'exercice de la prostitution comme, par exemple, les problèmes musculo-squelettiques, les infections respiratoires et urinaires ou le stress, au même titre que les problèmes gynécologiques et les MTS. Enfin, O'Neill (O'Neill Maggie, 1997) a souligné l'importance d'accroître les possibilités d'aide financière et la disponibilité de services de soutien à la famille et à la petite enfance pour les travailleuses du sexe ayant des responsabilités familiales. Il s'agit, somme toute, d'offrir les ressources pouvant faciliter un exercice convenable du métier, aussi temporaire soit-il, puis d'assurer une continuité des services qu'une femme décide ou non de quitter le milieu de la prostitution.

Pour clore la question des réalités sociales d'exclusion, il importe de noter que nous n'avons pas directement traité du phénomène de la gentrification des quartiers situés au cœur des grandes villes occidentales. Pourtant, cette réalité sociale urbaine contribue à la vulnérabilité des prostituées de rue qui y vivent et y travaillent. En particulier, elle aiguise la stigmatisation, le harcèlement policier et la criminalisation dont elles font l'objet (Brock, 1998). Le développement du *Quartier des Faubourgs* situé au cœur du *Red Light* de Montréal en est d'ailleurs un exemple frappant. Or, un examen de nos propos indique que nous avons plutôt discuté de ces regroupements de citoyens qui chassent les prostituées de leurs quartiers sous l'égide des thèmes de la stigmatisation et de la criminalisation plutôt que de celui de la gentrification. Dans les faits, ce sont précisément ces deux procédés d'exclusion musclés qu'utilisent les résidents (accompagnés par la police et des élus

municipaux) pour établir leur légitimité dans la revendication de nouveaux territoires et la mise en valeur de leurs immeubles et terrains.

UN MONDE VÉCU D'EXCLUSIONS : L'EXCLUSION VÉCUE DANS LE MILIEU DE LA PROSTITUTION DE RUE

En ce qui concerne l'exclusion vécue par les prostituées dans leur milieu de travail, les diverses études consultées font également mention des principaux protagonistes dont nous avons discuté : les autres travailleuses du sexe ; les *pimps*, les *pushers* et les protecteurs de tout genre ; les clients ; et la police.

D'une part, plusieurs observations rendent compte du phénomène de stratification entre différentes catégories de travailleuses du sexe. En l'occurrence, il est généralement admis qu'il existe peu de cohésion et une solidarité précaire entre ces femmes, à la fois dans et entre les catégories de travailleuses, contribuant ainsi à une dynamique d'exclusion réciproque (Campbell, 2000 ; Cusick, 1998b ; de Graaf et al., 1996 ; Green et al., 2000 ; Jackson & Highcrest, 1996 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Wilson, Sibanda, Mboyi, Msimanga, & Dube, 1990). Tel que nous l'avons dépeint, les études confirment que ce sont les prostituées de rue toxicomanes qui figurent parmi les plus vulnérables à subir l'exclusion de la part des autres travailleuses du sexe, puisqu'elles ne travaillent que pour financer leurs besoins de consommation, ne prennent pas soin de leur apparence et ne s'intéressent généralement pas aux autres femmes du milieu (McKegany & Barnard, 1992, 1996).

D'autre part, peu d'écrits portent une attention particulière aux rôles des *pimps*, des *pushers* et des protecteurs, ces personnages étant généralement très difficiles à rejoindre. Dans une rare recension des écrits portant sur le sujet, Faugier et Sargeant (1997) illustrent comment ces trois groupes d'acteurs jouent des rôles similaires auprès des prostituées. En effet, même s'il semble y avoir de moins en moins de femmes gérées par des *pimps* au sens traditionnel du terme, elles demeurent tout de même exploitées par des protecteurs et des *dealers* de drogues selon les mêmes méthodes qu'utilisent les proxénètes. Les propos de mes co-chercheuses reproduisent donc ce qu'il y a dans la littérature : ces personnages contrôlent indûment les conditions de vie et de travail de leurs protégées ; imposent d'importantes limites sur la capacité des femmes de négocier les termes de leurs transactions, telles qu'elles l'entendent, avec leurs clients ; profitent largement des revenus du travail du sexe tout en gardant ces femmes dans une position subordonnée de pauvreté et de dépendance économique ; et maintiennent une division entre les prostituées (Ford et al., 1998 ; Jackson & Highcrest, 1996 ; O'Neill Maggie, 1997 ; Wawer et al., 1996). Il importe tout de même de noter que lorsque ces acteurs soutiennent les travailleuses dans l'exercice

sécuritaire de leur métier, la vulnérabilité des prostituées s'en trouve grandement amoindrie, particulièrement dans les bordels et les bars (Albert et al., 1998 ; Jackson & Highcrest, 1996 ; Maticka-Tyndale et al., 1999 ; Pyett et al., 1996 ; Rojanapithayokorn & Hanenberg, 1996).

Quant aux clients des travailleuses du sexe, leur rôle est abondamment développé dans les écrits consultés qui, par ailleurs, confirment nos propos. Bien que leur nombre soit difficilement quantifiable, il est communément admis qu'une part importante de clients essaie encore et toujours d'obtenir des relations sexuelles non-protégées, soit pour leur plaisir ou soit pour se dissocier de l'image de consommateur de services sexuels (Cusick, 1998a ; Faugier & Sargeant, 1997 ; Jackson & Highcrest, 1996 ; O'Neill Maggie, 1997). De plus, outre l'offre de drogues ou d'argent supplémentaire pour arriver à leurs fins, l'usage de la force et de la violence est quotidienne (Bloor, 1995 ; Cusick, 1998a ; Lurie, Fernandes, et al., 1995 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Vanwesenbeeck et al., 1995 ; Weeks et al., 1998). Comme le suggèrent nos analyses, les motivations principales des mauvais clients se résument à une volonté de dégradation et d'humiliation de la prostituée, à l'envie de possession du corps d'une femme ainsi qu'au dessein d'exercice de contrôle afin d'affirmer leur autorité face à celle que tente d'imposer la travailleuse (Barnard, 1993a ; Miller & Schwartz, 1995)¹. À cet égard, il semble que certains s'emploieraient spécifiquement à choisir les femmes les plus intoxiquées ou les moins expérimentées pour arriver à leurs fins (McKegany & Barnard, 1996). Par ailleurs, les bons clients font également l'objet de discussions. Il est notamment fait mention du *really hot guy* dont la belle allure fait en sorte qu'il est jugé peu opportun d'exiger une protection quelconque (Waddell, 1996) ; de celui qui offre des drogues gratuitement (Green et al., 2000) ; et des *special regulars* dont les prostituées connaissent des détails de la vie intime et avec lesquels elles partagent des éléments de leur propre vie privée, tout en étant bien payées pour leurs services (Cusick, 1998a ; Day & Ward, 1990 ; de Graff, Vanwesenbeeck, van Zessen, Straver, & Visser, 1992). Dans ce dernier cas, il est courant que la relation commerciale soit progressivement redéfinie et que l'usage du condom, parfois régulière au début, devienne intermittente puis inexistante. Bref, à l'image de nos discussions et analyses, il se dégage un certain consensus des écrits consultés sur le fait que tant des mauvais que des bons clients participent à l'exclusion des intérêts des prostituées par rapport à la pratique sécuritaire de leur métier.

¹ Puisque les prostituées essaient systématiquement d'accepter des clients qui n'ont pas l'air dangereux, ces actes de violence seraient alors majoritairement perpétrés par des hommes qui n'ont rien d'un profil criminel, c'est-à-dire des « Monsieur tout-le-monde ».

En ce qui a trait aux relations entre la police et les prostituées de rue, les observations et analyses présentées dans la littérature vont également dans le sens de nos propos (Barnard, 1993a ; English Collective of Prostitutes, 1997 ; Miller & Schwartz, 1995 ; O'Neill Maggie, 1997 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). Dans l'ensemble, même si leurs pratiques semblent varier d'une localité à l'autre, ces agents sont davantage associés à la vulnérabilité des prostituées, plutôt que considérés sous l'angle du potentiel d'alliances pouvant contribuer au bien-être et à la sécurité de ces travailleuses.

Il est intéressant de noter, bien que nos analyses n'aient pas abordé le sujet, que quelques auteurs rappellent la quasi-inexistence de support social de la part de membres de la famille ou d'amis en dehors du cercle de la prostitution, ce qui contribue davantage et toujours plus au vécu d'exclusions parmi les prostituées les plus vulnérables (Brock, 1998 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998). Cette observation a vraisemblablement un sens à la lumière de mes conversations informelles et de mes observations effectuées chez Stella durant la phase préparatoire du projet.

Enfin, les conditions de travail des prostituées de rue sont principalement traitées sous l'angle de leur potentiel de violence inextricablement emmêlé au potentiel de vulnérabilité au VIH (Maman et al., 2000). Lorsque le sujet est abordé, les auteurs s'entendent, comme nous, à l'effet que les prostituées de rue travaillent dans des conditions très difficiles. Les descriptions des endroits où elles offrent leurs services sont généralement, voire presque exclusivement, des lieux isolés et dangereux, hors de tout filet de protection adéquat (Barnard, 1993a ; Cusick, 1998a ; Miller & Schwartz, 1995 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Vanwesenbeeck et al., 1995 ; Weeks et al., 1998). De même, il est communément admis que le marché compétitif de la prostitution fait entrave à l'établissement de liens de solidarité entre les prostituées, surtout face aux nouvelles venues qui sont généralement plus jeunes et attrayantes (Baseman, Ross & Williams, 1999 ; Campbell, 2000 ; McKegany & Barnard, 1996 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998). Enfin, la prévalence accrue de drogues dans le milieu est considérée, à l'instar de nos discussions, comme un facteur déterminant de l'accroissement des brutalités que subissent les prostituées ainsi qu'un motif supplémentaire justifiant le harcèlement policier et l'exclusion de la part de regroupements de citoyens (Green et al., 2000 ; Miller & Schwartz, 1995).

DES PROJETS (DÉ)CONSTRUCTEURS ET EN INTERFÉRENCE

Bien qu'aucune des études examinées réfère à la notion de projets telle qu'elle est élaborée ici, il est tout de même fait mention de besoins à combler qui atténuent la volonté, voire la capacité, d'assurer une pratique sécuritaire de la prostitution.

Le besoin de drogues ressort comme étant un des moteurs importants de vulnérabilité des prostituées de rue à l'exploitation, à la violence et au VIH. Il est d'ailleurs entendu que la capacité de pressentir un potentiel de violence de la part d'un client, de s'extraire d'une situation dangereuse, de s'assurer de relations sexuelles protégées ou de ne pas partager des seringues usagées est fortement mise à l'épreuve lorsque le besoin de consommer devient impératif (Cusick, 1998a ; Green et al., 2000 ; Jackson & Highcrest, 1996 ; McKegany & Barnard, 1996 ; Plant, 1997 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Weeks et al., 1998). Des observations répétées indiquent également que le besoin de drogues, largement conditionné par la culture organisationnelle du monde du travail du sexe (Plant, 1997), fait en sorte que les femmes concernées travaillent plus fréquemment et de plus longues heures que les autres travailleuses du sexe, ce qui accroît leur exposition au potentiel de violences de toutes sortes (McKegany & Barnard, 1996).

De la même manière que l'ont dépeint nos discussions, il est entendu que le besoin de drogues se conjugue au besoin d'argent que ce soit pour se procurer de la drogue pour soi-même ou pour son partenaire^{1,2}. Même en l'absence de toxicomanies, la pauvreté, la médiocrité de sources supplémentaires de revenu, les besoins de personnes dépendantes ainsi que les exigences de « gérants » constituent tous des incitations à accepter des relations sexuelles non-protégées afin de ne pas perdre de clients ou pour encaisser plus de revenus (Barnard, 1993a ; Cusick, 1998a ; Jackson & Highcrest, 1996 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Varga, 1997 ; Wawer et al., 1996 ; Wilson et al., 1990). Par ailleurs, bien que certaines travailleuses arrivent à gagner beaucoup d'argent, rares sont celles qui arrivent à faire des économies, perpétuant ainsi le cycle de leur pauvreté (Highcrest, 1997).

En ce qui concerne le besoin d'amour et d'appartenance considéré dans un contexte de vulnérabilité au VIH, les discussions semblent porter exclusivement sur l'incidence réduite de relations sexuelles protégées dans le cadre de relations non-commerciales. Or, bien que la majorité des travailleuses du sexe entretiennent des relations amoureuses (Delacoste & Alexander, 1998 ; Dorfman et al., 1992 ; Jackson & Highcrest, 1996), la littérature recensée demeure plutôt discrète en ce qui concerne la manière dont elles vivent ces relations. Par ailleurs, je n'ai pu retracer d'écrits traitant des mécanismes que privilégient les femmes les plus vulnérables pour combler leurs besoins d'affiliation. Pourtant, nos discussions suggèrent que les relations amoureuses et le besoin d'affiliation recèlent un important potentiel de vulnérabilité au VIH.

¹ Plusieurs femmes préfèrent subvenir aux besoins de consommation de leurs partenaires plutôt que de risquer l'emprisonnement de celui-ci pour vol ou pour extorsion, par exemple.

² Quoique dans certains milieux il est courant d'offrir des services sexuels directement en échange de drogues (Baseman et al., 1999 ; Green et al., 2000).

Une seule étude réfère à ce que j'ai articulé comme étant le projet de survie pouvant s'inscrire dans le cycle destructeur de la toxicomanie-prostitution-violence-VIH. Mallory (1998) décrit un « processus de réveil » (*process of awakening*) à travers lequel les femmes prennent conscience de leur vulnérabilité et des risques encourus pour elles-mêmes et leurs proches puis adoptent graduellement des moyens pour sortir du milieu et améliorer leur sort. Ayant identifié ce concept, l'auteur conclut à la nécessité de poursuivre la recherche autour de ce processus afin de mieux en comprendre la signification. En effet, cette dynamique, où s'opère une prise de conscience de sa déchéance et de la perte d'objets de désir autres que la drogue, demeure peu décrite dans la littérature en toxicomanie (Olievenstein et al., 1991 ; United Nations International Drug Control Programme, 1997).

Enfin, bien que plusieurs études aient illustré, à travers de riches descriptions, l'interférence des projets que poursuivent et subissent les prostituées de rue, tant dans le contexte de leur travail que dans leurs vies privées, aucune des études recensées fait référence à la signification de toutes ces interférences en tant que marqueurs du phénomène de la vulnérabilité au VIH. L'analyse s'en tient généralement au constat de l'absence d'exercice de pouvoir ou de contrôle de la part des prostituées vulnérables ; ou encore au constat de l'imprévisibilité et de la volatilité qui caractérise la vie de ces femmes. Il est toutefois possible que la conceptualisation même de la notion d'interférence continue de d'une multiplicité de projets en phase ou en opposition soit peu probable étant donné la perspective post-positiviste sous-tendant la plupart des activités de recherche recensées. Car il s'agit bien d'une catégorie procédant d'une pensée systémique et complexe non réductible aux manipulations statistiques.

LA PRATIQUE (DÉ)RÉGLÉE DU MÉTIER

Comme en témoignent nos réflexions, les écrits recensés rendent également compte d'une multitude de règles ou de *trucs du métier* qui constituent une sorte de code de travail, voire un sceau de professionnalisme pour les prostituées de rue (McKegany & Barnard, 1996 ; Scambler, 1997). Ce code apparaît relativement uniforme malgré quelques variations locales et régionales : il s'agit essentiellement de s'assurer que les transactions encourues sont sécuritaires et qu'il y aura rétribution adéquate pour les services rendus (Barnard, 1993a ; Cusick, 1998a ; Delacoste & Alexander, 1998 ; Miller & Schwartz, 1995 ; Pyett & Warr, 1997 ; Romero-Daza et al., 1998 ; Waddell, 1996 ; Weeks et al., 1998).

Aux règles déjà mentionnées s'ajoutent, notamment, les suivantes :

- Bien observer le client (le débit et le ton de sa voix, les mots utilisés, ses manières, son attitude) tout en se fiant à son intuition ; et refuser de s'engager dans une négociation ou une transaction dès qu'il y a intuition négative.
- Dès le début de la rencontre avec un client, établir la nature commerciale de la relation et exercer son autorité en la matière. Puis, tout en informant le client potentiel des coûts en fonction des services offerts, spécifier qu'il y aura utilisation du condom. S'il accepte, orchestrer l'interaction du début à la fin. S'il refuse ou tente de négocier autre chose, mettre un terme à la discussion (ou à la transaction si elle est déjà entamée).
- Circonscrire son répertoire sexuel à des routines permettant sécurité et rapidité, dans le respect de ses propres limites.
- Tenter de se constituer une clientèle régulière.
- Avoir à sa disposition des moyens de protection (armes, pratiques d'auto-défense).
- Informer le client que la transaction est sous surveillance, même si cela n'est pas vrai.
- Ne pas utiliser de drogues avec un client.

Il est généralement admis que la vulnérabilité des travailleuses du sexe est attisée lorsqu'il y a transgression des règles de pratique. Ceci dit, la littérature consultée rend plutôt compte de déterminants individuels de la transgression que de contextes plus généraux qui y sont associés. Ainsi, les auteurs considèrent davantage les caractéristiques personnelles des femmes concernées comme leur âge, l'absence de domicile fixe, leurs habitudes de consommation et le nombre d'années d'exercice de la prostitution, plutôt que leur vécu plus global d'exclusions et leurs systèmes de croyances et projets qui font en sorte que les règles soient difficiles à mettre en pratique (Cusick, 1998a ; Green et al., 2000 ; Pyett & Warr, 1997 ; Vanwesenbeeck et al., 1995 ; Weeks et al., 1998). À ces études s'ajoutent celles qui traitent plus spécifiquement de considérations reliées à la qualité des condoms. À titre d'exemple, les condoms disponibles étant parfois insuffisamment lubrifiés, les travailleuses rapportent qu'elles souffrent d'irritations et de lésions vaginales lorsqu'elles sont exposées à un nombre élevé de clients. Dans ces conditions, elles préfèrent ne pas avoir recours à ces dispositifs, d'autant plus que les transactions durent moins longtemps puisque les clients sont satisfaits plus rapidement (Wawer et al., 1996).

La transgression des règles de pratique est également traitée sous l'angle de la capacité d'exercice de contrôle des travailleuses du sexe (Barnard, 1993a ; Bloor, 1995 ; Brock, 1998 ; Cusick, 1998a ; Day & Ward, 1997 ; McKegany & Barnard, 1996 ; Plumridge, Chetwynd, & Reed, 1997 ; Pyett & Warr, 1997 ; Weeks et al., 1998). N'étant pas en mesure d'exercer un contrôle efficace sur le déroulement de leurs transactions sexuelles et sur

l'organisation de leur travail, il est entendu que les prostituées vulnérables transgressent, souvent bien malgré elles, leur code de pratique.

Toutefois, il importe de noter que le sens mécanique et contraignant du concept de contrôle ne rend pas justice à la créativité inhérente aux actions qu'entreprennent quotidiennement ces femmes afin de survivre à leur vulnérabilité et tenter de réguler le parcours de leur existence (Campbell, 2000 ; Weeks et al., 1998). En fait, tant les idées de « projet de survie » que de « capacité de régulation » renvoient davantage à l'*agency* (Sherwin et al., 1998) et à la réflexivité (Scambler, 1997) des femmes vulnérables, lesquelles notions trouvent une résonance certaine dans les discours des coalitions pour les droits de prostituées puisqu'elles permettent d'évacuer la vision victimisante qu'abhorrent ces regroupements et d'envisager les forces et les compétences de ces femmes (Delacoste & Alexander, 1998 ; Kempadoo & Doezema, 1998 ; Pheterson, 1989). Fait à signaler, quelques auteurs ont plutôt choisi le concept d'efficacité personnelle pour, semble-t-il, référer à la capacité d'exercice de contrôle (Campbell, 2000 ; Wawer et al., 1996 ; Wilson et al., 1990). Cette notion serait d'ailleurs plus proche de celle de capacité de régulation étant donné sa nature constructive et réflexive (Siela & Wieseke, 2000).

REMARQUE FINALE

Au terme de ce bilan, il importe de signaler la convergence des éléments dégagés de cette recension de la littérature, à la fois entre les écrits étudiés et avec nos propres analyses. En ce sens, les résultats des analyses conjointe et *a posteriori* s'avèrent crédibles. De plus, il est intéressant de noter qu'aucune des publications consultées ne rend compte de l'ensemble des éléments relevés à travers nos discussions. Cela témoigne, à mon avis, de la productivité de l'approche de recherche adoptée dans ce projet. Lorsque le fruit de nos réflexions est confronté aux écrits, l'on doit cependant reconnaître que notre traitement de certains sujets est parfois superficiel. Les analyses approfondies qu'offrent certaines études permettent donc de nuancer et d'enrichir le sens de nos propos tout en fournissant des pistes supplémentaires de réflexion.

Il convient maintenant de proposer une synthèse de l'ensemble des résultats présentés ici afin de préciser et d'articuler les éléments clés du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. En retour, cette synthèse formera la base à partir de laquelle poursuivre l'élaboration théorique du concept de vulnérabilité en santé publique.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

À titre de rappel, les différentes manières d'aborder cette phase d'analyse ont donné lieu à des résultats ayant des portées différentes. La première analyse conjointe était principalement orientée en fonction de besoins d'intervention chez Stella. La deuxième analyse effectuée *a posteriori* était plutôt orientée en fonction d'une volonté de théorisation portant sur le concept de vulnérabilité, sans pour autant perdre de vue le besoin de soutenir le développement de l'intervention en prévention du VIH auprès de prostituées de rue. Enfin, la troisième analyse visait à vérifier la crédibilité des résultats issus des deux premières. Au terme de ces trois niveaux d'analyse, il est intéressant de noter que les résultats produits comportent plusieurs recoupements et sont, en quelque sorte, assimilables l'un à l'autre. Il est donc concevable d'envisager une synthèse qui pourra refléter l'ensemble de ces résultats afin de rendre compte des principales dynamiques du phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH et d'établir une base pour la modélisation théorique du concept de vulnérabilité en soi.

Je prends pour point de départ de cette synthèse les résultats issus de la deuxième analyse et ce, pour plusieurs raisons :

- Premièrement, cette analyse s'inscrit spécifiquement dans la finalité de théorisation de la présente synthèse.
- Deuxièmement, elle rend expressément compte de la complexité du phénomène de la vulnérabilité et de son caractère dynamique, contextuel et en devenir.
- Troisièmement, il est possible d'y distinguer les quatre niveaux de la vulnérabilité formulés lors de la première analyse conjointe. Ainsi, les systèmes de croyances et les projets (dé)constructeurs de ces femmes renvoient davantage à un niveau individuel de vulnérabilité. Le monde vécu d'exclusions dans le milieu de la prostitution de rue ainsi que l'interférence des projets de ses divers protagonistes permettent de référer à la vulnérabilité au niveau organisationnel. Enfin, il est également possible de discerner les niveaux sociétal et contextuel de la vulnérabilité à travers le thème des réalités sociales d'exclusion.
- Quatrièmement, les résultats de cette analyse effectuée *a posteriori* renvoient à une diversité d'éléments dont la crédibilité est confirmée par une multitude d'écrits provenant de sources variées.
- Et cinquièmement, il est possible de formuler deux thématiques centrales qui traversent les quatre champs du modèle conceptuel organisateur sous-tendant cette analyse. Il s'agit des méta-thèmes de « l'expérience vécue d'exclusion » et de « la capacité de régulation » qui constituent, en retour, des points d'ancrage à partir desquels envisager l'action auprès de populations vulnérables en santé publique.

L'EXPÉRIENCE VÉCUE D'EXCLUSION

L'expérience vécue d'exclusion recouvre plusieurs éléments identifiés à l'intérieur des quatre principaux champs du modèle conceptuel présenté à la Figure 11 (cf page 206). De plus, cette expérience se manifeste aux quatre niveaux élucidés lors de notre première analyse conjointe, soit les niveaux d'ordre individuel, organisationnel, social et contextuel.

À cet effet, les systèmes de croyances des prostituées de rue vulnérables en ce qui a trait à leur identité, la poursuite de projets destructeurs ainsi que la transgression de règles de pratique témoignent d'une expérience vécue d'auto-exclusion qui, en retour, s'inscrit dans un niveau de vulnérabilité individuelle puisque ces dimensions vont à l'encontre de la préservation et de la protection de soi. Par ailleurs, ces mêmes dimensions se conjuguent en une expérience vécue d'exclusion au plan interpersonnel et qui témoigne alors d'un niveau de vulnérabilité d'ordre organisationnel. D'une part, nous avons vu que les prostituées de rue vulnérables sont méprisées et exclues par les autres travailleuses du sexe du milieu puisque leurs systèmes de croyances font en sorte qu'elles ne s'identifient pas nécessairement à cette communauté de femmes ; puisqu'elles sont désorganisées par leurs toxicomanies ; et puisqu'elles ne se conforment pas aux normes et règles établies. D'autre part, l'expérience vécue d'exclusion au niveau interpersonnel, et donc la vulnérabilité d'ordre organisationnel, serait également tributaire du fonctionnement du milieu du travail du sexe qui favorise la division et la compétition entre les prostituées ; et de l'interférence entre les multiples projets des principaux protagonistes du milieu de la prostitution de rue. Enfin, les projets destructeurs que poursuivent les prostituées vulnérables attisent, indubitablement, leur expérience vécue d'exclusion à travers l'opprobre sociale, la stigmatisation et la criminalisation qu'elles suscitent. Ces derniers éléments, combinés aux réalités socio-économiques et sexistes, aux projets politiques et juridiques de la société ainsi qu'à l'inadéquation des interventions préventives qui leurs sont destinées, témoignent d'une expérience vécue d'exclusion chez ces femmes au niveau sociostructurel et, en l'occurrence, de leur vulnérabilité d'ordre social et contextuel.

Somme toute, le phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH comporte une dimension fondamentale qui se résume à une expérience vécue d'exclusion, que ce soit aux plans individuel, interpersonnel ou sociostructurel. Conséquemment, l'action auprès de populations vulnérables repose, du moins en partie, sur l'identification des individus et des groupes vivant diverses formes d'exclusion. Une fois les personnes identifiées et leur état d'exclusion constaté, la question se pose toutefois de savoir quel moyen d'intervention privilégier afin de composer avec le phénomène de la vulnérabilité. La deuxième

thématique centrale traversant les quatre champs du modèle conceptuel organisateur, soit la capacité de régulation, procure une voie complémentaire pour l'action.

LA CAPACITÉ DE RÉGULATION

À prime abord, il pourrait sembler que la notion de capacité de régulation ne se limite qu'à un seul champ du modèle conceptuel organisateur, celui des pratiques. En effet, à travers la description formulée plus haut de la dimension de « pratique (dé)réglée », il a été possible de constater que le phénomène de la vulnérabilité est tributaire d'une certaine *incapacité* de régulation, où il s'avère difficile pour des prostituées de rue vulnérables de respecter des règles de pratique et de gérer et d'organiser leur travail en fonction de leurs besoins de sécurité. Toutefois, dans l'esprit d'une pensée systémique et complexe, et au même titre que la thématique de l'expérience vécue d'exclusion, il importe tout de même de constater que la notion de capacité de régulation ne prend tout son sens qu'à travers l'inter-relation des systèmes de croyances de ces femmes vulnérables, du monde dans lequel elles vivent, des projets qu'elles poursuivent et qui croisent leur chemin, ainsi que de leurs pratiques. De ce fait, la thématique de capacité de régulation émerge de chacun des quatre pôles sans lesquels il serait difficile d'expliquer et de comprendre cette idée, voire même d'interpréter une situation de vulnérabilité et de passer à l'action.

Ceci étant, la notion de capacité de régulation comprend quelques nuances intéressantes. Tel que défini précédemment, ce concept renvoie à la capacité d'un individu ou d'un groupe de gérer et d'organiser les diverses facettes de son existence ainsi que les multiples forces, soit les difficultés et les ressources, qui se confrontent et se conjuguent à l'intérieur de son contexte de vie afin d'être en mesure de s'actualiser au meilleur de son potentiel. Considérée à la lumière d'une pensée systémique et complexe, l'actualisation de soi qu'évoque la notion de capacité de régulation permet cependant d'élargir cette définition autour de deux dynamiques essentielles. D'une part, l'actualisation de soi comprend une dynamique interne et réflexive d'adaptation du sujet qui se constitue à travers la gestion et l'organisation de son existence face aux contingences et aux adversités que présente son contexte de vie. Et, d'autre part, elle comporte une dynamique complémentaire, constructive et projective de transformation de son monde vécu qui prend forme à travers la gestion et l'organisation de son contexte de vie que nécessitent la poursuite de son existence et l'actualisation de soi, *qu'il y ait ou non adversité*. Cette dernière distinction est importante dans la mesure où le processus de transformation est en opération tant pour gérer et corriger les difficultés que présente le monde vécu du sujet que pour organiser les ressources de son contexte de vie nécessaires à sa régénération et son amélioration continues. Dès lors, le processus d'adaptation du sujet face à l'adversité, ainsi que celui

de transformation de son monde vécu, qu'il y ait ou non adversité, sont envisagés ici à titre de dynamiques centrales et inter-reliées de la notion de capacité de régulation.

Par ailleurs, outre sa centralité au phénomène de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, ainsi que ses dynamiques constitutives d'adaptation et de transformation, il appert que la notion de capacité de régulation, ou plutôt d'incapacité de régulation, se dessine, assez distinctement même, à travers la thématique centrale d'expérience vécue d'exclusion. Par exemple, l'expérience vécue d'auto-exclusion qui va à l'encontre de la préservation et de la protection de soi, traduit une certaine incapacité de réguler son existence, voire de s'y adapter ou d'en transformer le contexte afin de s'actualiser au meilleur de son potentiel. De plus, l'expérience vécue d'exclusions interpersonnelles rend compte d'une incapacité de transformer l'organisation de son milieu de travail afin de s'assurer, entre autres, d'une solidarité protectrice ainsi que d'une incapacité d'adapter ses projets face aux divers projets que poursuivent les principaux protagonistes de son milieu. Et, par ailleurs, l'expérience vécue d'exclusion au niveau sociostructurel témoignerait d'une incapacité de ces femmes de s'adapter aux diverses institutions sociales, politiques, culturelles et économiques qui modulent leur existence ou encore, de les transformer.

En somme, l'on ne saurait concevoir ici l'idée de vulnérabilité des prostituées de rue au VIH sans référence à la notion de capacité (ou d'incapacité) de régulation (adaptation-transformation) qui, par ailleurs, s'avère intimement inter-reliée à une expérience vécue d'exclusions diverses.

MISE EN RELATION DES IDÉES : FORMULATION D'UN PREMIER MODÈLE SUR LE PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ (DES PROSTITUÉES DE RUE AU VIH)

L'interdépendance des deux thèmes principaux d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation étant soulignée, qu'en est-il alors de la dynamique de cette interaction lorsqu'il est question du phénomène de la vulnérabilité ?

En fait, les propos traités dans le cadre de ce projet, ainsi que les arguments développés ci haut suggèrent, à de nombreuses reprises, que la capacité de régulation d'une personne ou d'un groupe se trouve compromise, en synergie, par une expérience vécue d'exclusions lorsqu'il est question du phénomène de la vulnérabilité. Par exemple, nous avons vu que dans un contexte sociostructurel d'exclusion prônant la criminalisation de la prostitution, les travailleuses du sexe ont de la difficulté à réguler leur pratique ou à se concerter entre elles de manière à se protéger de la violence et du VIH. Par ailleurs, il semble que plus il y a expérience vécue d'exclusion, non seulement la capacité de régulation s'en trouve

amoindrie ; mais plus la marge de manœuvre à l'intérieur de laquelle développer sa capacité de régulation s'en trouve réduite. Ainsi, lorsqu'il y a phénomène de vulnérabilité, il n'est pas inhabituel que l'exercice de capacité de régulation comporte le risque d'accroître son expérience vécue d'exclusion. À ce titre, des expériences récentes à Montréal ont démontré que lorsque des représentantes des travailleuses du sexe se sont mobilisées afin de développer des initiatives visant l'amélioration des conditions de travail des prostituées de rue, de pair avec des partenaires municipaux – donc lorsqu'il y a eu tentative d'exercice de capacité de régulation – l'exclusion à l'endroit de ces femmes vulnérables s'est trouvée décuplée, notamment parce que d'autres acteurs du milieu ont réagi et exercé de multiples pressions afin de contrer ces nouveaux projets et de maintenir l'ordre établi. Dès lors, il appert que la capacité de régulation (adaptation-transformation) d'un sujet/groupe procéderait du rapport qu'il ou elle entretient avec son monde vécu, que ce soit au niveau personnel, interpersonnel ou sociostructurel ; et que, récursivement, l'exercice de capacité de régulation aurait une incidence sur le rapport qu'un sujet/groupe entretient avec son monde vécu.

Une lecture de Morin (1977, 1980) s'avère ici utile pour donner un sens à ces propos. À travers une argumentation détaillée, Morin démontre que l'organisation d'un système vivant et sa dynamique inhérente de régulation puisent leur matière-énergie dans l'interaction dudit système vivant avec son environnement, en particulier avec les composantes de cet environnement qui lui sont significatives. Ainsi, l'environnement entretient, en quelque sorte, l'organisation et la capacité de régulation d'un système vivant. Dans la mesure, toutefois, où le système (qu'il soit individu ou groupe) est exclu, ou encore se voit retirer ou refuser des éléments de cet environnement qui lui sont importants, sa capacité de régulation s'en trouve amoindrie et son organisation désorganisée. Or, dans ce contexte de désordre, un système vivant devenu vulnérable peut alors avoir de la difficulté à se conjuguer à l'environnement établi, et peut même, de ce fait, en arriver à participer à son exclusion de ce monde vécu qui tente de maintenir un certain ordre en fonction de ses propres intérêts, et non en fonction des intérêts dudit système désordonné.

Conséquemment, un individu (ou un groupe) éprouverait de la difficulté à exercer sa capacité de régulation lorsque vivant dans l'exclusion, pour alors devenir confondu dans un état de désordre et de vulnérabilité. Et récursivement, lorsqu'il y a désordre et vulnérabilité d'un sujet, l'exercice de sa capacité de régulation, ou ses réponses d'adaptation ou de transformation, auraient pour effet, du moins à prime abord, de contribuer à son expérience vécue d'exclusion... puisque les adaptations et les transformations que nécessitent sa survie

auraient tendance à menacer l'ordre établi et à susciter le rejet et l'exclusion plutôt que des modifications du monde vécu environnant pour tenter de contrer sa vulnérabilité¹.

La Figure 12 illustre la mise en relation des idées d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation développées ici. Il est à noter que les termes relevant directement de l'analyse de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH se retrouvent maintenant entre parenthèses afin de signifier leur probable spécificité à ce groupe, voire même à la problématique du VIH. Ceci n'exclut pas, toutefois, une terminologie apparentée pour d'autres populations et conditions où il y a phénomène de vulnérabilité.

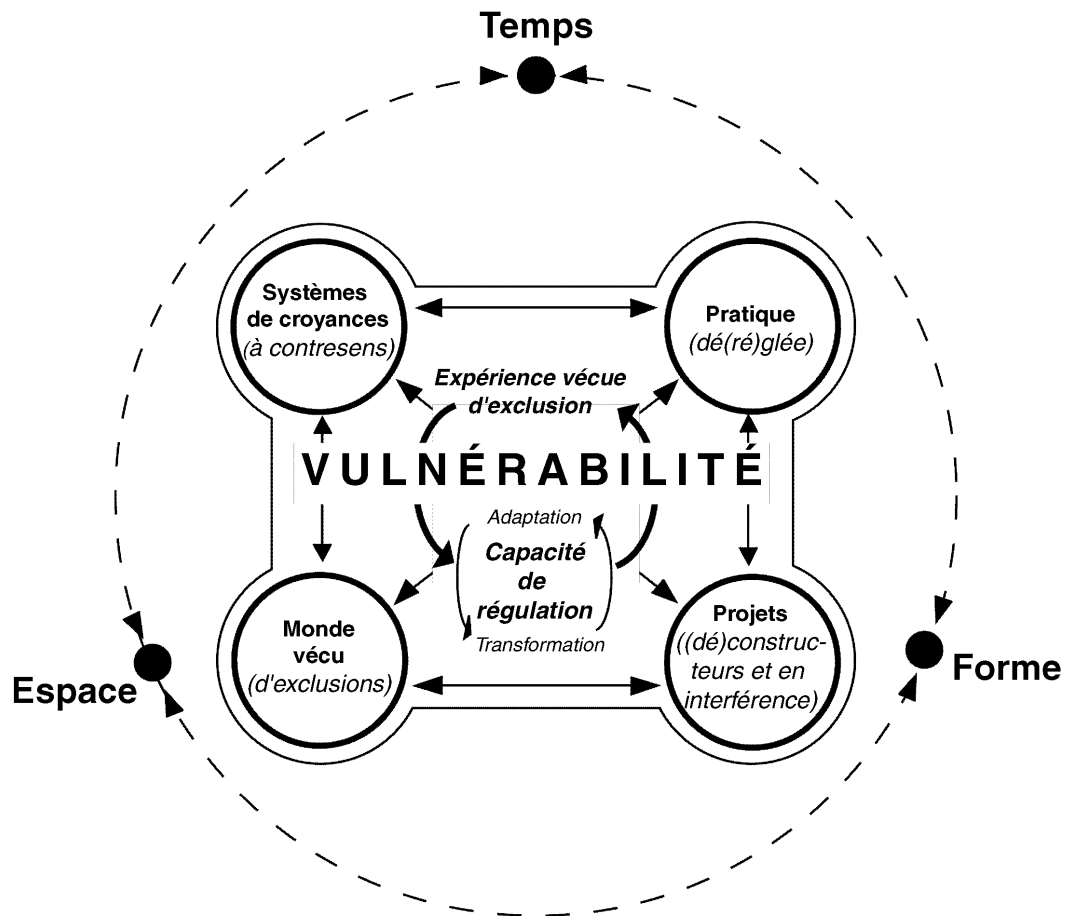


Figure 12. Proposition d'un premier modèle sur le phénomène de la vulnérabilité (des prostituées de rue au VIH)

¹ Ces idées seront élaborées davantage au chapitre suivant.

En continuité avec la modélisation déjà entreprise, le phénomène de la vulnérabilité se situe toujours dans un référentiel temps-espace-forme afin de souligner son caractère dynamique, contextuel et en devenir. Par ailleurs, la vulnérabilité se situe à l'intérieur d'un système où interagissent les dimensions d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation qui, à la fois, font partie des quatre champs constitutifs du phénomène de la vulnérabilité et émergent de leur interdépendance. Enfin, j'ai situé la notion de capacité de régulation à la confluence des dynamiques d'adaptation et de transformation qui en constituent ses deux composantes essentielles.

Évidemment, la modélisation d'un phénomène complexe comme celui de la vulnérabilité pose certains défis. En particulier, toute représentation comporte, inévitablement, une certaine réduction et de multiples sens (Genelot, 1992 ; Le Moigne, 1990). Cette ambiguïté s'avère néanmoins nécessaire afin de stimuler la poursuite d'un processus créatif et productif de conceptualisation.

CHAPITRE SEPTIÈME

POURSUITE DE LA CONCEPTUALISATION DU PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ

Dans ce chapitre, je présente les réflexions issues de ce qui a été nommé plus tôt¹ ma démarche de théorisation. En premier lieu, je mets en perspective le modèle présenté à la fin du chapitre précédent. Ce dernier étant généralement corroboré par des écrits empiriques et théoriques, j'entreprends ensuite une re-formulation du modèle et propose une conceptualisation visant à enrichir nos connaissances et nos capacités d'action par rapport au phénomène de la vulnérabilité en santé publique.

MISE EN PERSPECTIVE DU PREMIER MODÈLE SUR LE PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ (DES PROSTITUÉES DE RUE AU VIH)

Afin de se prononcer sur le potentiel de crédibilité et de transférabilité du modèle présenté à la Figure 12 (cf page 228), j'ai entrepris d'examiner dans quelle mesure il s'avère corroboré par les écrits empiriques portant sur la question de la vulnérabilité au VIH parmi d'autres groupes d'individus que les travailleuses du sexe et, de plus, par les écrits portant sur le thème de la vulnérabilité dans d'autres contextes que celui du VIH. Ensuite, ce modèle a été mis en parallèle avec des écrits présentant une conceptualisation théorique de la notion de vulnérabilité.

LA VULNÉRABILITÉ AU VIH PARMIS D'AUTRES GROUPES

Comme la précédente recension des écrits traitant de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, un survol de la littérature portant sur d'autres groupes rend compte de bien peu de travaux autour du thème de la vulnérabilité au VIH, tel qu'il est envisagé ici. Les analyses se situent plutôt, et presque exclusivement, sous la rubrique du concept de risque². Par ailleurs, lorsque le terme de vulnérabilité est utilisé, il est habituellement question de la *perception* qu'ont les individus et les groupes de leur vulnérabilité au VIH, plutôt que de leur état de vulnérabilité en soi (voir par exemple : Cohen & Bruce, 1997 ; Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996 ; Langer, Tubman, & Duncan, 1998).

À titre de rappel, j'ai recensé des écrits ayant trait aux huit groupes suivants : les travailleurs du sexe masculins ; les femmes en général ; les usagers de drogues par injection ; les personnes transsexuelles et travesties ; les jeunes de la rue ; les minorités ethniques et les peuples autochtones ; les hommes ayant des relations sexuelles et affectives

¹ Je réfère ici au chapitre cinquième portant sur les procédures de recherche adoptées.

² Le recours à ce terme ne comporte pas nécessairement de justification théorique précise. Il relèverait plutôt de l'influence du discours scientifique dominant. Toutefois, il semble que la notion de risque soit élastique dans la mesure où elle recouvre de plus en plus fréquemment le sens du concept de vulnérabilité développé ici. Cette situation pourrait être le reflet d'un intérêt grandissant de l'épidémiologie contemporaine pour le social.

avec d'autres hommes ; ainsi que la population générale. Afin de ne pas alourdir le développement de la discussion, le détail de cette recension et la liste de références afférentes sont présentés à l'annexe 22. Dans les lignes qui suivent, je rends plutôt compte de trois constats généraux formulés au terme de mon analyse de ces écrits.

Premier constat, quel que soit le groupe concerné, la vulnérabilité au VIH s'enracine invariablement dans un complexe d'expériences vécues d'exclusions multiples aux niveaux personnel, interpersonnel et sociostructurel¹. En effet, au-delà de l'élucidation de comportements et de facteurs anatomo-biologiques présentant des risques pour l'acquisition du VIH, les écrits rendent compte d'histoires de vie comportant de multiples formes de négligences, d'abus et de violences ; des dynamiques d'oppression, d'aliénation et d'isolement social ; ainsi que de nombreuses configurations de discrimination institutionnelle et politique rendant difficile l'accès des personnes concernées à des ressources adaptées à leurs réalités. Par ailleurs, il est généralement entendu que la marginalisation, l'inégalité basée sur le genre ou sur l'âge, la pauvreté et l'existence de multiples barrières à l'expression identitaire aiguisent la vulnérabilité au VIH, tous groupes confondus. Dans l'ensemble, les écrits confirment donc nos analyses. Qui plus est, ces mêmes écrits signalent l'importance d'intervenir auprès des personnes vivant diverses formes d'exclusions plutôt que de se concentrer sur les comportements et les caractéristiques des individus.

Il se trouve que ce constat va dans le même sens que ceux formulés par les experts du *Global AIDS Policy Coalition*, un organisme indépendant de recherche et de défense des droits humains qui suit de près l'évolution de l'épidémie du VIH sur un plan international. Les analyses de ces experts démontrent que ce sont précisément les populations les plus marginales ou stigmatisées et contre lesquelles il y a diverses formes de discrimination sociale, politique, économique et légale qui sont les plus vulnérables au VIH. Il est question, notamment, d'individus et de groupes qui vivent dans l'isolement, qui ne reçoivent pas les informations adaptées à leur besoins, qui n'ont pas accès à des services sociaux, juridiques et de santé adéquats et qui évoluent dans un environnement social qui leur est défavorable (Mann, 1992,1995 ; Mann & Tarantola, 1996 ; O'Malley, Mann, & Tarantola, 1993 ; Tarantola, 2000). Bref, la pandémie du sida est, sans contredit, traversée et mue par diverses formes et pratiques d'exclusion (Lascoumes, 1994).

¹ Cette catégorie combine généralement ce que nous avons nommé, lors de notre première analyse conjointe, les niveaux de vulnérabilité d'ordre social et contextuel.

Le deuxième constat issu de cette recension des écrits porte sur la notion de capacité de régulation : cette idée fait sensiblement moins l'objet de discussions que la dimension de l'exclusion. Toutefois, il semble y avoir un consensus à l'effet que les personnes vulnérables au VIH exercent moins de contrôle sur leur vie. De plus, il appert que l'incapacité d'exercice de contrôle soit généralement tributaire d'un vécu d'exclusions. Les propos tenus ici à date sont donc confirmés.

Troisième et dernier constat, il ressort que les analyses effectuées par les divers auteurs comportent davantage de descriptions des caractéristiques des personnes touchées et des contextes dans lesquels elles vivent que de synthèses permettant d'élucider ce que pourraient être les dynamiques sous-jacentes et inhérentes au phénomène de la vulnérabilité au VIH. De plus, ces descriptions sont davantage circonscrites autour de considérations relatives à des déficits d'ordre fonctionnel et à des obstacles et éléments d'adversité locale plutôt qu'orientées vers la compréhension des moyens qu'utilisent les personnes pour tenter de s'adapter aux diverses contingences ou pour transformer leurs situations. D'autres observateurs sont également arrivés à ce constat et, ce faisant, plusieurs ont critiqué la recherche autour du VIH, qu'elle relève des sciences sociales ou de la santé publique. Cette critique souligne, notamment, l'effet de la domination du modèle de recherche biomédical qui retranche l'individu de son contexte afin d'assurer l'obtention de mesures scientifiques valides – ce qui, en retour, escamote le développement d'analyses plus poussées des systèmes sociaux, culturels, historiques et politiques qui façonnent la vie des individus et des groupes¹. Ce modèle biomédical ferait également en sorte que la recherche porte davantage sur des dimensions pathologiques de l'ordre de carences et de difficultés, d'où l'attention sommaire accordée aux forces de résistance et aux capacités des individus et des groupes (Farmer et al., 1996 ; Spiers, 2000 ; Wolffers, 2000).

Somme toute, cette recension d'écrits empiriques centrée sur la problématique du VIH permet d'affirmer la pertinence des deux dynamiques fondamentales que sont l'expérience vécue d'exclusion et la capacité de régulation constituant le phénomène de la vulnérabilité modélisé ici. Toutefois, ce modèle va même plus loin que ce que soumettent les écrits considérés, vu l'absence notable de synthèses et de tentatives de modélisation.

Examinons maintenant dans quelle mesure les propos portant sur la vulnérabilité au VIH trouvent un écho dans des écrits empiriques portant sur la vulnérabilité dans d'autres contextes.

¹ Certains disent même que de telles analyses plus « holistes », quoique intéressantes, sont plus ou moins utiles pour l'identification de stratégies d'intervention précises, bien ciblées et évaluables (Moatti, & Souteyrand, 2000).

LA VULNÉRABILITÉ CONSIDÉRÉE DANS D'AUTRES CONTEXTES QUE CELUI DU VIH

La notion de vulnérabilité, déjà traitée depuis l'avènement de la théorie psychanalytique freudienne, est fréquemment employée pour caractériser la susceptibilité ou la prédisposition individuelle au développement de problèmes psychologiques ou psychiatriques en réponse au stress, dont notamment la dépression, la schizophrénie ou des troubles de l'anxiété (Perris, 1987 ; Rodgers, 1991 ; Yank, Bentley & Hargrove, 1993). Cependant, les écrits d'orientation clinique présentent peu d'intérêt ici puisque ce n'est pas le phénomène de la vulnérabilité en soi qui constitue leur centre d'intérêt, mais plutôt le parcours de maladies spécifiques. Par ailleurs, la notion de vulnérabilité est également abordée dans les domaines d'études traitant de l'analyse de désastres naturels. Étant donné que ces écrits particuliers mènent à des conceptualisations théoriques, je reviendrai plutôt sur ces analyses à la section suivante.

En revanche, lorsqu'il est question de santé des populations, il est intéressant de noter que plusieurs écrits rendent désormais compte de l'état de vulnérabilité d'une diversité de groupes ainsi que des facteurs qui y sont associés. Par exemple, il est question de l'enfant vulnérable, du point de vue de son développement physique, psychoaffectif, cognitif, social et comportemental lorsqu'il est élevé dans des conditions difficiles (Cohen, Etezady, & Pacella, 1999) ; ou des personnes âgées vulnérables et du type de services et de politiques sociales que requiert cette clientèle (Harel, Ehrlich, & Hubbard, 1990). Par ailleurs, afin d'orienter la recherche et le développement de politiques et d'interventions visant l'amélioration de l'état de santé d'un nombre croissant de personnes vulnérables aux États-Unis, Aday (1993, 1994) dresse un portrait de différents groupes à partir d'indicateurs sociodémographiques et de santé : les mères et leurs jeunes enfants ; les personnes immigrantes et réfugiées ; les personnes sans domicile fixe ; les personnes vivant avec des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale ou divers handicaps ; les personnes alcooliques ou toxicomanes ; les personnes aux prises avec de la violence familiale ; et les personnes suicidaires ou violentes envers leurs concitoyens.

Au terme de telles descriptions, les auteurs recensés s'accordent généralement à l'effet que la vulnérabilité aux divers problèmes sociaux et de santé faisant l'objet de leurs analyses est fortement associée aux multiples facettes personnelles, interpersonnelles et sociales de la pauvreté ; ainsi qu'à de profondes iniquités en termes de disponibilité de ressources matérielles (par exemple : infrastructures en matière d'éducation, d'emploi, d'allocation de ressources financières, de logement et de services sociaux et de santé) et non-matérielles (par exemple : soutien social, capital social et degré d'insertion relationnelle) (Aday, 1997 ;

Castel, 1994 ; Provan, 1997). De plus, il est entendu que l'ensemble de ces déterminants, enracinés dans les biographies de nos sociétés, exerce un effet différentiel selon le genre et le groupe d'appartenance, qu'il soit de l'ordre de l'ethnicité, de l'orientation sexuelle, ou encore, de la classe sociale (Rogers, 1997).

De tels constats, empiriquement appuyés, s'avèrent certes utiles pour identifier et décrire les groupes vulnérables auprès desquels intervenir. De plus, ils permettent de consolider le développement d'indicateurs de vulnérabilité sociale à partir desquels délimiter les agglomérations géographiques nécessitant des ressources supplémentaires (voir par exemple : Dever, Sciegaj, Wade, & Lofton, 1988). Par contre, une fois reconnu que la vulnérabilité est multifactorielle, présente au sein d'une diversité de populations et dans une pluralité de contextes, puis constituée à travers l'histoire, la culture et les politiques sociales et économiques d'une collectivité... il est tout de même remarquable que les dynamiques sous-jacentes et inhérentes au phénomène de la vulnérabilité ne soient que très rarement (encore une fois) nommées ou élucidées (Spiers, 2000). En règle générale, les analyses proposées prennent fin après avoir identifié, en termes spécifiques, les difficultés et les conséquences des iniquités et de la pauvreté pour chaque groupe considéré, sans toutefois considérer les processus fondamentaux en présence. De plus, au-delà de certaines généralités concernant l'importance de favoriser la répartition plus équitable de ressources, il est peu fait mention de stratégies spécifiques à privilégier pour l'intervention.

Néanmoins, les conclusions formulées dans ces écrits font parfois allusion aux multiples facettes d'une expérience vécue d'exclusions chez les personnes vulnérables ainsi qu'à leur moindre capacité de régulation. Certains auteurs font référence à la stigmatisation et à un vécu de marginalité (Aday, 1993 ; Gitterman, 1991 ; Hall, Stevens, & Meleis, 1994). D'autres font mention d'une capacité d'exercice de contrôle limitée chez les personnes vulnérables (Appleton, 1994 ; Rogers, 1997). Par ailleurs, il a tout de même été possible de retracer une étude de cas qui propose une forme de synthèse des observations colligées suivie d'une mise en relation des idées émergentes. Il s'agit d'une étude effectuée auprès de personnes aux prises avec des déficiences intellectuelles ou physiques et dont les constats vont dans le même sens que mes propos. L'auteure conclut, en particulier, que la vulnérabilité de ces personnes face à diverses formes de violences et d'abus est fonction de pratiques culturelles, sociales, politiques et économiques discriminatoires envers elles et de leur incapacité, dans ce contexte, à effectuer des choix de manière autonome et à contrôler le cours de leur vie (Calderbank, 2000).

En somme, malgré une quasi absence de synthèses à partir d'un riche corpus d'observations accumulées, et malgré le recours à des terminologies différentes que celles employées dans le cadre de mes analyses, il est envisageable, sans trop d'équivoque, que l'expérience vécue d'exclusion et l'incapacité de régulation ne soient pas uniques au phénomène de la vulnérabilité au VIH. Ces dimensions semblent également constituer des éléments fondamentaux du phénomène de la vulnérabilité dans une multitude de contextes.

Afin de compléter ce portrait à caractère empirique, il importe maintenant d'examiner des conceptualisations théoriques portant sur la notion de vulnérabilité.

LES CONCEPTUALISATIONS THÉORIQUES DE LA NOTION DE VULNÉRABILITÉ

Malgré l'utilisation de plus en plus fréquente du terme, les écrits recensés ne signalent pas pour autant de consensus établi sur les paramètres inhérents au concept de vulnérabilité. Cependant, quelques chercheurs ont tout de même tenté de donner un sens à cette notion.

La littérature consultée pour cette composante de ma démarche de théorisation fait généralement état de conceptualisations appuyées empiriquement ; mais il arrive que ces constructions théoriques ne soient fondées que sur une analyse critique de la littérature. Ceci étant, il est intéressant de constater l'existence de plusieurs points communs à l'ensemble de ces écrits malgré l'exploration de problématiques variées (comme par exemple : la vulnérabilité à l'abus infantile, à des problèmes de santé mentale ou physique, à des désastres environnementaux et à la famine), et malgré l'utilisation de cadres de référence disciplinaires différents (santé publique, sciences infirmières, géographie, économie, sciences politiques ou sociologie). Ces points communs réfèrent d'ailleurs à des idées apparentées à celles incluses dans la modélisation entreprise ici. Pour fins de synthèse, il est possible de distinguer, d'une part, les éléments qui composent et qui structurent la conception du phénomène de la vulnérabilité ; et d'autre part, la dynamique particulière qui s'inscrit dans ce phénomène.

LES ÉLÉMENTS COMPOSANT ET STRUCTURANT LA CONCEPTION DU PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ

Tel qu'envisagé au terme de mes analyses, le caractère évolutif de la vulnérabilité, dont la forme change dans un espace spatio-temporel, a été souligné par plusieurs auteurs (Appleton, 1994 ; Castel, 1994 ; Delor & Hubert, 2000 ; Perris, 1987 ; Rogers, 1997 ; Spiers, 2000 ; Watts & Bohle, 1993). Toutefois, plutôt que d'être situé dans un référentiel triadique, ce caractère changeant du phénomène de la vulnérabilité est communément considéré dans un référentiel bidimensionnel. D'une part, certains auteurs conçoivent les différentes formes de vulnérabilité sur un continuum temporel (Appleton, 1994 ; Rodgers,

1991 ; Rogers, 1997) ; et d'autre part, quelques auteurs choisissent de distinguer ces formes de vulnérabilité en fonction de niveaux d'ordre spatial, soit individuel, interpersonnel et sociostructurel (Delor & Hubert, 2000 ; Watts & Bohl, 1993).

Par ailleurs, il est généralement entendu que ce phénomène, à la fois expérience vécue et condition observable, est le résultat cumulatif (et non simplement additif) de l'interaction continue d'un complexe de facteurs endogènes à l'individu, à la famille, au groupe ou à la communauté considérée et auxquels s'ajoutent des conditions exogènes environnementales ou contextuelles (Aday, 1993 ; Appleton, 1994 ; Harel et al., 1990 ; Mann, Tarantola, & Netter, 1992 ; Perris, 1987 ; Rodgers, 1991 ; Rogers, 1997 ; Wisner, 1993). Les facteurs endogènes discernés comprennent, notamment, des éléments qui renvoient aux systèmes de croyances, aux pratiques et aux projets des sujets concernés. Du reste, les facteurs exogènes recouvrent des éléments en lien avec le monde vécu des sujets ainsi que les systèmes de croyances, les pratiques et les projets des actants constituant leur monde vécu. Autrement dit, il est possible de distinguer des facteurs qui relèvent des quatre sphères constitutives de notre modèle conceptuel organisateur dans les constructions théoriques élaborées. Par contre, lorsqu'il y a modélisation de ces facteurs, il n'y a pas nécessairement de référence explicite à un cadre conceptuel général justifiant l'organisation des idées. Ceci ne facilite ni l'interprétation ni la transférabilité des modèles proposés.

En ce qui concerne les dimensions clés inhérentes au phénomène de la vulnérabilité, les auteurs font mention de *coping abilities* ; de capacité d'agir et de relever des défis ; d'*empowerment* ; d'un processus dynamique de résistance ; et de *resiliency* (Appleton, 1994 ; Ben Yahmed & Koob, 1996 ; Delor & Hubert, 2000 ; Mann & Tarantola, 1996 ; Rodgers, 1991 ; Spiers, 2000). D'une certaine manière, ces idées peuvent être considérées apparentées à la notion de capacité de régulation proposée plus haut. D'autres auteurs envisagent la vulnérabilité essentiellement en fonction de l'idée d'exclusion. À ce titre, Castel (1994) conçoit la vulnérabilité en tant que zone intermédiaire du processus de marginalisation, entre l'espace de l'intégration sociale et la sphère de la désaffiliation et de l'exclusion, cette dernière étant alimentée, en particulier, par la conjonction de la précarisation du travail et la fragilisation de soutiens relationnels. Fait à signaler, seulement une auteure fait directement mention dans son processus de modélisation du concept de vulnérabilité de la dimension d'absence de soutien social en complémentarité aux *coping abilities* (Appleton, 1994).

LES DYNAMIQUES INSCRITES DANS LE PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ

Les conceptualisations théoriques qui rendent spécifiquement compte des interactions entre les éléments constitutifs des modèles, et donc de la dynamique inscrite dans le phénomène de la vulnérabilité, apportent les éclairages les plus révélateurs et intéressants.

Ceci étant, les constructions théoriques qui s'avèrent les plus élaborées à ce jour abordent les dynamiques inscrites dans le phénomène de la vulnérabilité par le biais de théories sociales qui traitent de l'interaction entre les dimensions structurantes d'une société et l'action humaine (*human agency*). Ces théorisations reposent notamment sur un postulat voulant qu'une société soit constituée de groupes poursuivant chacun leurs intérêts, ce qui engendre inévitablement des conflits¹. Au fil du temps, la gestion quotidienne de ces relations conflictuelles s'accompagne de la genèse d'institutions qui, en retour, exercent une influence sur l'identité et les intérêts poursuivis par les groupes qui constituent cette société (c. f. *Structuration Theory* de Giddens, 1984). Dans une telle perspective, il y a donc émergence de groupes et d'institutions qui dominent l'échiquier social et qui, par exemple, peuvent exercer un pouvoir disciplinaire sur d'autres groupes (Foucault, 1976). L'action humaine est alors façonnée et contrainte par des structures. Toutefois, elle n'est pas déterminée par les structures. Ces dernières ne sont pas imposées à une société, mais sont engendrées par elle à travers son histoire et les intérêts poursuivis par ses parties.

Ainsi, les théories sociales envisagées montrent que le phénomène de la vulnérabilité est principalement conçu sur fond d'une interaction dialectique entre les dimensions structurantes d'une société et l'action humaine. Par exemple, Chambers (1989) signale que la vulnérabilité est fortement accrue lorsque l'action humaine est exposée à un tel degré de contraintes sociostructurelles qu'elle ne peut plus composer avec celles-ci et contrôler la situation. Ceci dit, dans la mesure où une collectivité est confrontée à un désastre naturel, l'on pourrait être tenté de croire que la vulnérabilité ne dépend pas de la structure sociale en soi. Chambers prend toutefois bien soin de rappeler que tous les citoyens d'une société donnée ne vivent pas le même degré ou la même forme de vulnérabilité en période de crise. Selon lui, l'organisation sociostructurelle tend à exercer un effet déterminant sur la distribution différentielle de ressources et de contraintes, d'où le potentiel variable d'exercice de contrôle et de vulnérabilité qui en résulte. Ainsi, la dynamique de la vulnérabilité serait fonction de l'effet différentiel des contraintes sociostructurelles et de la variance afférente quant à la capacité d'exercice de contrôle humain.

¹ Par opposition aux théories sociales libérales voulant qu'une société soit composée d'individus qui cherchent à optimiser leurs intérêts respectifs, de manière plus ou moins rationnelle, à l'aide d'institutions tels les gouvernements et les marchés qui viseraient à harmoniser l'ensemble des projets poursuivis. Dans cette perspective, un processus d'harmonisation, plutôt que le conflit, serait au cœur de la dynamique sociale.

Wisner (1993) va un peu plus loin que Chambers (1989) en tentant d'explicitier davantage le processus de marginalisation inhérent au phénomène de la vulnérabilité. Dans cette perspective, les groupes les plus touchés par les contraintes sociostructurelles, les crises et les conflits ont tendance à évoluer vers les confins ou en marge de la société, en dehors des cadres normatifs établis. Ce faisant, de tels groupes ont alors accès à moins de ressources leur permettant de se mobiliser et composer avec des situations problématiques, et ils deviennent ainsi de plus en plus vulnérables. Dès lors, plus un groupe est marginalisé et exclu, moins il peut exercer de contrôle sur l'adversité, et plus il s'avère vulnérable. La proposition de Wisner établit ainsi un pont entre l'expérience vécue d'exclusions et le phénomène de la vulnérabilité, ceci à la lumière de considérations reliées à la capacité d'exercice de contrôle.

La théorie de Watts et Bohle (1993), basée sur un corpus de théories sociales, politiques et économiques, offre, quant à elle, une conception plus détaillée des dimensions structurelles et structurantes d'une société. Par ailleurs, ce développement théorique va plus loin que les propositions des deux auteurs précédents qui ne sont pas très explicites quant à la signification accordée à la notion d'exercice de contrôle. Brièvement, Watts et Bohle proposent que la vulnérabilité est un espace constitué de trois dimensions. La première (*entitlement*¹) concerne la répartition de commodités et de ressources que possèdent et régissent les personnes. La deuxième (*empowerment*) traite du canevas social et politique selon lequel la société civile et institutionnelle distribue et négocie la répartition des commodités et des ressources. Il est essentiellement question de jeux de pouvoir et de la capacité des gens de protéger et même d'accroître leurs acquis (que ce soient des acquis politiques, économiques, légaux, etc.). La dernière dimension (*political economy*), désigne les propriétés structurelles et historiques plus globales qui sous-tendent la production et la reproduction de patterns particuliers d'*entitlement* et d'*empowerment* dans une société donnée.

Dans ce modèle, la première et la troisième dimension renvoient davantage à des éléments structurels et structurants d'une société, tandis que la deuxième se situe plutôt dans le domaine de l'action humaine qui place plus particulièrement la notion d'exercice de contrôle au cœur d'enjeux de pouvoir. Ce faisant, en étant plus explicite à l'égard du fait que les effets différentiels de contraintes sociostructurelles sur les individus et les groupes sont directement tributaires d'aspects relationnels interpersonnels ou de classe où se jouent des luttes de pouvoir, la théorie de Watts et Bohle (1993) a le mérite d'étayer plus clairement les deux dimensions centrales du phénomène de la vulnérabilité.

¹ Notion largement inspirée des écrits d'Amartya Sen (1990).

Spécifiquement, la vulnérabilité n'est pas que le résultat de contraintes sociostructurelles avec lesquelles les sujets ne peuvent composer, et donc qui contribuent à leur vécu d'exclusion. Elle est autant fonction de luttes de pouvoir qui façonnent la structure sociale et qui rendent compte des habiletés (ou des inhabiletés) des personnes de faire valoir leurs projets et leurs intérêts, et donc d'exercer leurs capacités de régulation face à l'adversité et à l'exclusion.

Outre l'intérêt, certes indéniable, que présentent les trois théories résumées ci haut, il n'en demeure pas moins que l'attention est plutôt centrée sur les dimensions *sociales* structurant l'action humaine et structurées par elles. Pourtant, les individus, considérés dans leur spécificité, peuvent également concourir à leur vulnérabilité. À cet effet, Delor et Hubert (2000) soulignent l'importance de la contribution de *biographies personnelles* au phénomène de la vulnérabilité. Cette dimension s'ajoute à celles d'ordre relationnel et sociétal, nommées respectivement : *l'intersection de trajectoires sociales*, où il est principalement question de relations interpersonnelles ou inter-groupes comportant de multiples jeux de pouvoir ; et *le contexte social plus global*. En retour, ces dimensions se conjuguent en *trois niveaux d'intelligibilité de la vulnérabilité* et renvoient, en particulier, à ce que les auteurs nomment trois niveaux de *mépris* pouvant aiguïser la vulnérabilité des personnes.

Il est intéressant de noter que ces trois niveaux de mépris correspondent, en plusieurs points, à certains éléments de la dimension d'expérience vécue d'exclusion telle que conçue ici : des histoires de vie comportant divers incidents d'abus et de violences ; des expériences répétées de dénigrement social, de discrimination et de stigmatisation basées sur le statut social ou le style de vie du groupe d'appartenance ; et de multiples formes d'exclusions institutionnelles qui enfreignent le respect de droits généralement accordés aux individus et aux groupes d'une société donnée. De plus, Delor et Hubert situent ces trois niveaux d'intelligibilité de la vulnérabilité en lien avec un processus dynamique de *construction identitaire* à travers lequel le sujet (qu'il soit individu, groupe ou communauté) vise essentiellement à *s'adapter* aux situations et aux conjonctures d'exclusion pour se constituer ou maintenir un espace de vie où il est reconnu socialement.

Ce processus de construction identitaire est intéressant pour deux raisons. D'une part, il s'insère dans une dialectique d'action-structuration comme celle nommée plus haut, car il renvoie à l'exercice d'une certaine capacité de contrôle-résistance-adaptation pour transiger avec des contraintes vécues ou perçues d'exclusion dans l'un ou l'autre des trois ordres de vulnérabilité encourus (personnelle, interpersonnelle et sociétale). Et, d'autre part, ce

processus de construction identitaire rappelle l'idée d'actualisation de soi, formulée au chapitre précédent, qui passe par la capacité de régulation qu'exerce un sujet pour exister.

En somme, les conceptualisations théoriques recensées autour de la notion de vulnérabilité évoquent, sans contredit, des éléments semblables à ceux modélisés ici jusqu'à présent : le caractère évolutif de la vulnérabilité dans le temps et l'espace ; l'interaction d'un complexe de facteurs individuels, relationnels et sociostructurels qui renvoient à des systèmes de croyances, des projets, des pratiques et au monde vécu des sujets concernés et des acteurs constituant leur monde vécu ; et des dimensions clés se rapportant aux deux idées d'expérience vécue d'exclusions et de capacité de régulation. De plus, la dynamique centrale inscrite dans les élaborations conceptuelles exposées établit la complémentarité dialectique de ces dimensions clés. En particulier, il est question d'un processus de structuration qui renvoie tant aux effets de contraintes sociostructurelles qu'aux effets de contraintes biographiques / personnelles et relationnelles sur les individus et les groupes, et qui amplifient leur vécu d'exclusion ainsi que leur potentiel de vulnérabilité. En contrepartie, il est également question d'une dimension d'action (humaine), où il est fait mention, d'une part, de réactions adaptatives afin de maintenir son espace de vie et de composer avec des situations contraignantes ; et, d'autre part, de luttes de pouvoir visant à transformer ces espaces de vie et ces situations afin d'assurer sa survie et d'amoindrir son potentiel de vulnérabilité.

En revanche, la littérature étudiée ne signale pas de distinction précise entre les notions d'adaptation et de transformation. Par ailleurs, l'idée que la capacité de régulation exercée par un sujet ou un groupe n'est pas qu'uniquement tributaire des diverses contraintes perçues ou vécues, mais qu'elle peut également contribuer à l'expérience vécue d'exclusion de sujets vulnérables, n'est qu'indirectement abordée. À cet égard, l'intérêt des auteurs recensés semble principalement porter sur les réactions des sujets vulnérables aux contraintes vécues plutôt que sur les finalités qu'ils poursuivent et sur les conséquences de leurs actions. Pourtant, dans la mesure où des personnes vulnérables exercent leur capacité de régulation en s'adaptant à l'ordre établi consacrant leur exclusion, ou encore qu'elles tentent de transformer cet ordre établi, leur potentiel de vulnérabilité demeure.

COMMENTAIRE RÉCAPITULATIF

Afin de clore cette triple mise en perspective du modèle proposé à la fin du chapitre précédent, un commentaire récapitulatif s'impose. En somme, mon analyse des écrits disponibles permet de formuler deux constats :

- Premièrement, il est permis de croire que le modèle proposé à la Figure 12 (cf page 228) pour se doter d'une représentation conceptuelle du phénomène de la vulnérabilité va dans le sens des descriptions empiriques publiées, que ce soit dans le domaine du VIH ou dans ceux relatifs à d'autres conditions et problématiques. En général, ces écrits mettent l'accent sur des thèmes qui se rapportent aux multiples facettes de l'expérience vécue d'exclusions et à l'idée d'*incapacité* de régulation, surtout formulée en termes d'absence de contrôle.
- Deuxièmement, bien qu'il n'y ait pas à ce jour de consensus établi sur un modèle conceptuel donné et que la dynamique inscrite dans les modèles présentés ne soit pas systématiquement élucidée, il appert que notre modélisation recouvre les dimensions essentielles ainsi que l'interaction dynamique centrale à considérer lorsqu'il est question de vulnérabilité. Toutefois, les idées d'adaptation et de transformation inhérentes à la notion de capacité de régulation, quoiqu'elles soient décelables dans les écrits théoriques consultés, ne sont pas explicitement traitées. Il s'agit pourtant là de points d'ancrage intéressants permettant de comprendre l'émergence et la persistance de la vulnérabilité et, en plus, d'entrevoir des pistes d'action et d'intervention.

Le modèle proposé à date s'avère donc crédible à la lumière de l'état actuel des connaissances. De plus, il peut même être transféré à d'autres conditions que celle de la problématique du VIH en santé publique. Cependant, puisqu'il renvoie à des idées quelque peu différentes de celles recensées et que sa dynamique centrale nécessite encore des clarifications, il advient de poursuivre son élaboration, en prenant soin, toutefois, de privilégier des pistes significatives pour la pratique en santé publique.

POURSUITE DE L'ÉLABORATION D'UN MODÈLE SUR LE PHÉNOMÈNE DE LA VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ PUBLIQUE

Dans cette section, je trace le parcours suivi afin d'identifier des points d'ancrage pour la poursuite de l'élaboration d'un modèle conceptuel portant sur le phénomène de la vulnérabilité en santé publique. Je commence par exposer quelques affinités que présentent les dimensions centrales d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation avec des concepts existants. Ensuite, je rends compte d'un examen de contreparties conceptuelles de la notion de vulnérabilité. À la fin, je reformule le modèle et j'identifie une piste théorique à poursuivre, lesquels permettent de concevoir des finalités d'intervention.

QUELQUES AFFINITÉS CONCEPTUELLES AVEC LES DIMENSIONS CENTRALES D'EXPÉRIENCE VÉCUE D'EXCLUSION ET DE CAPACITÉ DE RÉGULATION

Loin d'entreprendre une revue exhaustive de la littérature, je tiens tout simplement à nommer quelques-uns des concepts présentant un intérêt pour la poursuite de la modélisation théorique de la notion de vulnérabilité, soit parce qu'ils figurent parmi les plus fréquemment utilisés ou soit parce qu'ils sont au cœur de débats actuels en santé publique. Ces concepts pourraient, notamment, donner plus de profondeur aux dimensions clés conçues ici comme essentielles.

En ce qui concerne la dimension se rapportant à l'expérience vécue d'exclusion, quatre concepts s'avèrent intéressants. D'une part, le concept de soutien social, ou plutôt les multiples conceptualisations de cette notion (Bowling, 1991 ; Underwood, 2000), permettraient vraisemblablement de caractériser certains aspects relationnels ou organisationnels de l'expérience vécue d'exclusions inhérent à la vulnérabilité, où il y a absence de soutien social dans le milieu de vie proximal des sujets. D'autre part, les concepts socio-écologiques de capital social (Coleman, 1990 ; Putnam, 1993, 1995) et de cohésion sociale (Kawachi & Kennedy, 1997 ; Wilkinson, 1996) seraient porteurs de sens pour développer notre compréhension de la dynamique d'exclusion à l'échelle sociale¹. Enfin, la description que fait Krieger (1999) de la notion de discrimination, tant sur les plans individuel, interpersonnel, institutionnel que structurel rappelle, en plusieurs points, des facettes de l'expérience vécue d'exclusions conçue ici en fonction des systèmes de croyances, des projets et des pratiques des divers acteurs évoluant dans le monde vécu des sujets vulnérables.

En ce qui concerne la dimension de capacité de régulation, celle-ci témoigne d'une certaine correspondance avec le concept psychologique de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) ainsi qu'avec le concept d'auto-efficacité (*self efficacy*) qui, d'ailleurs, inclut tant une dimension individuelle que collective (Bandura, 1986, 1989, 1995). En effet, le *coping* réfère aux efforts mis en œuvre par un sujet en vue de gérer et d'organiser son existence face à des adversités et pour transformer des menaces à son intégrité. Par ailleurs, le *self-efficacy* renvoie, notamment, à des éléments du système de croyances que possèdent les personnes

¹ En particulier, les débats portant sur l'influence que jouent ces attributs sociaux dans le gradient (inverse) maintes fois confirmé entre les iniquités socio-économiques et l'état de santé des populations (en termes de morbidité et de mortalité), et qui font appel à de multiples développements théoriques en sciences sociales, politiques et économiques, pourraient servir de terrain propice à partir duquel poursuivre une élaboration théorique de la notion d'exclusion (voir, à titre d'exemple: Baum, 1999, 2000 ; Coburn, 2000 ; Lynch, 2000 ; Lynch, Due, Muntaner, & Smith, 2000 ; Muntaner & Lynch, 1999 ; Muntaner, Lynch & Oates, 1999 ; Muntaner, Lynch & Smith, 2000 ; Robert & House, 2000 ; Siegrist, 2000 ; Wilkinson, 1996, 1999, 2000a, 2000b).

vulnérables quant à leurs capacités d'exercice de contrôle, ce qui, en retour aurait une incidence sur leur capacité de régulation. Cependant, il importe de noter que ces deux concepts, largement utilisés et validés dans de multiples contextes, évoquent essentiellement des réactions d'adaptation du sujet et de transformation de son monde vécu face à l'adversité et au stress, ou du moins, face aux contingences de la vie. Ces concepts ne rendraient donc pas tout à fait compte de ce que constitue ici la notion de capacité de régulation qui inclut également, je le rappelle, un processus dynamique et continu de transformation sans qu'il y ait nécessité d'adversité. Autrement dit, les concepts de *coping* et de *self-efficacy* ne traitent pas directement des processus de création, de projection, de construction, voire de transformation continue du monde vécu qui permet au sujet de se régénérer continuellement et de potentialiser son actualisation en dehors de l'adversité. Il n'en demeure pas moins que l'abondance de recherches et de réflexions autour de ces concepts-clés constituent des points de repère importants afin de poursuivre l'élaboration des bases théoriques de la notion de capacité de régulation. Plus particulièrement, ils peuvent aider à élucider davantage les dynamiques d'adaptation et de transformation face à l'adversité ce qui, en retour, peut aider à clarifier la signification de la dynamique complémentaire de transformation continue qu'exercent les sujets afin de poursuivre leurs finalités et s'actualiser au meilleur de leur potentiel.

DES CONTREPARTIES CONCEPTUELLES DE LA NOTION DE VULNÉRABILITÉ

Afin de mieux cerner un phénomène donné, il arrive qu'un examen de concepts opposés procure des indices porteurs de sens sur sa nature. Dans cette optique, j'ai donc choisi d'examiner les concepts de résilience et d'*empowerment* lesquels ont déjà été identifiés à titre de principales contreparties conceptuelles de la notion de vulnérabilité.

LA RÉSILIENCE

Le concept de résilience a été présenté par plusieurs auteurs comme étant le pôle opposé, sur un même continuum, de la notion de vulnérabilité (Ben Yahmed & Koob, 1996 ; Rodgers, 1991 ; Rutter, 1985, 1987). En substance, cette notion réfère à la capacité d'un sujet de réagir positivement et de mobiliser ses ressources efficacement face à une crise, à une épreuve ou à une difficulté importante ; ou encore, à la capacité de se ressaisir rapidement et de « bondir » hors de l'adversité afin de poursuivre sa vie malgré le fait d'avoir vécu un stress considérable (Dyer & McGuinness, 1996 ; Forum National de la Santé, 1997b ; Garmezy, 1991 ; Polk, 1997). Il est donc question d'une compétence de résistance, d'ajustement, voire d'adaptation et de transformation, face au stress et à l'adversité.

La plupart des études et interventions réalisées autour de ce concept ont porté sur la résilience au niveau individuel, en particulier chez les enfants (Stewart, Reid, & Mangham, 1997) et les adolescents (Blum, 1998 ; Resnick, 2000). La résilience familiale a également été l'objet d'attention (McCubbin & McCubbin, 1993). Mais outre l'abondance d'informations et de réflexions à ces deux niveaux, il y a encore peu d'écrits traitant de ce concept en tant qu'attribut ou processus applicable au niveau communautaire ou collectif, malgré le potentiel intéressant d'une telle idée (Engle, Castle, & Menon, 1996). En fait, il semble que l'idée de résilience collective ou communautaire, quoique nommée, ne commencerait qu'à faire l'objet de programmes de recherche intégrés et prometteurs (Forum National de la Santé, 1997b).

Par ailleurs, bien que le concept de résilience porte davantage sur une notion apparentée à l'idée de capacité de régulation, la dimension d'expérience vécue d'exclusions apparaît également comme étant un facteur d'influence important en ce qui concerne le potentiel de résilience. En effet, le développement de la résilience dépend, en grande partie, de l'existence de « facteurs de protection » qui renvoient, notamment, aux rapports interpersonnels et aux structures de soutien qui aident à faire face à l'adversité (Jacelon, 1996 ; Stewart et al., 1997). Ainsi, l'absence de relations significatives, positives et aidantes ou d'un environnement appuyant le développement des compétences des individus et des familles ne favoriserait pas le développement de la résilience. En outre, il appert que les communautés résilientes sont celles qui font preuve de solidarité face à l'adversité afin de trouver des solutions axées sur la collaboration, la coopération, l'engagement collectif et la concertation. Somme toute, la résilience ne saurait être conçue sans tenir compte de la nature inclusive et solidaire du monde vécu des personnes, d'où leur vulnérabilité accrue à une diversité de problèmes lorsqu'il y a expérience vécue d'exclusion.

Il n'en demeure pas moins qu'étant principalement conçu comme processus d'adaptation et de transformation face à l'adversité, le concept de résilience, comme celui de *coping*, ne s'avère pas tout à fait adéquat à titre de contrepartie conceptuelle de la notion de vulnérabilité élaborée ici. Tel que je viens de le spécifier dans les pages précédentes, l'idée de capacité de régulation, centrale au phénomène de vulnérabilité envisagé ici, n'évoque pas qu'un processus où un sujet s'adapte à des contingences et transforme son monde vécu pour pouvoir faire face à l'adversité. Il s'agit également d'un processus dynamique de transformation continue du monde vécu à travers lequel un sujet se régénère et s'actualise au meilleur de son potentiel, sans qu'il y ait pour autant nécessité d'adversité. Dès lors, bien que le modèle de vulnérabilité présenté à la fin du dernier chapitre puisse certainement profiter de la richesse des idées développées en matière de résilience depuis

plus de vingt ans, je suis d'avis que ce modèle pourrait également apporter quelques éclairages nouveaux sur le concept de résilience. L'idée d'une dynamique continue de transformation de son monde vécu pourrait, en particulier, enrichir la conception des facteurs de protection propres à la résilience. Par exemple, l'on pourrait postuler qu'un sujet qui arrive à transformer les éléments de son monde vécu afin de se développer au meilleur de son potentiel pourrait s'avérer plus résilient face aux adversités qui surviennent.

L'EMPOWERMENT

Ce sont notamment Mann et Tarantola (1996) qui, à travers leurs observations et analyses des déterminants de la pandémie du VIH, ont choisi d'opposer la notion d'*empowerment* à celle de vulnérabilité afin de guider l'action auprès de populations vulnérables à cette infection. Ils proposent, en particulier, que la réduction de la vulnérabilité au VIH requiert l'habilitation des individus et des groupes vulnérables en vue d'exercer plus de contrôle sur les déterminants de leur santé. S'ensuit alors la proposition à l'effet que l'*empowerment* constitue une clé principale de la prévention du VIH (Beeker, Guenther-Grey, & Raj, 1998 ; Parker, 1996).

Poursuivant leur analyse, et voulant procurer un cadre à partir duquel ancrer l'intervention visant à réduire la vulnérabilité au VIH et donc favoriser l'*empowerment* des personnes vulnérables, Mann et Tarantola (1996) se sont appuyés sur la *Déclaration universelle des droits de la personne* (Office des Nations Unies, 1948). Leur proposition consiste à commencer par identifier les situations où il y a discrimination ou non-respect des droits humains fondamentaux ; ensuite, ils suggèrent de déterminer, pour chaque situation identifiée, les moyens spécifiques selon lesquels les personnes concernées pourraient exercer plus de contrôle sur leur vie et, en l'occurrence, réduire leur vulnérabilité. Ainsi, Mann et Tarantola mettent en relation des idées apparentées à la notion d'expérience vécue d'exclusion avec la notion (d'absence) de contrôle. Néanmoins, ces auteurs n'encadrent pas leurs propositions par une modélisation théorique du phénomène de la vulnérabilité. Ceci laisse alors ouverte la question de savoir dans quelle mesure l'idée d'*empowerment* en tant que contrepartie conceptuelle de la notion de vulnérabilité est théoriquement justifiée et en alignement avec notre modèle.

Le concept d'*empowerment* revêt, à tout le moins, une certaine ambiguïté (Perkins & Zimmerman, 1995 ; Robertson & Minkler, 1994 ; Ryles, 1999). Ses sources d'inspiration sont nombreuses, les plus importantes figurant parmi les théories de l'action sociale (Alinsky, 1972), de la psychologie communautaire (Le Bossé & Lavallée, 1993 ; Rappaport, 1985), du féminisme (Gutierrez, 1990) et de la théologie libérationniste de

Freire (1973, 1988). À cette diversité s'ajoutent les projets et les agendas d'une variété de disciplines qui mettent l'accent sur des dimensions différentes de l'*empowerment*, qu'elles soient cognitives, psychologiques, sociales, politiques ou économiques, ce qui donne alors de multiples significations apparentées au concept (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998 ; Kieffer, 1984 ; Rodwell, 1996 ; Strawn, 1994). Néanmoins, l'*empowerment* étant une finalité essentielle de la recherche participative, en plus d'être un élément idéologique et stratégique central de la rhétorique contemporaine en promotion de la santé (OMS, SBESC, & ACSP, 1986 ; Robertson & Minkler, 1994), il importe d'y accorder un intérêt particulier afin de déterminer dans quelle mesure ce concept a une correspondance avec celui de vulnérabilité, notamment en santé publique.

En fait, à l'image de la notion de vulnérabilité élaborée ici, le concept d'*empowerment* est également multidimensionnel et dynamique (Bernstein et al., 1994 ; Gibson, 1991 ; Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994 ; Labonté, 1994b ; Lord & Hutchison, 1993 ; Rappaport, 1984, 1987 ; Robertson & Minkler, 1994 ; Wallerstein, 1992). D'une part, il est question de multidimensionnalité puisqu'il est généralement possible d'identifier trois niveaux d'*empowerment*, soit¹ : 1) individuel, psychologique ou intra-personnel (Zimmerman, 1995) ; 2) micro-structurel, interpersonnel, organisationnel ou de l'ordre du groupe ; et 3) macro-structurel, ou encore, relevant du contexte socioculturel, politique et historique. À la manière de notre modélisation conjointe de la notion de vulnérabilité, le concept d'*empowerment* fait donc le pont entre les dimensions du vécu personnel de l'individu, de son milieu de vie et de son environnement plus général d'ordre sociopolitique (Nutbeam, 1998 ; Rappaport, 1981). D'autre part, il est question d'un processus dynamique dans la mesure où l'expression (ou la forme) de l'*empowerment*, émergeant d'une interaction entre ses trois niveaux, change en fonction du contexte (ou espace) de vie particulier du sujet dans le temps. Ainsi, de même que pour le concept de vulnérabilité, l'*empowerment* évolue dans un référentiel temps-espace-forme.

Par ailleurs, comme le suggère le terme, la notion de pouvoir est intrinsèque au concept d'*empowerment* (Labonté, 1994b ; Robertson & Minkler, 1994 ; Ryles, 1999 ; Wallerstein, 1992). Il est intéressant de noter, toutefois, que la manifestation de pouvoir se traduit principalement par l'idée d'exercice de contrôle selon laquelle des individus, organisations ou communautés acquièrent davantage de contrôle sur les décisions ou actions ayant une incidence sur leur qualité de vie (Ellis-Stoll & Popkess-Valkler, 1998 ; Israel et al., 1994 ; Lord & Hutchison, 1993 ; Nutbeam, 1998 ; Perkins & Zimmerman, 1995 ; Rodwell, 1996 ; Zimmerman & Rappaport, 1988). Or, lorsqu'il est question d'*empowerment* dans le

¹ Attention : les terminologies varient.

domaine de la (promotion de la) santé, les principaux partis concernés¹ par l'acquisition de pouvoir et l'accroissement de leurs capacités de contrôle sur leur destinée sont essentiellement les personnes sans voix, isolées, marginales, opprimées, aliénées, délaissées, ... en bref, des individus, des groupes et des communautés vivant diverses formes d'exclusion (Augoyard & Renaud, 1998 ; Bernstein et al., 1994 ; Minkler & Cox, 1980 ; Rappaport, 1995 ; Ryles, 1999). Ce n'est donc pas surprenant que les analyses charnières que nous proposons Rappaport (1987) et Wallerstein (1992) sur le concept d'*empowerment* incluent des dimensions qui renvoient tant à l'exercice de contrôle qu'à l'expérience vécue d'exclusion : en somme, les personnes qui se perçoivent ou qui sont réellement désavantagées et exclues par rapport à certaines ressources convoitées et essentielles s'engagent sur la voie de l'*empowerment* lorsqu'elles trouvent le moyen de participer activement aux processus leur permettant de contrôler leur accès à ces ressources, qu'elles soient d'ordre psychosocial, matériel, économique, politique ou environnementale. Dès lors, l'*empowerment* passe autant par une dynamique d'exercice de contrôle que par une dynamique de participation pour venir à bout d'un état perçu ou vécu d'exclusion, que ce soit à un niveau individuel, interpersonnel ou social.

Des études visant à mieux comprendre le processus d'*empowerment* confirment d'ailleurs ces idées et illustrent l'interrelation entre des dimensions qui renvoient tant à l'exercice de contrôle qu'à l'expérience vécue d'exclusion qu'il importe de contrer. Par exemple, Lord et Hutchison (1993) soulignent l'importance d'être habité d'un sentiment d'efficacité personnelle, de disposer d'une capacité suffisante d'exercice de contrôle et d'avoir la possibilité de participer et de contribuer au monde environnant pour qu'il y ait *empowerment*. Shields (1995) rend compte de trois thèmes centraux au processus d'*empowerment*, soit : l'émergence et le développement de l'acceptation de soi (par opposition au rejet de soi) ; un sentiment de connexion avec le monde ; et enfin, l'habileté d'agir et de diriger sa vie. Enfin, une recherche de Ouellet, René, Durand, Dufour, & Garon, (2000) visant à comprendre le processus d'*empowerment* en situation d'extrême pauvreté souligne que le processus de prise de pouvoir sur sa vie est relié à celui de l'insertion sociale et à la sortie de l'aliénation imposée par l'absence de reconnaissance de la société.

À prime abord, il semblerait donc que les concepts de vulnérabilité et d'*empowerment* sont apparentés dans la mesure où : ils sont multidimensionnels ; ils évoluent tous deux dans un référentiel temps-espace-forme ; et ils renvoient à une dimension d'expérience vécue

¹ En fait, la préoccupation provient autant des intervenants agissant au nom de ces individus et groupes que des personnes directement concernées.

d'exclusion. Par contre, il reste une nuance essentielle à clarifier. Il s'agit d'un point d'achoppement qui soulève un doute important quant à la possibilité de situer les phénomènes de vulnérabilité et d'*empowerment* sur un même continuum conceptuel.

LE POINT D'ACHOPPEMENT QUE SOULÈVE LA CONNEXION VULNÉRABILITÉ-EMPOWERMENT

Il importe de clarifier le sens des notions d'exercice de contrôle et de capacité de régulation, puis de préciser la différence qui existe entre ces deux idées en apparence analogues.

En ce qui concerne la notion d'exercice de contrôle, communément invoquée lorsqu'il est question d'*empowerment*, un survol de la littérature permet rapidement de constater qu'il y a une multitude de concepts reliés à cette notion, comme par exemple le *locus of control*, le *perceived control* ou encore le *self-directedness*. Ces derniers font d'ailleurs l'objet d'une abondance d'études depuis plusieurs années, notamment en psychologie (Rodin, 1990). Du reste, il existe désormais un consensus à l'effet que l'exercice de contrôle sur sa destinée aurait une incidence sur l'état de santé des individus. En particulier, la capacité d'exercice de contrôle serait un facteur important pour expliquer les iniquités en termes de morbidité et de mortalité à l'intérieur d'une communauté ou entre des populations données et notamment pour élucider la (re)production de gradients de santé en fonction de la classe sociale des individus (Siegest, 2000 ; Syme, 1998)¹. Bref, la notion de contrôle comporte de multiples facettes, tant personnelles que sociales, et revêt une signification importante en santé publique. Cependant, elle dénote également une certaine vision du monde qu'il importe de rendre intelligible afin de circonscrire les fondements des interventions qui visent l'accroissement de contrôle au nom de la promotion de la santé des individus et des communautés.

À cet égard, telle qu'elle est utilisée dans les écrits se rapportant au domaine de la santé, la notion de contrôle revêt habituellement le sens du mot anglais *control*. Or, *to control* signifie maîtriser, commander, diriger, dominer, avoir une emprise sur quelque chose, quelqu'un ou une situation. De ce point de vue, la notion de contrôle sous-tend alors une vision déterministe où il importe, pour ceux qui en ont le pouvoir, d'agir et de réagir afin de corriger une situation qui pose problème ou, du moins, maintenir un *statu quo* qui leur est

¹ La proposition générale veut qu'il y ait décroissance progressive de mortalité et de prévalence de maladies au fur et à mesure qu'il y a ascension des échelons distinguant les classes sociales. Les personnes figurant parmi les classes socio-économiques les plus élevées auraient, en l'occurrence, moins de problèmes de santé puisqu'elles exerceraient un meilleur contrôle sur leur destinée. Elles auraient, en particulier, de meilleures aptitudes à résoudre les problèmes et les défis que la vie leur réserve ainsi qu'un meilleur accès aux ressources matérielles et non-matérielles nécessaires.

favorable. La finalité poursuivie réside alors, à travers un système de réaction-corréction-stabilisation, dans l'établissement d'une forme d'équilibre correspondant aux besoins des partis concernés, c'est-à-dire ceux qui exercent ou qui tentent d'exercer le contrôle afin de maîtriser et de dominer une situation. D'où le constat, lorsqu'il est spécifiquement question d'*empowerment*, que cette réaction de correction-stabilisation comporte plus souvent qu'autrement des éléments de confrontation et de conflit (Riger, 1993).

La notion de capacité de régulation, quant à elle, se distingue de la vision déterministe, voire conflictuelle, inhérente à la notion de contrôle. Plus qu'une différence d'ordre sémantique, elle arbore une autre vision du monde et s'avère ainsi porteuse d'un potentiel différent pour l'action et l'intervention. La notion de capacité de régulation permet, notamment, de situer les sujets au cœur de la poursuite de leurs projets plutôt que principalement dans un processus réactif de correction et de rectification porteur de confrontations. Une brève incursion dans le champ des théories systémiques s'impose ici afin de justifier mes assertions.

L'idée de régulation a été utilisée dès les débuts de la cybernétique de première génération. Dans ce cadre particulier, elle a initialement été assimilée à un dispositif de boucle fermée rétroactive qui comporte, essentiellement, un processus à travers lequel l'information produite par un système met en branle un circuit de rétroaction en vue d'optimiser le fonctionnement dudit système (Checkland, 1981). À prime abord, la régulation était donc comprise comme propriété de l'organisation informationnelle d'un système. À vrai dire, cette optique n'est pas nettement différente de celle de contrôle : la dynamique de régulation était conçue en tant que processus qui dépendait de l'information fournie à un système-machine et prenait donc la forme d'une réaction à un stimuli afin de maintenir un état d'équilibre en fonction de paramètres et de contraintes généralement prédéterminés.

Toutefois, à l'issue d'une apologie couplée d'une condamnation de la théorie cybernétique, Morin (1977) en vint une conclusion différente quant à la nature des processus de régulation inhérents aux systèmes vivants. Il s'agissait bien d'une apologie puisque que la théorie cybernétique a fourni les éléments de base à partir desquels ont été développées ultérieurement les diverses théories systémiques. Du coup, Morin articulait une sorte de condamnation de la théorie cybernétique puisque, selon lui, ses initiateurs n'ont pas su se défaire de l'emprise du paradigme scientifique dominant afin d'entrevoir la portée de leurs propositions en dehors d'un cadre déterministe – ce qui a mené, entre autres, à une vision tronquée de la notion de régulation.

En bref, Morin (1977) en vint plutôt à la conclusion que la régulation est un processus fondamental inhérent à l'organisation et à l'existence même d'un système vivant et qu'elle précède, tout en incluant, le processus de gestion informationnelle de régulation rétroactive d'un système fonctionnel. Ce constat repose sur les postulats et raisonnements d'une pensée complexe qui élucident, notamment, deux points d'intérêt : l'interaction continuelle de l'ordre et du désordre dans tout système vivant ; et l'organisation active et ininterrompue, par voie de régulation, que nécessite la gestion de ce couple ordre-désordre afin que puisse exister, et non seulement fonctionner, un système donné. La régulation consiste donc en une praxis organisationnelle, voire un processus récursif et génératif qui assure tant l'existence et la (re)production que le fonctionnement de phénomènes physiques, biologiques et anthropo-sociaux et ce, malgré le désordre, la désorganisation et l'entropie permanents, voire la vulnérabilité, de tout système. En l'occurrence, la capacité de régulation inclut nécessairement un processus réactif et correctif de gestion informationnelle d'un système tel que nommé plus haut mais elle ne se réduit pas qu'à cela. Elle n'est pas que fonctionnement d'un système mais aussi vie, survie et genèse d'un système.

De fait, c'est précisément la pensée complexe évoquée ici qui permet de concevoir et de justifier les fondements des composantes d'adaptation et de transformation inhérentes à l'idée de capacité de régulation. Plus qu'une capacité correctionnelle et réactive d'adaptation-transformation d'un système vis-à-vis d'informations signalant des contraintes ou adversités dont il importe de tenir compte afin d'optimiser son fonctionnement, cette approche systémique souligne que la capacité de régulation renvoie également à la production-de-soi et à l'existence génératrice du sujet et, dès lors, à la poursuite de sa finalité à travers une capacité créatrice et transformatrice favorisant l'émergence et l'actualisation de soi, qu'il y ait ou non adversité. Dans ce sens, et plus fondamentalement encore, la notion de capacité de régulation nous invite à considérer le principe d'autonomie qui s'inscrit dans tout processus d'organisation active d'un système vivant plutôt que celui, plus restreint, de contrôle.

Dès lors, dans la mesure où le concept d'*empowerment* est érigé sur la notion de contrôle qui ne renvoie pas tout à fait au même sens que celle de capacité de régulation privilégiée ici, il ne peut donc agir de manière satisfaisante à titre de contrepartie conceptuelle de la notion de vulnérabilité. Il n'en demeure pas moins que la stratégie d'*empowerment* reste tout de même séduisante lorsqu'il est question de vulnérabilité, étant donné l'agenda qu'elle propose d'envisager et d'agir sur les multiples dimensions personnelles, interpersonnelles, organisationnelles et sociostructurelles affectant l'état de santé des

individus et des communautés, en particulier ceux et celles ayant une expérience vécue d'exclusions. D'ailleurs, c'est probablement ce potentiel d'action qui fait que cette stratégie est endossée par bon nombre d'institutions préoccupées par la santé et le bien-être de populations dites vulnérables. Cependant, le sens réactif et correctif inhérent à sa finalité de contrôle ne rend pas justice aux capacités génératrices, créatrices et transformatrices des individus et de groupes. De plus, le sens déterministe, dominateur et conflictuel inhérent à cette même finalité de contrôle va à l'encontre de la stratégie interactive et relationnelle auquel prétend le projet de la participation en santé publique.

L'AUTONOMIE

La notion de capacité de régulation, constituée de dynamiques d'adaptation et de transformation, suscite donc l'idée d'autonomie. En retour, cette dernière pourrait bien être la contrepartie conceptuelle du phénomène de la vulnérabilité.

Mais qu'en est-il du concept d'autonomie ? À prime abord, de la même manière que le phénomène de vulnérabilité est inéluctable et central à la condition humaine à travers l'entropie permanente de tout système (Morin, 1990), l'autonomie est une caractéristique essentielle du vivant (Dupuy, 1982 ; Morin, 1980). Varela et Maturana (dans Mingers, 1989) ont notamment démontré la capacité des êtres vivants de maintenir leur identité, de manière autonome, afin d'assurer leur existence. Selon leurs propos, les êtres ou systèmes vivants incorporent un processus continu d'adaptation aux contingences de leur environnement, lequel est couplé d'un processus de transformation de cet environnement afin de produire les éléments et les effets nécessaires à leur maintien et à leur (ré)génération, ce qui contribue ainsi à perpétuer leur identité de manière autonome. Par extension, ce processus continu d'adaptation-transformation, donc de régulation, permet également de concevoir la capacité du vivant de se complexifier et de se développer davantage, tout en maintenant son identité, à travers la (ré)organisation continue que nécessite son adaptation audit environnement qu'il transforme en vue de s'actualiser au meilleur de son potentiel. De cette manière, l'expression de l'autonomie fondamentale du vivant est intrinsèquement influencée par les contingences de l'environnement auxquelles il doit s'adapter, ce qui inclut des contextes divers ainsi que des acteurs et leurs systèmes de croyances, projets et pratiques particulières (donc les quatre sphères du modèle conceptuel organisateur). Récursivement, l'autonomie du vivant détermine sa propre expression en transformant l'environnement avec lequel il interagit afin de poursuivre ses finalités.

Un système autonome vit donc *en interdépendance* avec l'environnement auquel il s'adapte et qu'il transforme continuellement afin d'assurer sa survie et son actualisation. En

conséquence, un système autonome n'est jamais entièrement indépendant ni disjoint des influences de l'environnement, puisqu'il a besoin de l'environnement pour exister, maintenir son identité, se reproduire et se complexifier (Mélèse, 1990 ; Morin, 1982).

En revanche, c'est précisément par cette relation étroite et continue d'interdépendance que l'environnement inscrit, inévitablement et inéluctablement, l'expression de la vulnérabilité dans le vivant – puisqu'il comporte, au-delà des ressources nécessaires à l'autonomie d'un système, une multitude d'obstacles, de hasards, de menaces et de désordres allant à l'encontre de l'intégrité dudit système. En fait, il s'agit là de l'idée que représentent la Figure 12 (cf page 228) et les propos présentés à la fin du chapitre précédent, où la vulnérabilité se retrouve au cœur d'une dynamique d'expérience vécue d'exclusion et d'(in)capacité de régulation. Pourtant, cette boucle fermée ne peut se maintenir indéfiniment sans qu'il y ait désintégration complète des systèmes concernés et de leur monde environnant, généralisant ainsi la vulnérabilité et allant alors à l'encontre de l'intégrité et de l'autonomie de tous les partis en présence. Il importe donc d'ouvrir la boucle fermée de la Figure 12 afin de signifier que la fondamentale interaction des systèmes vivants avec leur environnement comporte, outre le potentiel de vulnérabilité, celui de l'autonomie à travers la dynamique intrinsèque de capacité de régulation du vivant.

Dans cette optique, le processus tendant vers l'ordre organisationnel de l'autonomie du vivant se trouve alors conjugué à celui tendant vers le désordre de la vulnérabilité par l'interaction d'un système avec son environnement, lequel recouvre une diversité d'acteurs et de contextes, de projets, de pratiques et de systèmes de croyances. Dans la mesure où cette interaction est modulée par une dynamique de régulation qui favorise une interdépendance (ré)génératrice d'un système avec son environnement, et donc une conjonction productrice entre un système et son environnement, il y a autonomie. Cependant, si cette interaction ne favorise pas les capacités adaptatives et transformatrices d'un système par rapport à son environnement, donc s'il y a disjonction entre un système et son environnement, il y a expérience vécue d'exclusion et vulnérabilité. Il s'ensuit alors que l'autonomie et la vulnérabilité d'un système vivant sont en tension continue à travers la qualité de l'interaction entre un système et son environnement – laquelle interaction est modulée par la dynamique de régulation que nécessite le vivant pour assurer sa survie et sa genèse. La vulnérabilité ne saurait donc être conçue sans le concept d'autonomie.

Il est néanmoins pertinent de se demander si les définitions couramment formulées sur le concept d'autonomie humaine appuient ou rendent plausibles mes dernières assertions. Bien qu'il n'existe pas de définition précise du concept d'autonomie, compte tenu des

différentes disciplines traitant de cette idée, il appert que les caractéristiques fondamentales les plus souvent mentionnées comprennent (May, 1998 ; Mele, 1995 ; Sherwin, 1998) :

- un potentiel de réflexivité du sujet (individu ou groupe) lui permettant de bien saisir les enjeux de manière éclairée ;
- la capacité d'un sujet de s'adapter à son environnement et à ses diverses contingences ;
- la possibilité d'effectuer des choix sans coercition, ce qui souligne l'importance de connaître le réseau des rapports de force avec lesquels on interagit, que ce soit au niveau personnel, organisationnel ou sociostructurel, afin d'y déceler et de confronter les possibilités d'exclusion pouvant aller à l'encontre de l'autodétermination ;
- un nombre varié d'options parmi lesquelles effectuer un choix ainsi que la possibilité de créer de nouvelles alternatives originales et inédites si nécessaire.

Les attributs essentiels de l'autonomie humaine font donc appel à des capacités de réflexivité, d'adaptation, d'autodétermination et de création / transformation en fonction d'un environnement dynamique. Ceci ne manque pas de soulever, à l'insigne de la pensée complexe et systémique, la dimension interactive et relationnelle d'interdépendance d'un système autonome par rapport à son environnement – laquelle dimension interactive et relationnelle s'inscrit tout à fait dans le projet de la participation de la santé publique.

Somme toute, à la lumière des propos élaborés ici, il s'avère concevable que la notion d'autonomie soit la contrepartie conceptuelle du phénomène de la vulnérabilité en santé publique. Ces deux concepts sont immanents à l'existence humaine et inextricablement inter-reliés par voie de la dynamique de capacité (ou d'incapacité) de régulation (adaptation-transformation) de systèmes vivants en interaction continue avec leur environnement – lequel environnement est à la fois lieu de désordre, de disjonction et d'expérience vécue d'exclusion d'un système vivant ; ainsi que lieu d'ordre organisationnel, de conjonction et d'interdépendance productrice d'un système avec le monde vécu. Ce faisant, il devient alors possible de concevoir la vulnérabilité non seulement en tant que produit d'un processus d'exclusion et d'incapacité de régulation qui mène à une forme de désintégration ou de destruction inévitable des personnes concernées ; mais il est également possible de concevoir la vulnérabilité en tant que moteur du développement du potentiel d'autonomie des individus et des groupes, dans la mesure où elle stimule la dynamique de capacité de régulation qui ne vise essentiellement qu'à assurer le bien-être des systèmes vivants qui l'animent.

REFORMULATION DU MODÈLE DE LA VULNÉRABILITÉ ET PISTE THÉORIQUE À POURSUIVRE

À la lumière de mes propos, la Figure 13 présentée à la page suivante apporte quelques nuances au modèle déjà proposé à la Figure 12 (cf page 228) :

- Premièrement, les notions de vulnérabilité et d'autonomie sont situées sur un même circuit qui se trouve modulé par la capacité d'adaptation-transformation, ou de régulation. En l'occurrence, selon la conjugaison de ses circonstances particulières, tout sujet se retrouve nécessairement entre ces deux pôles de la vulnérabilité et de l'autonomie, où l'un sera généralement plus prépondérant que l'autre, permettant ainsi de le qualifier comme étant plus ou moins vulnérable ou autonome à un moment et dans un espace donnés.
- Deuxièmement, afin de signifier l'influence de l'environnement sur l'état d'un sujet (ou système vivant), j'ai qualifié l'interaction qui prévaut entre un système-sujet donné et son contexte de vie en fonction du phénomène circonscrit. Nous avons vu que lorsqu'il est question de vulnérabilité, l'interaction du système-sujet avec son environnement en est davantage une de disjonction et d'expérience vécue d'exclusion. Par ailleurs, lorsqu'il y a autonomie, il est plutôt question d'une interaction d'interdépendance, d'une conjonction du système-sujet avec son monde vécu.
- Troisièmement, le phénomène de la vulnérabilité-autonomie demeure situé au croisement des quatre champs constitutifs du modèle conceptuel organisateur. Ce sont ces quatre champs qui permettent, notamment, de concevoir l'environnement dans lequel évoluent les sujets et se déroule l'action. Encore ici, les termes relevant directement de l'analyse de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH se retrouvent entre parenthèses afin de qualifier ces quatre champs et de rappeler qu'il y aura probablement une terminologie apparentée pour d'autres populations en situation de vulnérabilité. Ce faisant, ces quatre champs proposent des points d'ancrage pour l'intervention auprès de sujets vulnérables afin de contribuer à leur autonomie.
- Enfin, le tout demeure situé dans le référentiel temps-espace-forme afin de signifier le caractère dynamique des processus.

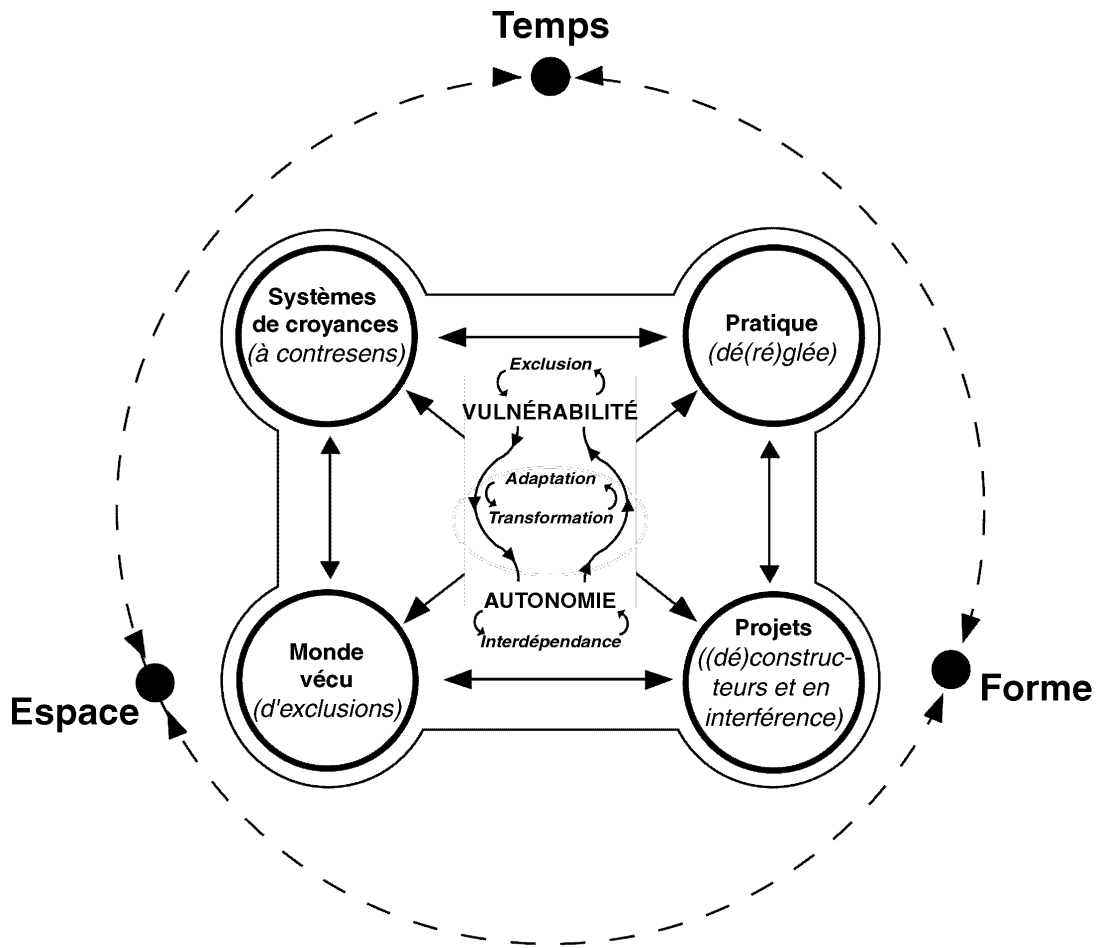


Figure 13. Le phénomène de la vulnérabilité-autonomie en santé publique

Pour en revenir à la notion d'*empowerment* abordée plus tôt, je vous rappelle qu'elle m'a semblée inappropriée comme contrepartie conceptuelle de la notion de vulnérabilité, tant sur un plan théorique que pratique en santé publique étant donné la stratégie de contrôle qu'elle évoque. En conséquence, lorsqu'il est question de vulnérabilité, il serait utile et justifié, à la lumière des réflexions présentées ici, de remplacer le concept d'*empowerment*, consacré quotidiennement, avec celui, en apparence similaire, d'autonomie. Ce dernier constitue une finalité intéressante, notamment en santé publique, puisqu'il comporte l'idée centrale d'interdépendance des systèmes-sujets avec leur environnement et permet ainsi d'envisager l'intervention dans une perspective participative. De plus, dans la mesure où ce concept renvoie au « potentiel d'actualisation de soi en interaction avec son environnement » ainsi qu'à « la capacité de conjuguer avec les défis que présente cet environnement », l'autonomie comporte des affinités avec la définition socio-écologique de

la santé sur laquelle s'érige le discours et la pratique de la promotion de la santé (Nutbeam, 1998).

En fin de compte, le concept d'autonomie s'avère tout autant significatif et porteur de sens que la notion mobilisatrice de vulnérabilité pour la pratique de la santé publique. D'ailleurs, ce concept est d'autant plus intéressant qu'il fournit même des pistes d'intervention qui nous permettent de concevoir l'importance pour les acteurs de la santé publique de travailler de concert avec les sujets exclus et vulnérables non seulement pour les outiller afin de favoriser leur adaptation à leurs contextes de vie ; mais également pour les soutenir dans leurs actions de transformation de leur monde vécu afin qu'ils puissent s'actualiser et vivre au meilleur de leur santé.

Néanmoins, la poursuite du développement du concept de vulnérabilité profiterait d'une exploration plus élargie de celui d'autonomie afin de justifier et d'étoffer davantage mes propositions. Diverses réflexions et analyses ont déjà été entreprises autour de ce concept fondamental en sciences politiques et biologiques, en études féministes, dans le domaine de l'éthique ainsi qu'en philosophie. Par ailleurs, il serait pertinent d'entreprendre un examen plus approfondi des concepts psychosociaux ou socio-écologiques nommés plus haut, tels le soutien social, le *coping*, l'auto-efficacité personnelle ainsi que le capital social, et ce à la lumière des écrits portant sur l'autonomie étant donné les affinités conceptuelles relevées plus tôt avec les dimensions centrales d'expérience vécue d'exclusion et de capacité de régulation – notamment lorsqu'il est question de composer avec l'adversité. Enfin, le développement du complexe vulnérabilité-autonomie gagnerait à demeurer situé dans une conception dialectique de l'interdépendance entre l'action humaine et l'environnement sociostructurel plus large, le tout au cœur d'une épistémologie constructiviste et systémique, ceci afin de ne pas réduire la complexité envisagée et de développer davantage les idées d'adaptation et de transformation ainsi que les modalités d'action à envisager. Tel que souligné plus tôt, la modélisation émergente devrait soutenir le développement de savoirs qui visent à raffiner tant notre potentiel d'explication, de compréhension et d'interprétation que notre potentiel d'action afin de contribuer à l'avancement de la pratique de la santé publique.

Cette thèse n'ayant pas pour objectif premier une théorisation achevée sur le concept de vulnérabilité, je m'en tiendrai désormais aux propositions élaborées ici. À tout le moins, la démonstration aura été faite qu'une approche de recherche participative comporte un potentiel indéniable pour la construction de connaissances ayant une portée théorique.

CHAPITRE HUITIÈME

IMPACTS ET CONSÉQUENCES DU PROJET

Dans ce chapitre, il s'agit d'exposer quelques-unes des principales retombées de ce projet de recherche participatif chez Stella et de situer ces effets dans la continuité du processus de réflexion entrepris ici. En premier lieu, je présente donc les impacts de cette initiative sur les femmes ayant directement participé à l'ensemble du projet empirique, soit mes co-chercheuses principales¹. Ensuite, je donne un aperçu des conséquences engendrées par le projet chez Stella, notamment de la manière dont les résultats ont été intégrés à la programmation de l'organisme. Puis, je formule quelques constats. À la fin, je poursuis la modélisation entreprise autour du phénomène de la vulnérabilité-autonomie afin de proposer un modèle préliminaire ayant une portée pour la méthode et la théorie d'une pratique participative en santé publique. Ce modèle servira de base à la réflexion amorcée dans la troisième partie de la thèse.

IMPACTS DU PROJET CHEZ LES CO-CHERCHEUSES PRINCIPALES

À titre de rappel², j'ai procédé à des entrevues semi-dirigées auprès de mes co-chercheuses principales afin de prendre connaissance de leurs expériences vis-à-vis de notre projet et de l'impact qu'a eu ce projet sur elles. Chaque entretien a eu lieu dans les deux semaines suivant la clôture de notre analyse conjointe et avait principalement pour objectif de suppléer mes observations afin d'évaluer le degré d'atteinte des cinq critères d'authenticité nommés plus haut.

Ces critères se sont avérés particulièrement pertinents. D'une part, l'examen du degré d'atteinte de ces critères a permis aux co-chercheuses d'exprimer des idées en lien avec leur motivation première qui consistait à développer des interventions en prévention du VIH avec et auprès de prostituées de rue vulnérables. D'autre part, en continuité avec la démarche de développement de connaissances adoptée dans le cadre de cette thèse, ces mêmes critères ont permis d'organiser les *verbatim* issus de ces entrevues ainsi que les informations contenues dans mon journal de bord en fonction des quatre dimensions paradigmatiques du cadre conceptuel général privilégié ici.

À l'issue de mes analyses, les impacts de ce projet sur mes co-chercheuses sont donc organisés en fonction des thèmes suivants :

¹ Je traiterai des impacts que le projet a eu sur moi à titre d'initiatrice de la recherche et de co-chercheuse à la troisième partie de la thèse.

² Voir le cinquième chapitre exposant les procédures de recherche adoptées dans le cadre de ce projet empirique.

- Les réalités du travail chez Stella (pôle ontologique) : ce thème permet de qualifier le contexte dans lequel s'est déroulé notre projet et d'identifier quelques-unes des contingences ayant eu une incidence sur la poursuite ainsi que sur les retombées de notre initiative.
- Le renouvellement de sens (pôle épistémologique) : ce thème renvoie à l'évolution des perceptions et croyances et évoque, notamment, les critères d'intégrité et d'authenticité épistémologique et pédagogique.
- La poursuite de projets (pôle téléologique) : ce thème réfère aux projets privilégiés au terme de notre démarche conjointe et permet de qualifier le degré d'atteinte du critère d'authenticité catalytique.
- La pratique d'intervention chez Stella (pôle méthodologique) : ce dernier thème signale les impacts en termes de transformation de la pratique chez Stella et renvoie, essentiellement, au critère d'authenticité stratégique.

LES RÉALITÉS DU TRAVAIL CHEZ STELLA

Le déroulement de ce projet a vraisemblablement contribué à mettre en exergue certaines réalités du travail chez Stella. Ces réalités révèlent, notamment, un contexte parsemé d'embûches à l'exercice d'une pratique s'inscrivant dans la philosophie participative de l'organisme. Il a tout particulièrement été question de la difficulté à favoriser la participation de travailleuses du sexe aux activités de Stella malgré la pléthore d'efforts investis pour établir des liens de collaboration avec cette clientèle marginale. *Ces femmes vivent dans le moment présent* ce qui rend alors difficile l'établissement de liens de travail fructueux à court et à moyen terme. De plus, les intervenantes de Stella exercent leurs fonctions dans un contexte traversé de multiples transitions qui font obstacle au suivi et au soutien que nécessite une pratique participative. À titre d'exemple, au fur et à mesure que se déroulait notre projet, mes co-chercheuses ont eu à gérer le déménagement de l'organisme ainsi que plusieurs changements dans la configuration de leur équipe de travail.

Dans un tel contexte, le soutien d'acteurs clés au sein de l'organisme constitue un élément central afin de contrebalancer l'ensemble des réalités pouvant démotiver les intervenantes interpellées par un projet participatif. Encore faut-il avoir accès aux ressources permettant d'offrir tout le soutien nécessaire, et ce pour toute la durée du projet :

On a bien fait de persévérer. (...) Mais on n'aurait pas pu arrêter. Moi-même ou n'importe qui de l'équipe. (La coordonnatrice) aurait refusé. (Elle) nous aidait à persévérer. Dans le fond, on pouvait pas arrêter. C'était bon, c'était motivant parce que t'arrêtais pas : Bon ben on va faire ci, on va faire ça ! (elle imite ma voix et ma gestuelle). *Sinon, j'aurais pas tenu le coup.*

À la fin, malgré un contexte et des réalités pouvant conduire à un certain désengagement vis-à-vis d'une pratique participative, perpétuant ainsi un cycle de non-participation, l'évaluation globale qu'énoncèrent mes co-chercheuses par rapport à notre démarche s'est avérée positive :

*En tout cas, j'ai trouvé ça ben platte, mais j'ai trouvé ça super intéressant par exemple !
(...) J'ai trouvé ça difficile parce que ça avançait pas comme on le voulait, mais c'était bon en bout de ligne !*

LE RENOUVELLEMENT DE SENS

À travers ce projet, mes co-chercheuses ont pu reconsidérer certains de leurs savoirs et revoir la signification qu'elles attribuaient à l'expérience de la vulnérabilité.

Ce projet a notamment permis aux participantes de concevoir autrement leur savoir-faire à titre d'intervenantes. Ainsi, elles ont acquis certaines habiletés et connaissances leur permettant désormais *de se voir comme celle qui influence le cours des choses, pi qui fait partie d'un processus décisionnel*. En outre, bien que le projet ait confirmé une bonne partie des connaissances de mes co-chercheuses en termes de vulnérabilité au VIH, il leur a également procuré l'opportunité de clarifier leurs idées et de nuancer leurs discours sur la question. La synthèse effectuée à la fin de nos analyses – selon quatre niveaux potentiels et interdépendants de vulnérabilité au VIH – s'est avérée une façon particulièrement nouvelle pour elles de concevoir l'intervention en prévention du VIH chez Stella. Cette modélisation conjointe nous a d'ailleurs amenées à envisager un continuum de stratégies d'intervention complémentaires en la matière : *l'intervention individuelle* auprès de prostituées, essentiellement représentative des approches éducatives et de travail de rue privilégiées chez Stella ; *l'intervention de milieu* qui comporte une action concertée auprès des principaux acteurs ayant une incidence sur l'organisation du travail du sexe ; ainsi que *l'action politique* en vue de modifier les attitudes sociétales à l'égard des femmes travaillant dans l'industrie du sexe et d'agir sur le contexte social plus global exerçant une influence sur les conditions de vie et de travail des prostituées.

Fait à signaler, c'est à partir de cette modélisation que mes co-chercheuses ont été en mesure d'envisager et de légitimer de nouvelles avenues pour la prévention du VIH, au-delà de l'approche traditionnelle d'information-éducation accompagnée de la distribution de condoms et de seringues. En l'occurrence, elles ont saisi qu'il était dorénavant pertinent et urgent d'intervenir de manière plus active à des niveaux d'ordre organisationnel et politique afin d'agir sur le milieu dans lequel évoluent les prostituées de rue et les autres travailleuses du sexe du quartier ainsi que sur leurs conditions de travail.

Par ailleurs, ce projet a suscité un regard nouveau des participantes sur leur propre vulnérabilité au VIH, ce qui a contribué à renouveler la signification qu'elles attribuent désormais à celle des femmes auprès desquelles elles interviennent. Ainsi, à travers une meilleure compréhension des sources de la vulnérabilité au VIH, certaines ont réalisé à quel point elles avaient déjà été vulnérables :

(Ce projet), ça m'a fait ramener en arrière (...) parce que mon passé était ben plus vulnérable au VIH qu'aujourd'hui je l'suis (...) pis là j'ai comme dû dé-dramatiser mon passé.

De plus, certaines ont pu entrevoir dans quelle mesure subsiste encore et toujours un potentiel de vulnérabilité personnelle. Une des co-chercheuses a notamment fait un parallèle entre le thème de « besoin d'amour et d'appartenance » et sa propre vie amoureuse. À travers nos discussions, elle s'est reconsidérée comme étant une personne *encore très vulnérable* puisqu'elle persistait à vivre avec un partenaire abusif afin de ne pas être seule (...) *pour être aimée même si (elle est) mal aimée*. À la fin, il a été intéressant de noter que suivant la mise en perspective de leurs propres expériences de vulnérabilité mes co-chercheuses ont pu davantage apprécier les transformations à travers lesquelles elles doivent tenter d'accompagner des travailleuses du sexe vulnérables afin de prévenir leur acquisition du VIH.

Ainsi, ce projet a donné lieu à une variété de sens renouvelés, tant au niveau du savoir-faire en tant qu'intervenante, des connaissances sur le VIH et les possibilités d'intervention en la matière, qu'au niveau de la signification de l'expérience personnelle de la vulnérabilité.

LA POURSUITE DE PROJETS

Selon mes co-chercheuses, outre l'intention d'élargir désormais l'éventail de leurs interventions afin d'inclure davantage de travail de milieu et d'action politique dans leur pratique, notre initiative a contribué à la poursuite de projets d'ordre plus personnel.

À ce titre, notre démarche s'est inscrite dans le projet d'acquérir plus de confiance en soi chez ces femmes qui ont d'ailleurs souvent fait mention de leur pauvre estime d'elles-mêmes :

Ça m'a donné plus confiance en moi (...) C'est pour ça que j'me sentais tellement bien après les réunions parce que toutes mes idées sortaient pis j'voyais bien que mes idées n'étaient pas nulles (...).

Par ailleurs, une co-chercheuse a profité de notre initiative pour parfaire sa tolérance face aux embûches et aux contrariétés que soulèvent parfois les exigences de son emploi chez Stella :

J'ai pas partie sur un frippe pour tout foutre ça là (...) pis j'ai pas fait ma crise, ma crisette (...) Ça m'a permis de travailler sur moi (et de) mettre mes sentiments de côté pi de travailler avec des gens que chu pas vraiment à l'aise.

Enfin, dans une moindre mesure, l'engagement dans notre projet a également participé au dessein d'améliorer certaines habiletés reliées à la gestion de relations interpersonnelles et au travail en équipe.

En somme, mes co-chercheuses ont su tirer profit des efforts requis pour mener à terme notre démarche conjointe. Ces efforts ont tout particulièrement permis de poursuivre des projets visant une certaine amélioration de leurs manières d'être et de faire, ce qui reflète, entres autres, une volonté et une capacité d'adaptation afin de mieux gérer son devenir.

LA PRATIQUE D'INTERVENTION CHEZ STELLA

Au terme de ce projet, les propos de mes co-chercheuses rendent compte de l'amorce d'une transformation de leur pratique chez Stella. D'une part, elles ont commencé à aborder le sujet de la prévention du VIH différemment dans leurs interventions individuelles auprès des femmes :

(Quand je fais mon travail de rue) j'leur parle pas juste de condoms pi de seringues maintenant. J'leur parle de leurs conditions de travail, de comment qu'y devraient s'organiser pour être plus protégées.

D'autre part, à l'issue de notre démarche, certaines ont été en mesure d'exercer plus de leadership dans leur travail, notamment dans le cadre du processus d'évaluation entrepris chez Stella. Par exemple, mes co-chercheuses ont pris l'initiative de mener une petite enquête auprès de travailleuses du sexe afin de comprendre les raisons pour lesquelles certaines catégories de travailleuses ne fréquentaient pas l'organisme. De plus, elles ont consulté les femmes afin de prendre connaissance de leurs avis concernant un deuxième déménagement éventuel de Stella ; puis, elles ont sondé leurs opinions en matière de distribution de seringues aux travailleuses du sexe UDI.

Dans les faits, il est difficile pour moi de juger dans quelle mesure leurs nouvelles actions sont directement le fruit de ce projet. Selon mes co-chercheuses, il semble que certains changements auraient été moins probables si notre projet n'avait pas eu lieu.

CONSÉQUENCES DU PROJET CHEZ STELLA

Afin de rendre compte des conséquences de notre projet chez Stella, notamment de la manière dont notre initiative et ses résultats ont été intégrés à la programmation de l'organisme, j'ai eu recours à l'observation participante et aux annotations afférentes de mon journal de bord¹. De plus, j'ai consulté des demandes de subvention ainsi que des rapports destinés aux bailleurs de fonds de Stella. Pour des raisons de cohérence, et dans l'optique de déterminer le degré d'atteinte des critères d'authenticité, j'ai organisé mes observations et analyses en fonction des mêmes thèmes que ceux utilisés plus haut.

LES RÉALITÉS DU TRAVAIL CHEZ STELLA

Lors de notre dernière rencontre de groupe, mes co-chercheuses et moi-même avons convenu qu'il serait pertinent de valider notre modèle auprès d'un plus grand nombre de femmes, tout en essayant de recueillir des idées supplémentaires, avant de formuler et de mettre en œuvre un plan d'action concerté pour la prévention du VIH chez Stella. Il a donc été entendu que l'affiche présentant le fruit de nos réflexions devait faire l'objet de discussions chez Stella et dans d'autres organismes partenaires fréquentés par des travailleuses du sexe afin de confirmer notre analyse. Aussi, dans la mesure du possible, nous envisagions reprendre nos discussions-réflexions à la lumière des commentaires recueillis, ceci avec d'autres participantes, pour bonifier notre modèle. Dans les faits, notre projet n'a pu susciter la mobilisation souhaitée étant donné les réalités et le contexte de travail chez Stella.

Il y a eu, en particulier, un roulement de personnel et de bénévoles qui a fait en sorte que les promotrices principales du projet n'étaient plus aussi présentes ou étaient même complètement absentes dans les mois ayant suivi notre démarche. De plus, les nouvelles intervenantes n'ont pas reçu le soutien nécessaire leur permettant de saisir le sens du projet et d'intégrer l'initiative dans la poursuite de leurs propres projets. Par ailleurs, la mobilisation de travailleuses du sexe en vue de prendre une part plus active à la destinée de l'organisme s'avérait encore très problématique à cette phase de l'histoire de Stella.

En outre, ce projet n'a pu se poursuivre tel qu'envisagé étant donné la précarité financière de l'organisme et la nécessité pour l'équipe de concentrer ses efforts sur le renouvellement annuel de ses subventions selon les critères émis par ses principaux bailleurs de fonds,

¹ Mon journal de bord contient des notes d'observations effectuées durant le projet empirique et suivant ce projet jusqu'à la fin de l'automne 2000. J'ajouterais que mes rôles d'administratrice et de bénévole chez Stella m'ont permis d'avoir un accès direct à des sources variées d'information durant toute cette période.

lesquels avaient surtout pour objectif la distribution de matériel de prévention et la référence vers des services plus spécialisés. Cependant, durant l'été 1998, près de deux ans après avoir complété l'analyse conjointe, notre projet a tout de même servi de point d'ancrage à l'élaboration d'une initiative originale en prévention du VIH chez Stella afin d'assurer la continuité du financement octroyé annuellement par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP). À prime abord, cette initiative offrait une occasion privilégiée permettant de reprendre notre démarche là où nous l'avions laissée ainsi que de diversifier les actions de l'organisme dans le champ de la prévention du VIH. Elle prévoyait une ré-appropriation des résultats de notre première analyse par un ou deux groupes de travailleuses du sexe ainsi que le développement de stratégies de réduction de leur vulnérabilité au VIH selon leurs propres analyses, capacités et ressources, suivis d'une évaluation du processus et d'un retour à l'action. En fin de compte, un certain financement a été obtenu suite à une compétition serrée. Néanmoins, le projet initial a dû être reformulé en fonction des montants attribués par la DSP et la réévaluation des priorités établies par cette institution¹.

Dès lors, malgré une volonté de reprendre le projet tel qu'envisagé au départ, le contexte et les réalités du travail chez Stella n'ont pas été favorables au suivi de cette initiative ni à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action concret. Il n'en demeure pas moins que l'affiche rendant compte de notre synthèse a été exposée plus de trois ans chez Stella, ce qui pourrait avoir contribué aux conséquences suivantes.

LE RENOUVELLEMENT DE SENS

Conséquence imprévue, notre projet a donné lieu à une vision renouvelée du cadre de référence à partir duquel conceptualiser l'ensemble de la pratique chez Stella, au-delà donc de la seule question de l'intervention en prévention du VIH.

En effet, à la demande de la coordonnatrice de Stella, le modèle exposé à la Figure 4 (cf chapitre sixième, page 162) a fait l'objet de discussions à l'occasion d'une journée annuelle de réflexion réunissant l'équipe élargie de Stella en décembre 1999. Il s'agissait essentiellement d'en arriver à se doter d'un cadre de référence à partir duquel mieux articuler et évaluer la programmation générale de Stella.

Au terme d'une présentation du projet et de nos analyses, les quatre niveaux de vulnérabilité furent re-conceptualisés à la demande des personnes présentes. Ces dernières

¹ Lesquelles priorités se sont essentiellement résumées à la distribution accrue de matériel de prévention par les intervenantes de l'organisme.

ont spontanément opté de regrouper les quatre sphères du modèle selon trois niveaux potentiels d'intervention, soit : *individuel*, *organisationnel* et *sociopolitique*, où le sociopolitique représente la combinaison des sphères du social et du contextuel. De plus, elles ont proposé que ces sphères représentent des zones d'intervention où favoriser l'*empowerment* et le développement des capacités des travailleuses du sexe plutôt que des zones d'action concentrées sur la réduction de leur vulnérabilité. Selon elles, il s'agissait d'inscrire les actions de l'équipe dans une finalité plus positive, en alignement avec l'idéologie participative de l'organisation.

Notre modèle a donc été rapidement réapproprié pour renouveler le sens de l'intervention chez Stella. Il a notamment eu pour effet de contribuer à la conceptualisation des principaux axes d'intervention de l'organisme tout en améliorant la capacité de certaines membres de l'équipe de mettre en perspective les initiatives privilégiées par d'autres organismes et institutions. De plus, il a servi plus d'une fois à expliquer et à faire la promotion des axes d'intervention de l'équipe auprès de bailleurs de fonds et de partenaires, lesquels se résument désormais à l'action individuelle, l'action centrée sur le milieu et l'action politique.

Toutefois, en ce qui concerne les analyses effectuées *a posteriori*, il est intéressant de noter qu'une présentation de mes résultats préliminaires, ainsi que des discussions subséquentes en cours d'analyse, ont suscité un intérêt mitigé chez Stella. En fait, il semble que les idées et les modèles proposés n'aient pas apporté, à ce stade, d'éléments de réflexion supplémentaires à l'équipe¹. Ces discussions ont plutôt eu pour effet de renforcer l'adhésion de mes interlocutrices à leur propre cadre de référence développé à partir de notre première analyse conjointe étant donné son aspect relativement concret et sa référence à des zones d'action connues. L'équipe n'a cependant pas refusé d'autres discussions éventuelles autour de ces résultats d'analyses.

LA POURSUITE DE PROJETS

Autre conséquence inattendue, plusieurs ordres de résultats de notre projet ont été récupérés par l'équipe de Stella dans l'optique d'arrimer davantage ses interventions aux réalités et divers besoins des travailleuses du sexe.

Ainsi, peu après avoir complété notre réflexion, nos propos ont servi d'appui à des constats formulés dans le cadre des activités d'évaluation de l'organisme et à la décision

¹ Je reviendrai sur ce point à la troisième partie de la thèse. La présentation de telles analyses requiert une certaine préparation que je n'avais pas envisagée au départ.

subséquente de mobiliser les énergies de l'équipe pour rejoindre davantage les femmes dans leurs milieux de vie plutôt que sur une base individuelle afin de tenter d'améliorer leurs conditions de vie et de travail. Il s'agissait, notamment, de contrer les diverses barrières collectives et sociétales à leur accès à des services légaux, sociaux et de santé adaptés à leurs réalités et de veiller à l'élimination de la violence dont elles font quotidiennement les frais.

Par conséquent, certains éléments résultant de notre réflexion ont été intégrés aux argumentations développées dans la formulation de demandes de subvention. Par exemple, les diverses formes de discrimination identifiées par notre projet ont été invoquées pour justifier un projet visant à améliorer les relations entre les intervenants sociaux et de la santé et les travailleuses du sexe à Montréal. Certains résultats du projet ont également justifié la formation d'une équipe de travailleuses de milieu permettant d'intervenir plus directement auprès des travailleuses du sexe et des citoyens insurgés contre la prostitution de rue dans les quartiers chauds environnants. De plus, notre démarche a été utilisée comme exemple pour démontrer la capacité des intervenantes de Stella d'entreprendre des projets, quels qu'ils soient, dans un esprit participatif.

En somme, notre initiative a fourni quelques éléments d'appui à la poursuite de projets qui ne se limitaient pas qu'à la problématique du VIH. D'une certaine manière, elle a contribué à stimuler et à soutenir la capacité d'adaptation de l'équipe qui visait à mieux transiger avec les réalités des travailleuses du sexe.

LA PRATIQUE D'INTERVENTION CHEZ STELLA

Dans l'ensemble, il appert que notre projet a eu un impact limité sur la pratique d'intervention en prévention du VIH chez Stella. Les réalités du travail dans cet organisme ont notamment eu pour conséquence que le contexte n'a pas été favorable au développement durable de nouvelles façons de faire vis-à-vis la problématique du VIH. Aussi, la prévention du VIH étant circonscrite par les bailleurs de fonds selon une vision quelque peu réductrice des actions à privilégier, le terrain n'était pas propice à une mobilisation soutenue des énergies de l'équipe pour le renouvellement de l'intervention.

Cependant, puisque notre projet a participé à la (re)conceptualisation d'un modèle d'intervention chez Stella, et puisque certains de nos résultats ont été intégrés dans l'élaboration de demandes de financement afin de poursuivre des initiatives privilégiées par l'équipe, il a indéniablement eu une influence sur le parcours des actions posées et sur la réduction de la vulnérabilité des travailleuses du sexe à de multiples problématiques, dont

celle du VIH. Néanmoins, il est difficile d'attribuer la part de la contribution de ce projet à la transformation des pratiques entamée chez Stella ainsi qu'aux effets observés, d'autant plus que les actions des intervenantes sont rarement formulées selon un cadre de référence explicite.

Enfin, bien que certaines membres de l'équipe aient acquis une meilleure compréhension des défis et des manœuvres qu'impliquent une démarche participative, la pratique tarde à se concrétiser en ce sens. La réalisation d'autres initiatives comme la nôtre ainsi qu'une certaine transformation des réalités du travail chez Stella seraient, en l'occurrence, souhaitables afin de pouvoir se doter d'une véritable et fructueuse pratique participative d'*empowerment* correspondant à la philosophie de l'organisme. Le rayonnement d'un seul projet est assurément trop limité pour que l'acquisition de connaissances puisse mener à des transformations radicales au niveau de la pratique. Il s'agit plutôt de l'amorce d'un processus qu'il importe de poursuivre.

CONSTATS ET PROPOSITION POUR LA PRATIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

J'aimerais maintenant souligner deux ordres de constats qu'évoquent les propos des pages précédentes ainsi que mes observations effectuées au terme de ce projet et au cours des trois années subséquentes.

Premier ordre de constats : les quatre premiers critères pratiques d'authenticité retenus afin de se prononcer sur la qualité de notre démarche ont été, somme toute, suffisamment atteints, tandis que le cinquième critère ne l'est que très partiellement. En effet :

- Le fait que mes co-chercheuses aient indiqué que leurs contributions ont été valorisées permet de croire à l'atteinte d'un certain degré d'intégrité.
- Une prise de conscience des effets de leurs réalités de travail, un certain renouvellement de la perception de son savoir-faire en tant qu'intervenante, une remise en perspective de l'expérience personnelle de la vulnérabilité ainsi que la (re)conceptualisation de la pratique et des modalités d'intervention à privilégier chez Stella à partir d'un nouveau cadre de référence, sont autant d'éléments qui vont dans le sens de ce que constitue le développement de l'authenticité épistémologique.
- Une compréhension accrue de l'expérience de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH ainsi qu'une meilleure capacité de situer les actions d'organismes partenaires à l'aide du nouveau cadre de référence formulé chez Stella témoignent, par ailleurs, d'une forme d'authenticité pédagogique.

- De plus, la volonté de mes co-chercheuses et de l'équipe de Stella d'adapter leurs manières d'être et de faire pour améliorer leurs pratiques et élargir l'éventail de leurs interventions afin que leurs actions correspondent davantage à leurs projets et aux réalités des prostituées de rue rend compte d'une part d'authenticité catalytique.
- En ce qui concerne le critère d'authenticité stratégique, il semble bien qu'il y a eu amorce, quoique partielle, de transformation des pratiques de mes co-chercheuses principales. Par contre, il serait présomptueux de suggérer qu'il y a atteint d'un degré avancé d'authenticité stratégique, en ce sens qu'il n'y a pas d'indication que ce projet ait investi les individus, ou même l'équipe, de suffisamment de pouvoir leur permettant d'amorcer une transformation radicale de la pratique d'intervention chez Stella. Les multiples contraintes avec lesquelles doivent composer les intervenantes de Stella seraient en grande partie responsables de cet état de fait.

Fait à signaler, l'apport de notre projet s'ajoute aux contributions issues du processus d'évaluation entrepris au sein de l'organisme avant même l'amorce de notre initiative. Ainsi, l'on ne saurait qualifier l'impact de cette dernière comme étant plus ou moins déterminant que celui d'autres démarches, d'autant plus que notre projet fut, en quelque sorte, parachuté dans la programmation de l'organisme. Néanmoins, ce projet a vraisemblablement donné lieu à des impacts et conséquences dont plusieurs n'étaient pas envisagés au départ¹. Dans notre cas particulier, il s'avère que les intervenantes concernées et l'équipe de Stella ont su tirer profit d'apprentissages à plusieurs niveaux et qu'elles ont pu transférer leurs acquis dans des domaines plus larges que la problématique du VIH. Il s'agit là d'une illustration du potentiel de la recherche participative qui favorise l'acquisition et la conjugaison de nouveaux savoirs, lesquels sont alors transférés à la poursuite de projets qui n'étaient pas nécessairement envisagés au départ et qui peuvent mener à l'amorce de nouvelles pratiques.

Deuxième ordre de constats : les impacts et conséquences du projet sont intéressants dans la mesure où il est possible d'y entrevoir des processus pouvant être formulés selon les termes inhérents au modèle proposé plus haut sur la vulnérabilité-autonomie (cf Figure 13, page 256) et qui, de plus, s'avèrent porteurs de sens pour une pratique participative en santé publique.

- Tout d'abord, que le thème de la vulnérabilité ait pu rassembler les participantes autour d'un projet commun qui leur a permis, notamment, de mettre en lumière leur expérience de la vulnérabilité ainsi que celle d'autres femmes, témoigne du fait que ce thème constitue un excellent moteur pour la poursuite d'un projet participatif autour d'une

¹ Ce qui porte, entre autres, à réfléchir sur la diversité et l'imprévisibilité des effets de nos actions.

problématique en santé publique. Il semble donc que les personnes soient en mesure de bien saisir le sens du phénomène de la vulnérabilité et d'amorcer une réflexion conjointe porteuse de sens pour l'action.

- Par ailleurs, que l'équipe de Stella ait choisi de (re)conceptualiser la réduction de la vulnérabilité en termes d'une finalité d'*empowerment* ancrée dans une idéologie participative et ce, à la lumière de la présentation de nos analyses conjointes, atteste de la pertinence de l'idée d'autonomie suggérée plus haut en tant que contrepartie conceptuelle de la notion de vulnérabilité. En l'occurrence, bien qu'il s'agisse maintenant de différencier davantage ces deux idées apparentées afin d'en assurer une ré-appropriation éclairée, l'intervention participative auprès de populations vulnérables semble s'inscrire, de façon intelligible, dans une finalité d'autonomie.
- De plus, les projets poursuivis par mes co-chercheuses à travers et à la suite de notre démarche, ainsi que ceux poursuivis par l'équipe de Stella au terme de cette initiative, laissent entrevoir que la capacité d'adaptation des individus ou d'un groupe concernés peut être suscitée et soutenue par une démarche participative.
- L'amorce de quelques changements dans les pratiques d'intervention de mes co-chercheuses principales signale également le potentiel de transformation pouvant être engendré par une démarche participative. D'ailleurs, il est d'autant plus intéressant de noter que quelques-unes de ces transformations rendent compte du développement d'initiatives nouvelles où ces intervenantes se sont engagées sur la voie d'une plus grande autonomie dans leur travail.
- Enfin, il est à noter que ce projet a pris forme dans un contexte particulièrement difficile, soit auprès d'une population extrêmement marginalisée et dans l'environnement tumultueux d'un organisme communautaire en quête de survie. Malgré ce contexte, il a tout de même été possible de signaler des acquis intéressants en termes de développement de nouveaux savoirs et de poursuite de quelques initiatives. Il s'avère donc que la mise en marche d'une certaine capacité de régulation (i.e. adaptation-transformation) soit possible malgré un contexte défavorable, en autant que les chercheuses-participantes-intervenantes concernées reçoivent l'appui nécessaire pour y arriver. Ce faisant, il s'agit d'assurer un soutien qui tienne compte tant de leur monde vécu, de leurs systèmes de croyances, de leurs projets que de leurs pratiques – autant d'éléments du contexte qui façonnent, récursivement, la capacité de régulation des acteurs concernés.

En résumé, en plus de procurer des indications sur la qualité de notre démarche en termes d'atteinte des critères pratiques d'authenticité privilégiés ici, il s'avère que les impacts et conséquences de ce projet empirique apportent un éclairage supplémentaire sur le modèle de la vulnérabilité-autonomie présenté plus tôt.

Plus particulièrement, il semble que ce modèle puisse servir de point de départ crédible pour la modélisation et l'élaboration d'éléments de théorie et de méthode d'une pratique participative en santé publique. Comme le propose la Figure 14 présentée à la page suivante, il est possible de concevoir un modèle de pratique participative pour la santé publique dont la finalité réside dans le développement de l'autonomie de populations en situation de vulnérabilité. Selon les termes de ce modèle, il importe alors pour les acteurs de la santé publique de travailler en interdépendance avec des personnes vulnérables afin de favoriser leur autonomie. Cette interdépendance enjoint, notamment, les intervenants de la santé publique à travailler de concert avec les populations vulnérables (et non *sur* ou *pour* elles) afin de soutenir le développement de leurs compétences d'adaptation ainsi que l'apprentissage de stratégies de transformation du monde vécu en vue de favoriser leur autonomie.

Évidemment, l'interaction que nécessite une pratique participative suscite l'inévitable rencontre des systèmes de croyances, des pratiques, des projets et du monde vécu des acteurs impliqués, qu'ils soient acteurs vulnérables ou acteurs intervenants. Dans la mesure où cette interaction favorise une interdépendance dans le respect du besoin d'intégrité des divers acteurs impliqués, il y aura possibilité de favoriser leurs autonomies respectives. Cependant, dans la mesure où cette autonomie (re)nouvelle(ée) suscite des transformations qui vont à l'encontre des projets, des systèmes de croyances, des pratiques et du monde vécu de l'un ou l'autre des acteurs vulnérables ou intervenants, il y a potentiel d'une nouvelle forme d'exclusion et de vulnérabilisation supplémentaires – d'où la pertinence des notions de « participation contradictoire » et de « collaboration conflictuelle » de Lamoureux (1994) mentionnés plus haut.

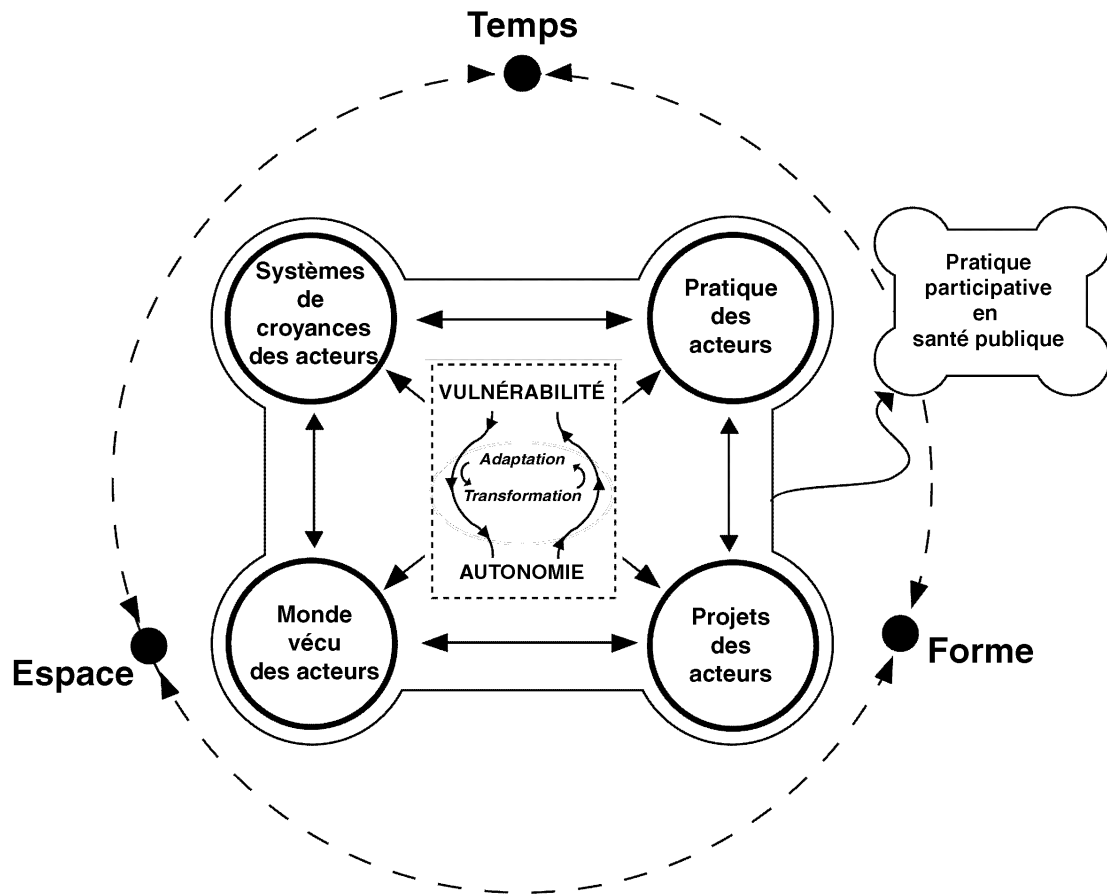


Figure 14. Proposition d'un premier modèle pour la pratique participative en santé publique

Ce modèle suggère, en l'occurrence, que l'interaction occasionnée par une pratique participative en santé publique recèle vraisemblablement la possibilité de favoriser l'autonomie de populations vulnérables. Par contre, le processus d'autonomisation de ces dernières comporte également un potentiel de vulnérabilisation des acteurs de la santé publique à travers les dynamiques de régulation en opération. D'où l'importance de favoriser une conjugaison équilibrée, ou encore une conjonction réciproque et respectueuse, des systèmes de croyances, des projets, des pratiques et du monde vécu de l'ensemble des acteurs concernés et engagés pour favoriser leurs autonomies respectives et maintenir en échec la (re)configuration de leur potentiel de vulnérabilité. Il s'agit, certes, d'un processus dynamique fragile à cultiver. À cet égard, le référentiel triadique nous rappelle que la forme de nos actions devra, inévitablement, évoluer dans le temps et l'espace afin de favoriser une plus grande autonomie de tous les acteurs tout en diminuant le potentiel de vulnérabilité de chacun.

CHAPITRE NEUVIÈME

ÉPILOGUE DE LA DEUXIÈME PARTIE DE LA THÈSE

Afin de mettre un terme à cette partie de la thèse, il m'importe de souligner les principaux apprentissages et traits originaux de ce projet empirique. Par ailleurs, des possibilités d'approfondissement théorique et quelques implications pratiques seront abordées.

LES PRINCIPAUX APPRENTISSAGES

Dans les faits, il s'avère que la mise en œuvre d'un projet participatif auprès d'un groupe vulnérable et marginalisé, comme c'est le cas des prostituées de rue fréquentant Stella, constitue un défi. Il n'y a qu'à penser à la phase de recrutement ainsi qu'au suivi d'une telle initiative qui requièrent un engagement soutenu. Néanmoins, malgré quelques difficultés, il a tout de même été possible d'obtenir des résultats positifs, lesquels sont présentés ici selon trois ordres d'apprentissages : les apprentissages effectués chez Stella, les apprentissages sur le concept de vulnérabilité et les apprentissages ayant une portée pour l'élaboration d'un cadre pour une pratique participative en santé publique.

Premièrement, tel qu'en a fait foi le chapitre précédent, et à l'insigne du potentiel que comporte la méthodologie de recherche participative, ce projet empirique a contribué au développement de divers types de savoirs chez Stella. Il est notamment question d'une conscientisation accrue de la part de mes co-chercheuses concernant les dynamiques et les conditions associées à la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH. Par ailleurs, à cette conscience aiguisée s'est ajoutée une conception élargie, au sein de l'équipe de Stella, d'un ensemble de modalités d'intervention à privilégier non seulement à l'endroit de la prévention du VIH mais également en regard d'autres problématiques allant à l'encontre du bien-être et de la promotion de la santé des travailleuses du sexe en général et des prostituées de rue en particulier. En outre, cette expérience a procuré l'occasion à mes co-chercheuses de reconsidérer leur savoir-être, particulièrement en termes d'une remise en perspective de leur potentiel comme intervenante ayant des contributions essentielles et utiles à apporter à l'action chez Stella. Ce projet a également contribué à leur savoir-devenir, notamment à leur volonté de poursuivre le développement d'habiletés pour le travail en collaboration. De plus, cette initiative a participé au savoir-devenir de l'équipe de Stella qui a su intégrer quelques résultats de nos analyses conjointes afin de soutenir et bonifier leurs argumentations dans la formulation de demandes de subvention permettant de poursuivre les actions prioritaires de l'organisme. Enfin, bien que le savoir-faire de l'équipe de Stella ait été plus ou moins influencé par ce projet, il n'en demeure pas moins que mes proches collaboratrices ont acquis certaines connaissances et habiletés leur permettant d'aborder autrement leurs interventions individuelles en prévention du VIH et, de plus, d'élucider d'autres situations considérées problématiques.

Ce faisant, il est intéressant de signaler que les apprentissages locaux effectués à travers une démarche se voulant conviviale et encadrée de manière à assurer une certaine qualité ne se sont pas limités aux proches collaboratrices du projet ni à la question du VIH. En effet, bien que ce soient surtout les co-chercheuses qui semblent avoir bénéficié de notre initiative, certains apprentissages ont tout de même été transférés et reconfigurés en fonction des besoins de l'ensemble de l'équipe de Stella. D'où le potentiel de transférabilité et de généralisation praxique inhérent à la recherche participative.

Deuxièmement, ce projet empirique a produit une richesse de données significatives pour l'amorce d'une théorisation portant sur le concept de vulnérabilité. Dès lors, outre une démonstration de la démarche systématique et cyclique que comporte une analyse qualitative tentant de satisfaire des critères de qualité généralement admis dans le domaine, il a donc été possible de témoigner du potentiel de développement de savoirs théoriques à partir d'une initiative de recherche participative.

À titre de rappel, il s'agit d'une théorisation émergeant des résultats d'une analyse qualitative approfondie, incorporant les résultats de notre analyse conjointe, validée par une diversité d'écrits consultés et élaborée selon une perspective systémique de la complexité. Cette dernière orientation a tout particulièrement été fructueuse. Elle a notamment permis de conceptualiser la qualité dynamique du processus de vulnérabilité, ainsi que la récursivité des influences entre le monde vécu (d'exclusions) et l'action humaine (régulatrice). De plus, la boucle d'autonomisation du système-sujet dans laquelle s'inscrit la vulnérabilité n'aurait pas acquis tout son sens en dehors de cette vision systémique. Les modèles proposés aux Figures 11 (cf page 206), 12 (cf page 228) et 13 (cf page 256) permettent donc, d'une part, d'expliquer les composantes constitutives du concept de la vulnérabilité, que ce soit en matière de vulnérabilité au VIH ou vraisemblablement en regard d'autres problématiques ; et d'autre part, d'enrichir une certaine compréhension des dynamiques d'exclusion et de régulation en jeu et ainsi faciliter l'interprétation du vécu des personnes vulnérables. Par ailleurs, il a été possible de situer ce phénomène dans une finalité d'intervention positive, soit celle d'autonomie, comportant par le fait même des pistes d'action à privilégier en santé publique.

Brièvement, au terme de l'analyse entreprise ici, il appert que le phénomène de la vulnérabilité est issu d'un ensemble inter-relié de systèmes de croyances (*à contresens*), d'un monde vécu (*d'exclusions*), de projets (*(dé)constructeurs et en interférence*) et de pratiques (*(dé)réglées*) dont la configuration change dans le temps et l'espace, et dont la conjonction engendre une expérience vécue d'exclusion ainsi qu'une certaine incapacité de

régulation ou d'adaptation-transformation du sujet. Ceci étant, il s'avère que l'action visant à contrer la vulnérabilité devrait consister à œuvrer en interdépendance auprès et avec des populations vivant l'exclusion afin de renforcer et soutenir le développement de leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur potentiel d'autonomie. Cette interdépendance implique, notamment, de bien saisir et tenir compte des systèmes de croyances, du monde vécu, des pratiques et des projets de l'ensemble des acteurs concernés par l'état de vulnérabilité des sujets. D'où la proposition suivante : l'action en santé publique auprès de populations vulnérables gagne à être ancrée dans une pratique participative facilitant la collaboration et l'(inter)action entre une pluralité d'acteurs.

Le troisième ordre d'apprentissage procède de la démarche de théorisation et tout particulièrement de la dernière assertion. En effet, puisque l'état de santé de populations vulnérables constitue un des pôles d'intérêt des acteurs de la santé publique, que ce soit par exemple sous le thème des inégalités de santé ou celui des conditions de vie des personnes âgées, il s'ensuit que les concepts inter-reliés de vulnérabilité et d'autonomie proposés au terme de ma démarche de théorisation semblent être des points d'ancrage vitaux, voire critiques, à partir desquels développer des éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique. Vitaux puisqu'ils permettent d'intégrer les discours contemporains de partenariat et d'engagement auprès de communautés confrontées à des problèmes complexes et préoccupants en santé publique afin de soutenir la capacité des individus et des collectivités de transiger avec ces problèmes ; et critiques puisqu'ils requièrent, tel qu'en a témoigné mon expérience d'un projet de recherche participatif, une prise de conscience ainsi que des modifications de nos façons d'être, de faire, de savoir et de devenir¹ pour le développement de savoirs et d'actions crédibles.

Somme toute, ce projet participatif a donné lieu à des apprentissages pertinents en regard des finalités énoncées dans l'introduction de cette deuxième partie de la thèse. Cependant, au-delà de la reconfiguration de savoirs qui ont permis d'envisager et de justifier des pistes d'intervention renouvelées chez Stella, il reste que la mise en œuvre d'actions de concert avec des prostituées de rue en vue de contrer leur vulnérabilité au VIH dans l'optique d'améliorer leurs conditions de vie et de travail est demeurée en suspens au terme du projet empirique. Cette finalité aurait apparemment nécessité davantage de suivi de ma part ainsi que des conditions plus propices à la mise en œuvre d'actions engagées auprès des prostituées de rue. Il n'en demeure pas moins que d'autres initiatives comme celle-ci demeurent faisables chez Stella compte tenu des apprentissages effectués et la philosophie de l'organisme. Par exemple, une initiative participative visant à faciliter le transfert et

¹ Il s'agit d'éléments sur lesquels je reviendrai à la troisième partie de la thèse.

l'appropriation des connaissances théoriques développées ici autour du concept de vulnérabilité serait envisageable dans la mesure où de nouvelles phases de préparation et d'accompagnement seraient amorcées. De plus, la prise de conscience qu'aura permis ce projet quant à l'efficacité mitigée de certains mécanismes de recrutement auprès de la clientèle concernée pourrait être favorable à une réflexion sur de nouvelles modalités à privilégier. À la fin, il est fort probable que les acquis accumulés au fil de démarches participatives supplémentaires auront plus de chances de donner lieu à des actions plus concrètes étant donné les possibilités d'intégration et d'expérimentation en contexte que procure la recherche participative (Tolley & Bentley, 1996 ; Wadsworth, 2001).

ORIGINALITÉ

Je l'ai déjà mentionné, ce projet participatif est, selon toute apparence, original et unique en ce qui concerne la problématique et la clientèle considérées. De plus, je n'ai pas trouvé d'autres projets ayant arimé les différentes formes d'analyse pratiquées ici et dont l'imbrication avait pour triple objectif de contribuer au développement de savoirs et d'actions locales ainsi qu'à des reconfigurations théoriques. Cette initiative témoigne, en fait, des nombreuses possibilités que comporte une démarche participative pour le domaine de la santé publique, où les acteurs doivent souvent tenter d'intégrer les axes de la recherche et de l'intervention afin de procéder à la construction de savoirs ayant des implications tant pour l'action que pour la théorie.

Par ailleurs, ce projet a donné lieu à des modèles novateurs dans leur conception, des formulations similaires n'ayant pas été repérées ailleurs. La force de ces modèles réside dans leur disposition à rendre compte de la complexité du phénomène de la vulnérabilité, tout en étant suffisamment intelligibles pour identifier des points d'ancrage permettant de structurer et d'orienter l'action ainsi que d'entreprendre des réflexions théoriques supplémentaires. Aussi, les concepts sont développés en fonction d'un modèle conceptuel organisateur clairement identifié, ce qui aide à orienter l'élaboration des idées sans toutefois en déterminer la nature. Enfin, les notions avancées n'étant pas limitées à une discipline particulière, il est alors possible de conjuguer des idées provenant de plusieurs domaines, d'où le potentiel d'élargir, voire même d'outrepasser, le paradigme biomédical dominant en santé publique.

Évidemment, les notions de « référentiel temps-espace-forme » et de « projets en interférence » sont peu mentionnées dans la littérature en santé. Pourtant, ce sont précisément ces éléments qui permettent de souligner l'aspect dynamique de phénomènes

vivants ainsi que les apports particuliers au monde vécu d'une pluralité d'acteurs. En effet, loin de subir notre existence, nous évoluons non seulement en fonction du temps qui passe et de l'espace, mais également en fonction de la nature et de la forme des expériences que nous construisons et qui nous reconstruisent. Par ailleurs, la notion de projet s'avère essentielle pour rendre compte des finalités poursuivies par les sujets, lesquelles sont fonction, récursivement, de l'individualité de chaque personne et de son monde environnant. Ce faisant, les idiosyncrasies particulières des individus inscrivent, inévitablement, une part d'inintelligibilité dans les modèles, confirmant ainsi l'impossible simplification de la complexité du phénomène de la vulnérabilité(-autonomie) ainsi que l'irréductibilité de la dynamique d'interdépendance des acteurs au cœur d'une pratique participative en santé publique.

Finalement, la présente modélisation ajoute une perspective nouvelle en promotion de la santé. Tel que déjà souligné, la pensée complexe systémique nous amène à envisager le concept d'autonomie, plutôt que celui d'*empowerment*, comme étant davantage en alignement avec l'idéologie participative avancée par le discours contemporain en promotion de la santé. Cette alternative s'avère particulièrement intéressante puisqu'elle ajoute une certaine substance à un champ qui cherche, depuis quelque temps, à élucider ses fondements théoriques afin d'informer et d'appuyer plus encore l'action en santé publique (Dean, 1996 ; McQueen, 1996).

POSSIBILITÉS D'APPROFONDISSEMENT THÉORIQUE

L'élaboration théorique amorcée ici étant plutôt novatrice en santé publique, il importe tout de même d'approfondir davantage le sens des deux concepts centraux de vulnérabilité et d'autonomie.

D'une part, puisqu'il s'agit d'un moteur important de l'intervention en santé publique ayant peu fait l'objet de théorisation, le concept de vulnérabilité devrait être soumis à des analyses supplémentaires. À cet égard, bien que les modèles proposés ici soient en apparence transférables à d'autres contextes que celui de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH, ils devraient être examinés à la lumière d'autres initiatives auprès de populations différentes, ceci afin d'établir plus encore leur crédibilité et de leur apporter des nuances significatives pour l'action. Par exemple, une exploration participative portant sur le phénomène de la vulnérabilité¹ avec un groupe de femmes moins marginalisées que les

¹ Soit la vulnérabilité à un problème de santé particulier ou encore la vulnérabilité vécue durant un processus normal de la vie comme, par exemple, le vieillissement.

prostituées de rue et ayant déjà à leur disposition certaines habiletés favorables à l'analyse critique de leur situation permettrait à la fois, de valider et de poursuivre la présente élaboration théorique. De plus, dans la mesure où les partenaires concernées seraient en meilleure position pour se mobiliser et s'engager dans des actions visant à transiger avec, voire contrer leur vulnérabilité, il serait alors également possible de développer davantage notre compréhension du phénomène de la vulnérabilité à travers l'action.

D'autre part, j'ai déjà souligné l'importance de poursuivre un examen approfondi du concept d'autonomie à la lumière des constructions théoriques élaborées au sein de diverses disciplines, notamment en sciences sociales et en sciences humaines. Cependant, il importe tout autant d'en élucider le sens en relation avec le concept de santé, et ce sur les plans théorique et empirique. À prime abord, il semble bien que l'autonomie constitue tant une expression qu'un régulateur de la santé positive et de l'actualisation de soi (Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996). Il s'avère donc pertinent de valider et de justifier davantage l'inclusion de ce construit dans le discours et la pratique de la santé publique. Par extension, une attention particulière devrait également être portée aux éléments d'adaptation et de transformation proposées ici en tant que points d'ancrage pour l'action. La notion de transformation du monde vécu en vue de potentialiser l'actualisation de soi, sans qu'il y ait nécessairement présence d'adversités avec lesquelles composer, devrait surtout être développée davantage. Il s'agit d'une capacité constructive dont il est peu fait mention dans la littérature en santé comparativement aux concepts s'apparentant aux notions d'adaptation et de transformation de systèmes-sujets face à l'adversité (cf chapitre septième).

Ce faisant, et toujours dans l'optique d'une pensée systémique, dans la mesure où les concepts de vulnérabilité et d'autonomie seront raffinés, il importera alors de poursuivre le processus de modélisation déjà entrepris. Ceci permettra, notamment, de reconfigurer la boucle dynamique reliant ces deux concepts afin de s'assurer de l'intelligibilité des savoirs construits et de la pertinence des actions envisagées.

Enfin, en cette ère de volonté de prise de décision fondée sur des données probantes, une fois les concepts et leur signification plus élaborés, il pourrait être intéressant d'explorer la faisabilité de développer des indices de vulnérabilité et d'autonomie des individus et des communautés. De tels indices permettraient de mieux comprendre où se situent les individus et les collectivités à l'intérieur de la boucle vulnérabilité-autonomie. Aussi, en autant que ces indices rendraient explicite l'évolution et l'inter-relation des systèmes de croyances, du monde vécu, des projets et des pratiques des acteurs concernés, il serait alors

possible d'identifier des zones prioritaires d'intervention et d'évaluer la pertinence ainsi que l'efficacité de nos actions.

QUELQUES IMPLICATIONS PRATIQUES

Les principales implications pratiques de ce projet sont de trois ordres : celles relatives à la pratique de la recherche participative en santé publique ; celles ayant trait à la prévention du VIH ; et celles concernant l'intervention des acteurs de la santé publique auprès de populations vulnérables.

LA PRATIQUE DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

En ce qui concerne la pratique de la recherche participative, ce projet empirique confirme plusieurs des défis nommés au troisième chapitre, notamment ceux qui se posent pour les chercheurs-intervenants en santé publique. Par exemple, cette initiative souligne l'importance d'un engagement prolongé empreint de créativité et de souplesse afin de poursuivre les finalités envisagées. Elle signale également l'importance d'accorder une attention soutenue à l'esprit du groupe afin de maintenir une dynamique de collaboration, ainsi que d'instaurer une phase préparatoire pour faciliter le processus de la participation. Cependant, deux points méritent ici une attention particulière : la question du recrutement et le suivi éthique que requiert cette forme de recherche.

D'une part, il en a été fait mention à plusieurs reprises, le recrutement de participantes supplémentaires à notre groupe de discussion a été une étape fort laborieuse et, somme toute, peu productive. Bien que la participation de travailleuses du sexe aux activités de Stella, notamment celle de prostituées de rue, demeure un défi important, il semble néanmoins possible de favoriser l'implication de *représentantes* de populations marginales dans des initiatives participatives en santé (à titre d'exemple, voir De Koning & Martin, 1996). Rétrospectivement, on peut comprendre cette faible participation étant donné l'importance secondaire de la problématique du VIH dans la vie tumultueuse des prostituées de rue vulnérables. Par ailleurs, mes co-chercheuses en étaient à leurs premières armes dans l'élaboration d'une activité organisée avec ces femmes. Cette expérience confirme donc l'importance, maintes fois répétée dans la littérature, de travailler sur des problématiques significatives pour les acteurs concernés et de s'engager auprès d'intervenants expérimentés. En revanche, ces conditions n'étant pas toujours présentes, il importe alors d'envisager l'implication que requiert la recherche participative dans une perspective à long terme, particulièrement lorsqu'il est question de populations marginales, et de viser l'atteinte de petits succès pour stimuler la poursuite de la démarche.

D'autre part, ce projet porte à réfléchir sur les modalités à envisager afin d'assurer une démarche qui puisse satisfaire les exigences de l'éthique en santé publique. Puisqu'un projet participatif doit être formulé avec plusieurs acteurs à travers de multiples apprentissages et l'action, ce qui le rend virtuellement ouvert à des modifications en fonction des événements et des intérêts, ressources et capacités des co-participants, il importe alors de clarifier les mécanismes et les balises à respecter en matière d'éthique. À cet égard, il ne semble pas y avoir de modèles bien établis à ce jour, que ce soit en santé publique ou dans d'autres domaines d'action (D. Roy, communication personnelle, octobre 1996 ; Lincoln, 2001). Dans notre cas, étant donné la nature évolutive de notre démarche, il a été convenu que nous devions consulter notre comité d'éthique à chaque fois qu'un développement majeur serait apporté au projet afin d'obtenir un avis et une approbation. Ce faisant, même si la nécessité de revoir le comité ne s'est pas présentée, cette recommandation soulève des questions quant à la forme que devrait prendre un tel suivi et quant aux dimensions autour desquelles ce suivi devrait s'articuler.

En ce qui concerne la forme du suivi éthique, il importe qu'il ne soit pas perçu comme une ingérence dans la conduite d'un projet ou en tant que mécanisme de contrôle, comme ce fut notamment le cas pour mes co-chercheuses. Par ailleurs, il importe également que ce suivi se fasse dans le respect de normes déontologiques généralement admises en santé publique. Il serait, en l'occurrence, souhaitable d'établir des mécanismes d'accompagnement favorisant l'atteinte d'une compréhension mutuelle des finalités poursuivies par chaque parti ainsi que des principes et valeurs guidant leurs actions respectives. Les sujets-acteurs de la recherche participative seraient ainsi sensibilisés aux cadres éthiques en usage ; et les comités responsables de questions éthiques en santé publique pourraient acquérir une meilleure compréhension des réalités du terrain et ainsi revisiter leurs cadres en fonction de ce monde vécu. Dans la logique d'une pratique participative, cet accompagnement devrait, idéalement, débiter à la phase préparatoire d'un projet participatif. Cette étape complétée, les acteurs en présence pourraient ensuite déterminer conjointement les modalités du suivi dans le respect d'une conduite éthique, sans toutefois alourdir le processus inutilement. Selon toute vraisemblance, la forme de ce suivi dépendra des dimensions retenues comme étant importantes à considérer – d'où la possibilité de façonner un suivi éthique particulier à chaque projet.

Évidemment, ce suivi devrait porter sur les aspects éthiques de la recherche en soi. Cependant, puisque la recherche participative comporte également des implications pour l'action, voire même pour le développement de politiques publiques dans certains cas, ce

suivi devrait également porter sur l'éthique de l'intervention¹ ainsi que sur l'éthique publique, soit les deux autres domaines principaux de la bioéthique (Dallaire, 1998 ; Roy, Williams, Dickens, & Baudoin, 1995). Ainsi, comme en témoignent certaines grilles permettant d'évaluer l'adéquation de démarches de recherche participative (Allman, Myers, & Cockerill, 1997 ; Green, et al., 1995), et à la lumière des critères d'authenticité privilégiés ici, le suivi éthique d'un projet participatif ne devrait pas porter que sur les moyens adoptés pour la conduite de la recherche. Il devrait tout autant porter sur les conséquences et sur les aboutissements de la recherche dans le respect des valeurs des individus, des collectivités et des institutions concernés.

Dans notre cas, le comité d'éthique s'est prononcé sur la dimension éthique des procédures de recherche et ce selon une perspective relativement traditionnelle si l'on se fie au code d'éthique de recherche novateur développé dans le cadre de l'évaluation participative du projet communautaire de prévention du diabète à Kahnawake (Macaulay et al., 1998). Ce dernier constitue un instrument fort intéressant pour des projets participatifs puisqu'il clarifie, notamment, les obligations des divers partis ainsi que les questions relatives à la propriété des données, à la diffusion des résultats et à la résolution des dissensions lors de la production de publications. En revanche, ni cette entente longuement négociée ni la nôtre ne rendent compte de principes éthiques relatifs à la forme et aux conséquences des actions et des politiques publiques pouvant résulter du projet². Pourtant, l'interconnexion et la réciprocité des divers acteurs collaborant à une initiative participative donnent lieu à un contexte propice à l'intérieur duquel nos codes de conduite déontologiques peuvent être repensés dans le respect des projets et des circonstances historico-politico-sociales de l'ensemble des acteurs engagés et touchés par un projet et ses dérivés (Christians, 2000 ; Gaventa & Cornwall, 2001 ; Oleson, 2000 ; Rowan, 2001).

En résumé, bien qu'il y ait très peu de balises en la matière, il importe que l'évaluation éthique de projets de recherche participative en santé publique soit repensée, notamment en termes de modalités d'accompagnement à mettre en œuvre, dans le respect de la pluralité des finalités et des valeurs de tous les partis impliqués, pour assurer un suivi éthique de l'activité de recherche en soi et des interventions et politiques publiques qui s'ensuivent. Ce faisant, le processus participatif étant évolutif et riche en émergences, l'articulation de tels codes de conduite devra nécessairement s'inscrire dans un processus dialogique et continu,

¹ En général, il est plutôt fait mention d'éthique « clinique ». Cependant, puisque l'action de la santé publique se situe au niveau des populations et des communautés, j'ai modifié le terme sans pour autant avoir l'intention d'en modifier le sens.

² À cet égard, il appert que notre « Charte des valeurs » présentée à l'annexe 5 constitue un point de départ.

idéalement avec des représentants des divers types d'acteurs... d'où le potentiel d'un défi supplémentaire pour les équipes de santé publique !

LA PRÉVENTION DU VIH

En ce qui concerne la question de la prévention du VIH, nos analyses et les modèles proposés soulignent l'importance d'envisager tant des influences sociostructurelles que psycho-individuelle sur l'état de vulnérabilité des individus et des groupes à cette infection. À l'image des écrits recensés, l'action en prévention du VIH se doit donc d'intégrer des interventions faisant appel à la contribution active d'instances politiques, sociales et économiques hors du champ traditionnel de l'exercice de la santé publique afin d'amorcer de véritables transformations dans le cours de l'épidémie. Cette orientation constitue d'ailleurs une perspective privilégiée par l'agenda du mouvement de santé des populations qui exerce désormais une influence importante sur l'action projetée en santé publique au Canada (Frankish, Veenstra, & Moulton, 1999 ; Hayes, 1999). L'intervention en prévention du VIH se doit donc d'être multidimensionnelle. Ce n'est plus une question de choix. Il s'agit d'un impératif fondamental.

L'INTERVENTION DES ACTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

En ce qui concerne la pratique des acteurs de la santé publique auprès de populations vulnérables, trois points méritent d'être soulignés. Premièrement, les propositions formulées ici nous invitent à ajuster la manière de percevoir les individus et les groupes vulnérables. Nous sommes conviés, en particulier, à reconnaître les capacités d'adaptation, de réflexivité, d'autodétermination, de créativité et de transformation des personnes vulnérables, donc leur potentiel d'autonomisation. Il s'agit alors de discerner, légitimer et favoriser l'expression de leurs expertises diverses, plutôt que de se préoccuper principalement de leurs faiblesses, leurs déficiences et leurs besoins.

Deuxièmement, le type d'action auquel nous convie la modélisation élaborée ici – en particulier le développement des compétences d'adaptation des personnes vulnérables et leur habilitation afin qu'ils soient en mesure de participer à la transformation de leur monde vécu – peut certes comporter, tel que mentionné au terme du chapitre huitième, des conséquences non négligeables pour les chercheurs-intervenants de la santé publique. Les transformations engendrées, que ce soit pour faire face à l'adversité ou pour potentialiser l'actualisation de soi, peuvent notamment s'avérer provocantes et déséquilibrantes à de multiples niveaux structurels et relationnels. Il importe alors de s'outiller afin de gérer les transitions, et même les contestations, les bouleversements et l'exclusion vulnérabilisante que peuvent induire nos interventions, tant à notre égard qu'à celui d'autres acteurs.

Enfin, en continuité avec ces derniers propos, il est alors essentiel de ne pas se limiter à la considération des systèmes de croyances, du monde vécu, des pratiques et des projets des personnes et des groupes considérés vulnérables, comme c'est souvent le cas (Freire, 1998). Il est tout aussi important que les acteurs œuvrant auprès et avec des groupes vulnérables entreprennent une analyse critique de leurs propres systèmes de croyances, monde vécu, pratiques et projets. Une telle démarche s'avère essentielle afin d'élucider et de comprendre les différents rapports de force qui contribuent à la vulnérabilisation, et particulièrement afin de discerner la manière dont nous contribuons, en tant qu'intervenants, à ces rapports de force. Évidemment, il s'agit là d'un exercice difficile qui requiert une certaine humilité. Toutefois, afin de favoriser l'émergence d'une interdépendance productrice d'autonomie, voire ce que j'ai nommé plus tôt une conjonction réciproque et respectueuse des systèmes de croyances, des projets, des pratiques et du monde vécu de l'ensemble des acteurs concernés et engagés, il nous incombe de mettre en lumière, voire de réviser les positions à partir desquelles nous agissons... ce qui peut alors nous amener à transformer le cadre de référence à partir duquel s'articulent nos façons d'être, de savoir, de faire et de devenir en santé publique.



TROISIÈME PARTIE DE LA THÈSE

VERS UN PARADIGME DE LA
PARTICIPATION
EN SANTÉ PUBLIQUE

INTRODUCTION

À titre de rappel, l'objectif principal de cette thèse consiste à formuler un cadre conceptuel général pour orienter les chercheurs et les intervenants en santé publique dans l'actualisation d'une pratique participative qui permet de conjuguer leurs rôles d'orchestrateurs et d'acteurs-participants dans l'exercice de leurs fonctions essentielles et réciproques de recherche et d'intervention. Ce cadre de référence devrait, notamment, rendre compte d'éléments de théorie et de méthode à partir desquels orienter l'identification, la structuration et l'analyse de problématiques en santé publique et, de plus, soutenir la formulation de stratégies d'intervention participatives destinées à améliorer la santé des individus et des collectivités. Il s'agit donc de contribuer, un tant soit peu, à un élargissement des bases sur lesquelles reposent les manières de savoir et de faire en santé publique et dont procèdent un savoir-être et un savoir-devenir qu'il importe également d'explicitier.

Cette dernière partie de la thèse comprend un seul chapitre qui expose, en premier lieu, une synthèse des principaux éléments formant l'armature d'un cadre conceptuel général destiné à favoriser une pratique participative en santé publique. Au nombre de quatre, chacune des dimensions principales de ce cadre de référence est précisée en fonction des trois autres à la lumière des arguments développés et des apprentissages effectués à travers cette thèse. Par la suite, le modèle émergent est présenté puis qualifié en termes de pertinence pour la pratique contemporaine en santé publique. Mon exposé prend fin avec l'énoncé des principales possibilités de suivi pouvant contribuer au développement d'une pratique participative en santé publique et au raffinement de cette modélisation.

CHAPITRE DIXIÈME

UN CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL POUR UNE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

Partant de la Figure 14 présentée au chapitre huitième¹ (cf page 272), il incombe de procéder ici à la re-formulation de ce modèle afin de rendre plus explicite les dimensions essentielles d'un cadre de référence destiné à concevoir, développer et soutenir une pratique participative en santé publique. Il ne s'agit pas pour autant de discréditer cette première proposition de modèle. Il importe plutôt de faire ressortir les dimensions fondamentales inhérentes à l'articulation et aux dynamiques de ce modèle, lesquelles dimensions sont retenues ici à titre d'éléments structurants d'un cadre conceptuel général pour une pratique participative en santé publique. Le principal défi de cette synthèse consiste à rendre compte des liens d'interdépendance et de récursivité entre chacune des parties de ce cadre en évitant, toutefois, de tomber dans le piège des redondances excessives. Par ailleurs, il importe de rendre intelligible le complexe émergent où le « tout » se retrouve dans chacune de ses parties, est plus que la somme de ses parties et demeure en (r)évolution continue (Morin, 1982).

ÉLÉMENTS STRUCTURANTS D'UN CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL POUR UNE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

PREMIER ÉLÉMENT : L'ACTUALISATION DE PROJETS COLLECTIFS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ

La volonté d'actualisation de projets collectifs en vue de promouvoir la santé des individus et des communautés constitue le premier point d'ancrage constitutif du cadre conceptuel élaboré ici. Il s'agit d'une finalité essentielle qui permet d'intégrer le discours contemporain de la participation en santé publique puisqu'elle comporte le potentiel de favoriser la collaboration d'une pluralité d'acteurs au développement du capital santé des individus et des groupes concernés. Plus encore, la poursuite de cette finalité permet de justifier et de concourir au développement des manières de savoir, de faire et d'être des divers acteurs-participants engagés dans une pratique participative.

D'une part, en ce qui concerne les manières de savoir, les propos de cette thèse soulignent, de différentes façons, que la collaboration qu'occasionne la mise en œuvre de projets collectifs pertinents requiert la juxtaposition et la conjugaison des systèmes de croyances, des projets, des pratiques et des réalités d'une diversité d'acteurs-participants en vue de générer et d'élaborer, à travers l'(inter)action, des savoirs nouveaux, renouvelés et contextualisés, à la fois d'ordre conceptuel et pratique. Dès lors, la poursuite de projets

¹ Il s'agit, je le rappelle, d'une schématisation proposant un premier modèle pour une pratique participative en santé publique.

collectifs pour la santé *invoque* une épistémologie s'apparentant davantage à la famille des constructivismes pour le développement de savoirs et d'actions novateurs et appropriés en santé publique plutôt qu'une épistémologie privilégiant la production et l'application de connaissances objectives formulées par des experts évoluant en marge des (inter)actions sur le terrain. Ce faisant, et en retour, la réalisation de ces projets collectifs constitue une opportunité propice au développement d'une épistémologie constructiviste spécifique à la santé publique, en fonction des manières de faire, d'être et de devenir qu'implique une pratique participative dans ce champ d'action particulier.

D'autre part, puisque l'actualisation de projets collectifs pour la santé requiert, comme l'ont démontré les propos de cette thèse, la participation soutenue des chercheurs-intervenants de la santé publique, cette finalité contribue tout autant à l'acquisition de compétences et à la génération de savoirs-faire particuliers. La poursuite de projets collectifs concourt, notamment, au développement d'habiletés permettant d'entreprendre la construction de connaissances et l'élaboration d'interventions tout en conjuguant avec les défis que présente la participation en santé publique. Dans les pages qui suivent, je reviendrai sur quelques aspects qu'il importe de considérer pour le développement d'un savoir-faire propre à une pratique participative en santé publique, ceci afin de compléter les propos du chapitre précédent portant sur la pratique de la recherche participative.

Enfin, puisque l'actualisation de projets collectifs pour la santé repose sur la contribution d'acteurs-participants travaillant en nécessaire interdépendance, et puisque la dynamique d'interdépendance est constitutive de l'autonomie des acteurs, il s'ensuit que la poursuite de projets collectifs comporte le potentiel de contribuer au développement des autonomies respectives des partenaires engagés. Plus particulièrement, à travers la revalorisation, la reconnaissance et l'incorporation des contributions de chaque parti en (inter)action, la poursuite de projets collectifs en santé publique peut concourir à l'affirmation de l'identité intrinsèque de chacun des sujets¹ et à la vitalité de leur existence même, lesquelles sont distinctives, selon Varela et Maturana (dans Mingers, 1989), d'un processus d'autonomisation. Fait à signaler, ce processus d'autonomisation constitue, récursivement, une assise au développement d'un savoir-être favorable au maintien et à la complexification de liens d'interdépendance et de collaboration nécessaires tant à l'actualisation du potentiel de chaque sujet qu'à l'actualisation de projets collectifs. Dans la mesure, toutefois, où les liens d'interdépendance deviennent constitutifs d'exclusion et de vulnérabilité, il peut s'agir là d'une indication qu'il y a entorse à la finalisation participative projetée.

¹ Une des participantes du projet empirique a d'ailleurs fait mention de cette expérience au terme de notre démarche (cf chapitre huitième).

En résumé, l'actualisation de projets collectifs pour promouvoir la santé constitue une finalité essentielle de la pratique participative en santé publique. Cette finalité permet de guider la mise en œuvre et le devenir du discours de la participation en santé publique ; comporte le potentiel de contribuer au développement d'une épistémologie constructiviste spécifique à la santé publique ; concourt au développement de savoirs-faire et d'habiletés de recherche et d'intervention participatives propres à ce domaine d'action ; et renforce le développement des autonomies des acteurs engagés.

DEUXIÈME ÉLÉMENT : UNE ÉPISTÉMOLOGIE CONSTRUCTIVISTE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

À n'en point douter, cette thèse indique que le constructivisme (projectif) s'avère légitime et fructueux pour appuyer une pratique participative en santé publique. Non seulement son épistémologie subjectiviste et pragmatiste ainsi que sa méthodologie dialogique et réflexive permettent-elles de relever le défi de la gestion de la pluralité des contributions d'une diversité d'acteurs-participants en (inter)action pour le développement de savoirs favorables à l'actualisation de projets collectifs pour la santé. Mais, de plus, l'ontologie pluraliste du constructivisme ainsi que ses méthodes de conjonction, de synthèse et de modélisation systémique, permettent d'appréhender et de rendre intelligibles les problèmes complexes pouvant faire l'objet de projets collectifs en santé publique (comme celui de la vulnérabilité au VIH par exemple). Par ailleurs, l'orientation téléologique du constructivisme permet d'envisager la mission transformatrice et le parti-pris interventionniste que peut impliquer la finalisation de projets collectifs en santé, notamment lorsqu'il est question d'agir sur des déterminants sociostructurels en vue de promouvoir la santé des individus et des collectivités. En somme, il s'agit d'une épistémologie qui incorpore un processus synchrone de construction de savoirs conceptuels et praxiques à partir desquels les acteurs impliqués peuvent piloter des actions collectives autour de problèmes complexes – lesquelles actions peuvent contribuer, récursivement, à la transformation du monde vécu des acteurs ainsi qu'à des projets de co-production de savoirs novateurs en santé publique.

En contribuant au devenir d'une pratique participative en santé publique, il s'avère qu'une épistémologie constructiviste peut également favoriser le processus d'autonomisation des acteurs impliqués. Il en est ainsi, notamment, puisque les savoirs développés visent à rendre plus intelligible la complexité des problèmes qui se posent et plus « intelligentes » les actions destinées à transiger avec ces problèmes (Le Moigne, 1990). De ce fait, les acteurs impliqués acquièrent une capacité accrue de comprendre et d'agir dans leur monde vécu – une capacité qui, en soi, s'avère constitutive d'un savoir-être favorable à la (ré)génération

de leur autonomie puisqu'elle leur permet d'accroître leur degré d'interdépendance avec les impératifs du terrain et de s'aligner davantage avec les réalités de leur monde vécu¹. Par ailleurs, puisque le constructivisme implique un processus collaborateur de développement de savoirs entre co-participants, ce qui requiert l'aménagement de liens de travail fructueux, il en résulte un potentiel de savoir-être favorable à l'harmonisation d'une interdépendance collaboratrice d'autant plus (re)productrice d'autonomie. Bref, les savoirs acquis selon une épistémologie constructiviste consolident tant la capacité de comprendre et d'agir dans le monde, que la capacité d'(inter)agir positivement avec autrui et le monde environnant, d'où le potentiel accru d'autonomisation des acteurs participants.

Pour le reste, j'ai déjà souligné au chapitre troisième que, d'une part, les principes du constructivisme s'accordent avec la méthodologie de recherche participative et que, d'autre part, les préceptes du « nouveau paradigme participatif de la recherche-action » en émergence rappellent les fondements du constructivisme projectif de Le Moigne (1990). Telle que conçue ici, il s'avère donc concevable qu'une épistémologie constructiviste puisse concourir au développement de savoirs-faire nécessaires à une pratique participative de développement de savoirs et d'actions en santé publique. Par exemple, la rencontre de divers sujets en (inter)action que comporte une épistémologie constructiviste nécessite l'élaboration de méthodes de discussion, d'accompagnement et de collaboration permettant de stimuler et de soutenir l'engagement que requiert une pratique participative.

Ceci dit, il est intéressant de noter que le nouveau paradigme participatif en émergence, bien qu'évoquant les paramètres du constructivisme, n'est pas d'emblée nommé constructiviste. En effet, les Américains Lincoln et Guba, principaux promoteurs du constructivisme dans l'univers anglo-saxon des sciences sociales², prennent le soin de différencier, malgré leurs affinités, le paradigme constructiviste du paradigme participatif (Lincoln & Guba, 2000). Un examen attentif des propos de ces derniers indique, en particulier, que leur vision du constructivisme privilégie *avant tout* la production de connaissances ainsi que l'élucidation des multiples constructions *individuelles* du monde

¹ Par exemple, en réponse au faible achalandage du local de Stella, il a été fait mention plus tôt que les participantes à notre projet empirique ont fait usage de nouveaux savoirs acquis à travers cette initiative participative et constructiviste pour mener leur enquête sur les raisons pour lesquelles certaines catégories de travailleuses du sexe, autres que les prostituées de rue, ne fréquentaient pas l'organisme. Dans l'ensemble, cette expérience a procuré aux intervenantes une meilleure compréhension (intelligibilité) de leurs réalités de travail et a ainsi aidé à ajuster certaines de leurs actions pour davantage rejoindre d'autres travailleuses du sexe et assurer un meilleur alignement (ou un alignement plus « intelligent ») de leurs actions avec les réalités du terrain. Ce faisant, ces intervenantes ont pu développer une pratique un peu plus autonome et efficace au sein de Stella, régulant leur pratique en fonction d'une interdépendance plus fructueuse avec leur environnement.

² Univers largement publié à travers le monde, il va sans dire...

vécu plutôt que la co-construction de savoirs et l'amorce de transformations individuelles et collectives. Ce constructivisme qui bénéficie d'une large tribune met donc d'abord l'accent sur la production de connaissances, notamment à travers un processus itératif d'interprétation des diverses significations accordées au monde vécu, plutôt que sur l'action (Lincoln, 2001). Cette orientation pourrait d'ailleurs expliquer, du moins en partie, l'attention croissante accordée en recherche qualitative à l'analyse et à l'expérimentation de différentes formes de représentations, qu'elles soient textuelles ou autres, pour dégager et (re)construire des compréhensions renouvelées des multiples scénarios à partir desquels le monde vécu prend du sens pour ses acteurs. Il n'y a qu'à consulter la revue *Qualitative Inquiry* (publiée par Sage) pour constater le recours fréquent à la représentation textuelle sous toutes ses formes et à travers lequel les chercheurs tentent de raffiner leurs capacités interprétatives afin de (re)construire leurs perceptions de la réalité. Dès lors, il serait intéressant que des auteurs français tels Le Moigne et Morin soient lus par Lincoln et Guba¹, ne serait-ce que pour clarifier la dimension téléologique qui demeure absente de leurs propos. Quoiqu'il en soit, la percée de plus en plus évidente de la pensée systémique dans le domaine de la recherche-action (Flood, 2001) offre certainement une base solide pour développer davantage la question de l'intentionnalité des acteurs-constructeurs de connaissances – ce qui nous renvoie alors à l'irréductible réciprocity des processus de développement de savoirs et de poursuite de l'action dans le monde, où l'une et l'autre dimension s'avère essentielle à la vision constructiviste envisagée ici.

En somme, les propos et les apprentissages de cette thèse signalent qu'une épistémologie constructiviste s'avère propice pour consolider une pratique participative en santé publique. Bien qu'elle reste encore à développer en fonction des spécificités de la santé publique, cette épistémologie contribue, notamment, à la finalisation de projets collectifs pour la santé ; concourt au développement d'un savoir-être favorable à l'autonomisation des acteurs-participants ; et sert de base à l'élaboration de savoirs-faire qui engagent et soutiennent la participation des acteurs dans un processus réciproque de développement de savoirs et d'actions.

TROISIÈME ÉLÉMENT : LA RECHERCHE-PRACTIQUE PARTICIPATIVE

Il faut en convenir, les propos du chapitre troisième, le projet empirique de cette thèse et la modélisation théorique amorcée indiquent, chacun à leur manière, la pertinence d'une méthodologie de recherche participative en santé publique. Premièrement, cette approche donne lieu au développement d'une diversité de savoirs permettant de concevoir et de poursuivre dans leur complexité des projets collectifs pour la santé, notamment dans une

¹ Encore faut-il que les auteurs français soient considérés pour traduction par un auditoire anglo-saxon.

optique de promotion de la santé. Deuxièmement, l'idéologie émancipatrice de cette méthodologie témoigne d'une résonance certaine avec la finalité d'autonomisation des acteurs impliqués. Troisièmement, la mise en œuvre de projets de recherche participative constitue un lieu d'actualisation pour une épistémologie constructiviste en santé publique, voire ses développement et raffinement. Et, quatrièmement, cette approche permet d'accorder ses titres de noblesse à la recherche qualitative et d'entériner des critères différents de ceux traditionnellement utilisés pour établir la qualité d'une démarche de production de savoirs en santé publique. D'ailleurs, la place importante accordée à la recherche-action et à la recherche participative dans la récente édition du *Handbook of Qualitative Research* (Denzin & Lincoln, 2000) est témoin de la crédibilité croissante accordée à ces méthodologies.

Ceci étant, il importe de souligner qu'outre le potentiel qu'offre une méthodologie de recherche participative pour la gestion de la pluralité, la compréhension de la complexité, le développement de divers ordres de savoirs et la théorisation en santé publique, cette approche expose, de manière exemplaire, l'artificialité de la frontière généralement établie entre l'acquisition de savoirs et l'élaboration d'actions pertinentes. À cet égard, il est à noter que j'ai utilisé le terme de « chercheurs-intervenants » pour qualifier les acteurs de la santé publique engagés dans une pratique participative, où leurs savoirs-faire contribuent tout autant au développement de savoirs qu'à celui de l'action. Afin de souligner la part de ces deux finalités, il est proposé ici de qualifier ce savoir-faire particulier, lequel contribue à la formalisation d'une pratique participative en santé publique, de « recherche-pratique participative ».

La recherche-pratique participative se distingue de la « recherche appliquée » qualifiant une bonne partie des activités de la santé publique. Telle que conçue ici, la recherche-pratique participative est réalisée *avec* d'autres acteurs des groupes concernés ; elle accorde une place centrale à la construction de savoirs divers *et* à l'intervention ; privilégie le développement de savoirs locaux et transférables ; et admet l'imprévisibilité inhérente à sa démarche ainsi que la possibilité de conséquences inattendues. En revanche, la recherche appliquée est généralement réalisée par des chercheurs *pour* une collectivité donnée ; elle accorde une place centrale à la production de savoirs d'ordre conceptuel ; privilégie la vérification de théories et le développement de connaissances généralisables que les intervenants peuvent choisir ou non d'appliquer ; et, bien qu'elle admet la possibilité de conséquences inattendues, la recherche appliquée tente de contrôler les paramètres de la démarche pour assurer l'obtention des résultats projetés. En somme, ces deux formes de recherche produisent des résultats, mènent à des conséquences et s'inscrivent dans des

finalités *qualitativement* différentes, d'où la pertinence de l'apport de la recherche-pratique participative à la santé publique, en complémentarité à la recherche appliquée couramment mise de l'avant.

En ce qui concerne le savoir-faire propre à la recherche-pratique participative, il va sans dire que la littérature fait déjà état d'une diversité d'éléments de méthode et de consignes dont la plupart sont certainement applicables en santé publique¹. Ces manières de faire sont, je le rappelle, généralement conçues pour transiger avec les défis procédant de l'engagement et de l'implication des chercheurs-intervenants auprès d'une diversité d'acteurs, défis dont les principaux sont relevés au chapitre troisième, puis confirmés, pour la plupart, par l'expérience du projet empirique². Cependant, il importe de signaler ici quelques éléments de méthode supplémentaires dont il n'est que tangentiellement fait mention dans la littérature et qui s'avèreraient utiles, à la lumière de l'expérience du projet empirique, de spécifier pour la conduite d'une pratique participative en santé publique. Ces éléments réfèrent, en particulier, à l'initiation d'une démarche participative ; au rôle et à l'expérience du chercheur-intervenant, notamment durant la phase préparatoire d'un projet ; et au transfert de savoirs théoriques construits au monde de la pratique.

LA PHASE D'INITIATION : L'APPRIVOISEMENT

Il importe, à tout le moins, de prévoir une phase d'initiation suffisamment longue pour permettre un certain apprivoisement. D'une part, il est préférable que les différents partenaires prennent le temps de se présenter et de se connaître mutuellement. En ce qui me concerne, ce fut la première fois en tant que chercheuse que je me suis présentée non seulement sur un plan professionnel et académique mais également sur un plan personnel. Le degré de confort pour chaque personne étant différent, il n'y a évidemment pas de prescriptions précises à suivre. Seulement, cette façon de faire a permis d'établir un contact et des liens de confiance comme il m'était peu arrivé dans le cadre d'activités de recherche antérieures. Cette transparence est d'autant plus importante en présence de personnes issues de groupes marginalisés et pour lesquelles le sens de la participation peut revêtir une certaine ambiguïté étant donné leur expérience, souvent répétée, d'absence de réciprocité à leur égard (Gaventa & Cornwall, 2001).

¹ La preuve en est que je m'en suis abondamment inspirée.

² Qu'il s'agisse de « défis » s'avère, en partie, révélateur de l'effet persistant du schème de référence scientifique traditionnel qui récuse toute forme d'engagement au nom de l'objectivité et qui implique, en l'occurrence, la non-scientificité de l'approche participative. Toutefois, dans la mesure où la « recherche-pratique participative » constitue une activité délibérée suivant des règles explicites, s'appuyant sur des savoirs-faire particuliers, construisant ses propres expériences et produisant des connaissances qui se distinguent fondamentalement du mythe, de l'idéologie ou de la croyance religieuse, cette approche peut tout autant être qualifiée de scientifique (Joly, 1992).

D'autre part, outre l'importance de faciliter un certain apprivoisement des acteurs, la phase d'initiation devrait permettre un apprivoisement du projet en vue de favoriser son appropriation. Il incombe donc aux participants de discuter de l'idée et des enjeux motivant l'initiative envisagée en plus d'arrimer les finalités projetées aux attentes des différents partis. Dans notre cas, cet exercice a mené à l'élaboration d'une « Charte des valeurs » (annexe 5). Bien que cette dernière aurait pu faire l'objet d'un certain raffinement à la lumière de considérations éthiques reliées à l'intervention (cf chapitre neuvième), cet exercice a tout de même permis de fixer des balises acceptables pour l'ensemble des co-participantes et d'établir une base à partir de laquelle poursuivre notre travail.

Ce n'est qu'une fois ces phases d'apprivoisement franchies qu'il est alors approprié de se doter d'objectifs plus précis, de commencer à identifier les méthodes permettant le développement de savoirs et d'actions, de répartir les rôles et les responsabilités de chacun(e) en fonction de ses capacités et besoins et d'établir un échéancier. Bref, il est alors possible de passer à l'étape préparatoire du projet.

LA PHASE PRÉPARATOIRE : L'ACCOMPAGNEMENT

Peu décrite dans la littérature, la phase préparatoire n'est toutefois pas négligeable. Dans notre cas, environ six des huit mois alloués au projet directement chez Stella ont été consacrés à cette phase. Il s'agit donc de prévoir suffisamment de temps pour cette étape critique, notamment lorsqu'il est question de collaborer avec des personnes peu habituées à des modalités de développement de savoirs et d'actions. Afin de mieux informer le processus d'accompagnement que sous-tend cette phase préparatoire, j'offre ici trois ordres de considérations pour suppléer la littérature disponible et contribuer au savoir-faire des chercheurs-intervenants engagés dans une pratique participative en santé publique.

Premièrement, outre l'importance d'accorder de l'attention aux sphères cognitive, opérationnelle et émotionnelle proposées par Heron (1996) afin d'assurer, respectivement, une bonne compréhension de la démarche participative, l'apprentissage de techniques pour renforcer la capacité des participants à collaborer au développement de savoirs et d'actions ainsi qu'un climat de travail harmonieux, il importe également de considérer trois sphères d'accompagnement supplémentaires que je qualifierais ici « contextuelle », « ludique » et « de soutien » :

- La sphère contextuelle enjoint le chercheur-intervenant à s'assurer que la démarche encourue s'aligne tant avec l'histoire, les projets et les capacités des acteurs impliqués qu'avec la philosophie et les impératifs de leurs organismes d'attache ainsi que les contingences et conjonctures du monde dans lequel évoluent ces acteurs et leurs

organismes. Il s'agit donc de se préoccuper, dès le début d'un projet et tout au long de sa préparation, de son alignement avec divers ordres d'intérêts et d'enjeux. Ainsi, l'accompagnement ne devrait pas qu'être centré sur les besoins des acteurs face aux impératifs organisationnels, cognitifs et émotifs d'une initiative participative en soi (Heron, 1996). L'accompagnement doit également favoriser l'alignement du projet avec les éléments contextuels plus larges dans lesquels il s'insère.

- La sphère ludique signale l'importance pour le chercheur-intervenant de s'impliquer dans quelques activités divertissantes en compagnie des co-participantes afin d'entretenir les relations établies. Pour ma part, j'ai participé à une sortie au théâtre, préparé des dîners et été invitée à des séances de manucure chez Stella. Cette présence, bien qu'indirectement associée à notre projet, a été appréciée par mes co-chercheuses. De plus, ces activités furent instructives en ce qu'elles m'ont permis de prendre le pouls des réalités chez Stella et de faire connaissance avec plusieurs travailleuses du sexe qu'il m'aurait été difficile de rencontrer autrement.
- La sphère de soutien souligne l'importance de contribuer, selon son expertise, à d'autres projets au sein des organismes sollicités en plus de réserver du temps pour l'écoute et la résolution de problèmes d'ordre professionnel et personnel des co-chercheuses. Il ne s'agit pas pour autant de développer un service de consultation professionnelle ou psychothérapeutique. Néanmoins, un partage ponctuel de son expertise peut faciliter le maintien de l'ouverture d'un organisme face à une initiative participative de longue durée. Par ailleurs, j'ai déjà fait mention que les rencontres de travail les plus productives avec mes co-chercheuses ont été celles où nous avons pu traiter de certaines de leurs préoccupations personnelles et professionnelles.

Deuxièmement, aux diverses sources de tension qu'il importe de gérer pour la bonne marche d'une initiative participative (cf chapitre troisième) s'ajoute le poids de la tension vécue par le chercheur-intervenant dans son rôle d'accompagnateur-facilitateur. Dans le cas du projet empirique de cette thèse, trois dimensions ont tout particulièrement été sources de tension. Il s'agit de ce que je nomme ici « la quête d'équilibre », « la confrontation à la marginalité » et « l'irruption de conflits » :

- D'une part, il peut arriver que le chercheur-intervenant se trouve confronté à une quête d'équilibre entre la nécessité d'assurer une certaine directivité afin de faire progresser la démarche pour atteindre les objectifs fixés, directivité qui peut susciter un certain sentiment d'inconfort si elle tend à court-circuiter la créativité du groupe, et le besoin de faire place à suffisamment d'ouverture pour que toutes les participantes puissent contribuer, à leur manière, au déroulement du projet – ce qui n'est pas sans engendrer, à certains moments, un sentiment de perte de contrôle de la part du chercheur-intervenant

voulant garder le cap sur l'échéancier et les objectifs établis. Processus laborieux s'il en est, il s'agit alors d'assurer un encadrement favorable à l'apprentissage de modalités propices au développement de savoirs et d'actions visés, tout en encourageant l'initiative des partenaires, sans pour autant demeurer bloqué par des difficultés pouvant vraisemblablement être évitées, et en maintenant l'intérêt et la motivation de la part de tous les acteurs impliqués. Par exemple, le processus de recrutement d'autres participantes à notre groupe de discussion a procédé à la fois sur la base de certaines recommandations de ma part et plusieurs suggestions de mes co-chercheuses, puis de mon implication plus active et directive lorsque le découragement s'est installé après plusieurs essais infructueux.

- D'autre part, et ce particulièrement pour les chercheurs-intervenants engagés auprès de populations marginales, il appert que le processus participatif peut susciter une certaine confrontation à la marginalité, soit la marginalité de co-participants issus de groupes vivant dans l'exclusion et la marginalité de chercheurs-intervenants face aux groupes auprès desquels ils sont impliqués et face aux autres acteurs de la santé publique. Dans notre cas, ma présence prolongée sur le terrain et nos discussions sur le thème de la vulnérabilité au VIH ont intensifié ma conscience de la dureté du monde vécu des prostituées de rue, ce qui ne va pas sans laisser un certain sentiment d'impuissance et de révolte face à cette réalité. Il importe alors de reconnaître la présence de ces émotions dans le processus d'élaboration de savoirs et d'actions pour être en mesure de poursuivre la démarche de manière constructive. Par ailleurs, mes co-chercheuses ont rapidement souligné ma marginalité au sein de leur milieu ainsi que mon statut privilégié par rapport à celui de bien des femmes côtoyées quotidiennement chez Stella. Loin de tenter de masquer cette différence et d'éviter ce sujet, j'ai choisi de rire (gentiment) avec elles de mon ignorance, tout en témoignant de mon intérêt de mieux comprendre leurs réalités. De plus, j'ai orienté certaines discussions autour d'expériences de vie que partagent une majorité de femmes¹ afin d'établir une certaine complémentarité à travers nos différences. En fait, la sensibilité et l'authenticité sont de mise et il convient à la fois d'endosser sa marginalité tout en tentant d'établir des ponts. Du reste, vu la marginalité des chercheurs-intervenants adoptant une pratique participative en santé publique², il importe de participer à une diversité de forums pour exposer les savoirs construits et légitimer cette pratique selon des termes et des critères acceptables et compréhensibles même si différents. En ce sens, la responsabilité pédagogique et politique du chercheur-intervenant s'exerce tant auprès des individus et

¹ À cet égard, j'ai fait bon usage de mon statut de femme enceinte.

² Et peut-être même le caractère parfois « suspect » de ces acteurs qui affirment contribuer au développement de savoirs.

des collectivités auprès desquels il ou elle s'engage qu'auprès de son monde institutionnel et académique qui garde, somme toute, une certaine réserve face à cette approche.

- Enfin, source de tension importante, des conflits interpersonnels peuvent à tout moment faire irruption durant un projet. Dans notre cas, d'anciens conflits ont fait surface entre certaines co-chercheuses lorsqu'elles se sont senties inadéquates et démotivées face au difficile recrutement de participantes supplémentaires à notre initiative. Une dynamique d'évitement et de sourdes accusations s'est alors installée rendant difficile la poursuite de notre projet. La tâche du chercheur-intervenant consiste alors à identifier et nommer les sources de difficulté, sans toutefois transformer l'initiative en groupe psychothérapeutique, puis à fixer des objectifs concrets et atteignables pour redémarrer l'initiative. Ces moments, bien qu'inévitables dans certains cas, sont particulièrement lourds à supporter.

Troisièmement, afin d'assurer un accompagnement adéquat et efficace, que ce soit à travers les six sphères mentionnées plus haut ou encore pour la gestion des tensions vécues par le chercheur-intervenant dans son rôle d'accompagnateur-facilitateur, il est souhaitable de pouvoir recourir à une forme de supervision extérieure. Le chercheur-intervenant professionnel étant instrumental pour la préparation et le déroulement d'une initiative participative, faisant usage de savoirs théoriques, pratiques et expérientiels au fil de l'élaboration d'un processus en construction, il importe qu'il ou elle puisse bénéficier d'un appui pour évaluer sa performance, réfléchir aux options à privilégier pour la poursuite de l'initiative, trouver des solutions à des problèmes encourus ou tout simplement se ressourcer. Cet appui est d'autant plus important que l'accompagnement qu'invoque la recherche-pratique participative n'est pas que technique : il fait également appel aux valeurs et croyances du chercheur-intervenant et à ses ressources psychologiques et émotives.

LA PHASE DU TRANSFERT DE LA THÉORIE AU MONDE DE LA PRATIQUE

La littérature fait amplement état des divers ordres de savoirs locaux, pratiques et expérientiels produits par des initiatives participatives. Cependant, il est peu fait mention de savoirs théoriques – ce qui laisse généralement entendre que ces savoirs plus conceptuels ne s'adressent pas spécifiquement à nos partenaires sur le terrain étant donné leur format et les systèmes de référence peu accessibles dont ils s'inspirent. La configuration graphique et conceptuelle de mes premières élaborations théoriques autour de la notion de vulnérabilité pourrait ainsi expliquer, en partie, l'accueil plutôt mitigé qui m'a été réservé chez Stella. Vu sous cet angle, l'on pourrait même être tenté de conclure que le transfert de

connaissances plus « abstraites » et théoriques vers le monde de la pratique demeure limité et peu probable malgré un contexte participatif.

En revanche, et en continuité avec les propos précédents, il appert qu'une forme de préparation et d'accompagnement plus spécifique à cette phase du projet aurait pu s'avérer utile pour faciliter une appropriation des propositions théoriques élaborées. À cet effet, une simple démonstration du processus d'analyse encouru et une explication des finalités poursuivies à travers une telle analyse devraient dorénavant être considérées. Par ailleurs, le recours à d'autres formes de modélisations que des représentations graphiques serait opportun. Dans le cas présent, étant donné la culture orale des femmes concernées et la facilité avec laquelle elles ont pu procéder à une analyse de la vulnérabilité des prostituées de rue au VIH à travers leurs propres histoires vécues, il pourrait être intéressant de rédiger et de leur soumettre une histoire rendant compte des diverses dimensions du modèle théorique développé sur la vulnérabilité(-autonomie), puis d'entreprendre l'élaboration d'une histoire collective à partir de celle présentée (Madriz, 2000)¹. Cette histoire collective pourrait notamment servir de véhicule pour raffiner le sens de certaines dimensions du modèle et en favoriser une appropriation. Une fois une telle histoire conçue et entérinée il pourrait alors être possible d'envisager la formulation collective d'une représentation graphique pouvant servir de guide à la poursuite de la réflexion et de l'action. Il est fort à parier que le modèle produit soit quelque peu différent de ceux présentés ici. Toutefois, ce n'est pas tant la forme du modèle qui importe, mais bien le potentiel qu'il comporte pour stimuler le passage à l'action ainsi que l'explication, la compréhension et l'interprétation de son monde vécu.

Bref, à la lumière de l'expérience du projet empirique, il appert que le retour de la théorie sur le terrain de la pratique nécessite un processus de préparation et d'accompagnement spécifique à cette phase, dans le respect des modalités d'expression et de développement des savoirs des participants.



En résumé, la recherche-pratique participative constitue un savoir-faire qui procède d'un savoir-être particulier, où le chercheur-intervenant s'engage dans un rapport horizontal avec des co-participants. Pour faciliter un travail en (inter)action pour la santé, il ou elle doit donc descendre de son piédestal d'expert professionnel et, en plus de procurer un certain encadrement, cet acteur doit adopter une attitude générale d'ouverture, d'écoute,

¹ Une proposition a récemment été faite en ce sens chez Stella.

d'apprentissage, de soutien et d'*advocacy* pour stimuler la démarche de développement de savoirs et d'actions. Une présence soutenue, la flexibilité et, en l'occurrence, la capacité de vivre avec l'incertitude et d'imprévisibles émergences sont donc indispensables. Fait à souligner, il n'y a pas à proprement parler de prescriptions techniques particulières à suivre puisque les modalités d'initiation, de préparation, d'accompagnement, de développement de savoirs et d'actions, de transfert de savoirs ou encore de supervision dépendent des particularités locales. En revanche, il est incontestable qu'un engagement assidu auprès de ses partenaires est essentiel.

QUATRIÈME ÉLÉMENT : L'AUTONOMIE DES ACTEURS

La notion d'autonomie des acteurs complète le cadre conceptuel général formulé ici pour plusieurs raisons. D'une part, et tel que spécifié précédemment, le processus d'autonomisation permet d'envisager des pistes pour l'intervention des acteurs de la santé publique auprès d'individus et de groupes vulnérables. Ce processus implique, en particulier, que la santé, ou encore la vulnérabilité à la maladie et à la souffrance¹, sont non seulement des productions sociales largement déterminées par les positions qu'occupent (ou dont sont exclues) les personnes dans les structures de pouvoir de la société. Ces états dépendent également des capacités d'adaptation et de transformation des individus et des collectivités, capacités que devraient soutenir et alimenter les acteurs de la santé publique afin de promouvoir la santé des individus et des collectivités. D'autre part, l'idée d'autonomie rappelle la vulnérabilité intrinsèque des acteurs de la santé publique travaillant en interdépendance avec une diversité de partenaires pour la santé ainsi que le potentiel de vulnérabilisation supplémentaire auquel sont sujets ces partenaires à travers les jeux de pouvoir et les rapports de force qu'implique leur rencontre avec des acteurs qui privilégient différentes façons d'être, de savoir, de faire et de devenir. En somme, la notion d'autonomie issue de la présente modélisation théorique développée à partir du concept de vulnérabilité est significative en ce qu'elle signale tant des finalités à poursuivre pour la santé que la difficile conjugaison qu'invoque le travail en partenariat en santé publique.

Mais plus encore, l'autonomie est retenue ici comme qualité essentielle d'un cadre conceptuel général pour une pratique participative puisqu'elle constitue un thème mobilisateur en santé publique contemporaine ainsi qu'une valeur fondamentale qui oriente l'action et la conduite sociale et individuelle dans nos sociétés occidentales (Doucet, 1999). Ce faisant, elle permet de donner plus de sens, premièrement, à la finalité d'actualisation de projets collectifs pour la santé et, deuxièmement, à l'impératif de la participation dans les

¹ La souffrance nommée ici peut être physique, psychologique, spirituelle ou sociale.

activités de recherche-pratique en santé publique. De plus, elle constitue une expérience vécue à partir de laquelle élaborer une épistémologie constructiviste en santé publique.

En premier lieu, force est de constater que depuis plusieurs années au Québec et dans d'autres sociétés occidentales les citoyens-acteurs de la société civile endossent une responsabilité croissante et exercent davantage leurs capacités d'autorégulation en vue de contribuer à leur santé et à leur bien-être. Il n'y a qu'à penser, par exemple, à la mobilisation renouvelée de réseaux d'entraide bénévole ou d'organismes communautaires dans les domaines des soins à domicile auprès de personnes âgées ou en perte d'autonomie. À prime abord, il appert que ces responsabilités et contributions accrues en matière de santé sont en quelque sorte imposées par la crise des finances publiques qui assaille l'État-providence depuis les années quatre-vingt. De plus, dans la mesure où cette crise se conjugue à l'expansion de la logique néo-libérale de mondialisation des marchés d'où émergent de nouveaux pouvoirs économiques qui ont tendance à transcender les pouvoirs de l'État, la capacité des gouvernements nationaux d'initier et de maintenir des politiques essentielles au bien commun de la société civile s'en trouve affaiblie – ce qui a pour conséquence d'interpeller davantage la responsabilisation et l'autorégulation par les individus et les collectivités (Roy, 1999). Toutefois, il apparaît que cette autoprise en charge par la société civile ne dépend pas uniquement de la trajectoire de l'État qui s'éclipse de la sphère sociale : elle dépend également de la transformation des mentalités dans nos sociétés post-modernes, voire de la volonté de la société civile de redéfinir les rapports de pouvoir au profit des individus et de la collectivité et au détriment de l'État, ainsi que de la vitalité des capacités d'autorégulation de la société civile face aux diverses formes de contrôle social imposés par l'État (Giroux, 1998). Autrement dit, la société civile ne fait pas que subir le poids de la responsabilisation accrue imposée par l'État. Les acteurs de la Cité revendiquent la part qui leur revient pour assumer leurs responsabilités et réguler leurs biens publics d'intérêt collectif.

La santé publique étant un bien public d'intérêt collectif auquel tous et toutes peuvent apporter leur concours (Bourgeault, 1999 ; Giroux, 1998), il s'avère donc cohérent que s'exercent les capacités de responsabilisation et d'autorégulation de la société civile dans ce domaine d'action, voire sa capacité « d'autonomie responsable » (Doucet, 1999). Ceci dit, cette capacité ne revêt pas qu'un caractère individuel où il incombe à chaque personne de modifier ses habitudes de vie pour améliorer sa santé. Bien qu'il importe de garder conscience de la portée de ses gestes individuels pour sa propre santé et celle de ses communautés d'appartenance, l'exercice d'une autonomie responsable implique également une éthique de la responsabilité *partagée* (Bourgeault, 1999) où tous les acteurs et toutes

les institutions sociales doivent assumer, en collaboration, leur part de responsabilité. En ce sens, le processus d'autonomisation des acteurs invoque une responsabilité tant de la part des individus que des multiples institutions sociales, économiques, politiques et culturelles en vue de contribuer collectivement à l'actualisation de projets pour la santé – d'où la pertinence de la notion d'autonomie des acteurs dans une vision sociopolitique et écologique de la santé publique contemporaine selon laquelle il incombe aux acteurs de la santé publique de mobiliser l'action collective pour intervenir à la fois sur des déterminants individuels et sociostructurels de la santé.

En contrepartie, à la lumière de la responsabilité partagée pour la santé qu'invoque l'exercice de l'autonomie des acteurs, l'impératif pour les acteurs de la santé publique d'acquérir des habiletés de recherche-pratique *participative* prend tout son sens. En effet, puisque l'autonomie des acteurs nécessite le partage de responsabilités pour la santé, il importe de développer des manières de faire qui favorisent la rencontre, l'interdépendance, voire la participation d'une pluralité d'acteurs afin de transformer la manière dont les problèmes de santé sont posés, compris et résolus (Gerlier-Forest, 1999), ceci tout en assurant une dynamique de solidarité qui refuse l'exclusion et la marginalisation vulnérabilisantes.

Enfin, l'autonomie étant une valeur traduisant une finalité essentielle à poursuivre en santé publique, et ce d'autant plus dans l'optique d'une pratique participative vouée à l'élaboration de projets collectifs pour promouvoir la santé, il s'avère que l'expérience même de l'autonomie (responsable) constitue un terrain fertile pour l'élaboration de l'épistémologie constructiviste en santé publique. L'interdépendance qu'invoque l'autonomisation des acteurs en (inter)action donne lieu, notamment, à l'expérience à partir de laquelle explorer, raffiner et concevoir des principes épistémologiques permettant d'appréhender et rendre intelligible des problèmes complexes et de développer des savoirs pour l'action en santé publique. À cet égard, bien qu'il soit entendu qu'une épistémologie constructiviste s'avère subjectiviste, pragmatiste, dialogique et réflexive, le sens particulier de ces qualités devrait davantage être développé dans le cadre d'une pratique participative en santé publique étant donné les spécificités des divers acteurs impliqués et les traditions et domaines de responsabilité particuliers de l'institution de la santé publique. Par exemple, l'autorité biomédicale qui prévaut sur d'autres formes de savoirs et de pratiques en santé publique évoque, indubitablement, la centralité des dynamiques de pouvoir et des rapports de force institutionnalisés avec lesquels transiger et qu'il importe donc de considérer dans l'élaboration d'une approche constructiviste en santé publique.

CONFIGURATION DES ÉLÉMENTS STRUCTURANTS : UN CADRE PARADIGMATIQUE POUR UNE PRATIQUE PARTICIPATIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

La Figure 15 présente le modèle élaboré pour rendre compte de la synthèse des arguments développés et apprentissages effectués à travers cette thèse et ce, selon les termes de la section précédente.

Ce modèle est qualifié de cadre paradigmatique puisque chacun de ses pôles renvoie à un des quatre champs constitutifs d'un paradigme : le pôle du constructivisme pour la santé publique représente le champ épistémologique d'une pratique participative en santé publique ; le pôle de recherche-pratique participative réfère au champ méthodologique ; le pôle de l'autonomie des acteurs renvoie au champ ontologique ; et le pôle de projets collectifs pour la santé évoque le champ téléologique.

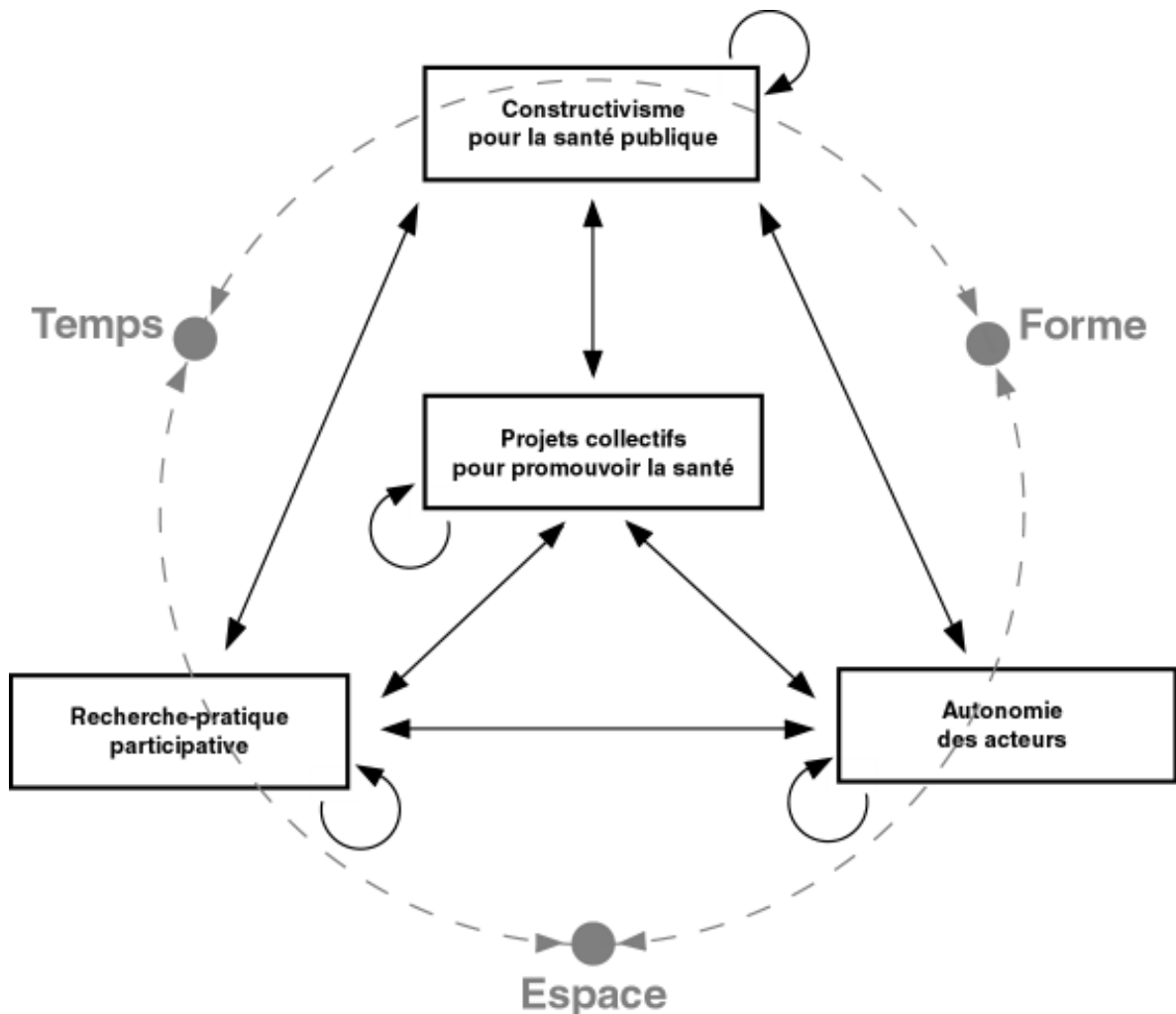


Figure 15. Cadre paradigmatique pour une pratique participative en santé publique

Dans le prolongement des inter-relations modélisées, chaque pôle, en plus d'être tributaire et contributif aux trois autres pôles du modèle, peut également être élaboré en fonction d'un savoir-savoir, d'un savoir-faire, d'un savoir-être et d'un savoir-devenir qui lui est propre :

- Le pôle épistémologique constructiviste d'une pratique participative en santé publique relève d'un savoir-savoir valorisant la subjectivité et une orientation pragmatiste, d'un savoir-faire privilégiant la conception dans la réciprocité dialogique et réflexive, d'un savoir-être engageant à la reconnaissance et à la complémentarité de mondes vécus pluriels et d'un savoir-devenir conduisant au développement d'une meilleure intelligibilité de la complexité et à l'élaboration d'actions permettant de poursuivre la mission transformatrice de la santé publique.
- Le pôle méthodologique de la recherche-pratique participative repose sur un savoir-savoir qui favorise le développement de savoirs et d'actions dans l'(inter)action, un savoir-faire qui facilite l'engagement et l'implication des acteurs de la santé publique auprès d'une diversité d'acteurs concernés, un savoir-être qui permet d'entretenir des rapports horizontaux et mutuels entre les acteurs et un savoir-devenir qui mène au développement de savoirs et d'actions permettant de soutenir les capacités d'adaptation et de transformation d'acteurs vulnérables pour améliorer leur santé et leur bien-être.
- Le pôle ontologique de l'autonomie des acteurs dépend d'un savoir-savoir basé sur une éthique de la responsabilité partagée, d'un savoir-faire qui invoque le travail en interdépendance, le partenariat et l'intersectorialité, d'un savoir-être qui refuse que perdurent des rapports de force et des dynamiques de pouvoir qui vulnérabilisent les acteurs et d'un savoir-devenir qui situe la santé publique comme projet collectif d'engagement sociopolitique des acteurs sociaux dans une vision écologique de la santé.
- Le pôle téléologique de l'actualisation de projets collectifs pour la santé requiert un savoir-savoir qui favorise la juxtaposition des contributions d'une pluralité d'acteurs en (inter)action, un savoir-faire qui permet de conjuguer avec les défis que pose la participation en santé publique, un savoir-être favorable à la collaboration et à l'interdépendance et un savoir-devenir qui contribue à l'actualisation des potentiels des acteurs et au développement de savoirs et d'actions novateurs et efficaces en santé publique.

Il faut en convenir, ces différents ordres de savoirs paradigmatiques comportent plusieurs zones de recoupement – ils procèdent, après tout, d'un cadre conceptuel général commun où toutes les dimensions sont inter-reliées ! Néanmoins, il est possible de noter quelques nuances différentes selon le pôle où l'on se situe. Une élaboration supplémentaire de

chacune de ces dimensions de savoirs constitue, en l'occurrence, la base à partir de laquelle poursuivre le développement de ce cadre paradigmatique.

Par ailleurs, le référentiel triadique est inclus en arrière-plan du modèle de la Figure 15 présentée à la page 304 pour signifier que la pratique participative en santé publique est un processus dynamique, vivant, en devenir et ouvert sur un potentiel de changement au fil de son développement et des contributions des divers acteurs. De plus, les boucles sur chaque boîte signalent la transformation récursive de chacun des pôles de ce cadre paradigmatique où l'épistémologie constructiviste et la méthodologie de recherche-pratique participative en santé publique, l'autonomie des acteurs ainsi que le devenir des projets collectifs pour la promotion de la santé demeurent en évolution au fil des systèmes de croyances, des pratiques, des réalités et des projets des acteurs impliqués.

Considéré sous l'angle de sa signification, ce cadre paradigmatique expose, sans contredit, des éléments essentiels de théorie et de méthode permettant d'orienter les chercheurs et les intervenants de la santé publique désireux d'entreprendre une pratique participative. D'une part, au niveau conceptuel, ce cadre souligne l'importance d'une épistémologie constructiviste et du concept de l'autonomie des acteurs pour concevoir et faire face aux problématiques rendant vulnérables les individus et les communautés en santé publique ; et d'autre part, au niveau de la méthode, ce cadre renvoie à une diversité d'approches favorisant l'engagement des acteurs de la santé publique et la mise en œuvre de stratégies collectives de développement de projets pour la santé. Pour les chercheurs-intervants de la santé publique, à la fois acteurs-orchestrateurs et participants à la promotion de la santé des individus et des collectivités, ce cadre invoque, en particulier, l'articulation des éléments suivants :

- l'impératif de procéder à la construction de savoirs novateurs et d'actions transformatrices à travers la conjugaison des contributions d'une diversité d'acteurs en (inter)action ;
- l'importance de développer de nouveaux modes d'accompagnement des divers acteurs concernés afin d'élaborer des savoirs et des actions en collaboration, où la qualité des savoirs et des actions émergents constitue le reflet de la qualité des liens d'interdépendance et des arrangements sociaux établis ;
- la nécessité de favoriser l'autonomisation de tous les acteurs concernés et de créer un nouvel espace, à la fois aux plans micro-individuel et sociopolitique, à l'intérieur duquel les acteurs peuvent développer leurs capacités d'adaptation et de transformation pour s'actualiser au meilleur de leur potentiel (et contrer leur vulnérabilité) dans le respect,

toutefois, des besoins et capacités des individus, des collectivités et de leurs environnements ; et enfin

- l'importance de développer davantage l'axe de la promotion de la santé qui engage les acteurs de la santé publique à agir non seulement sur les déterminants individuels mais également sur les déterminants sociostructurels de la santé ce qui, en l'occurrence, s'avère une finalité mobilisatrice essentielle pour l'action participative en santé.

Ainsi, ce cadre paradigmatique permet de réaffirmer la centralité de la promotion de la santé en santé publique et son sens sociopolitique et écologique. Ce cadre s'avère d'autant plus pertinent qu'il incorpore le discours contemporain et le projet de la participation en santé publique et fournit des balises à la création d'un nouvel espace public où la société civile devient partie prenante de la santé publique, en complémentarité à l'État-partenaire. Il ne s'agit toutefois pas de promouvoir ce cadre en tant que substitut à d'autres systèmes de référence en santé publique. Il est plutôt question de le considérer comme outil heuristique pour soutenir, en complémentarité à d'autres approches que celle d'une pratique participative, le développement de savoirs et d'actions novateurs en santé publique.

Il n'en demeure pas moins que la pertinence de ce cadre paradigmatique peut tout de même être mise en question à la lumière de la pression croissante que posent à l'heure actuelle les besoins relatifs au traitement de la maladie et à la gestion de services de soins. Au Québec du moins, ces pressions contribuent généralement à un investissement marginal en promotion de la santé. D'ailleurs, cette situation ne semble pas être en voie de renversement étant donné le *Plan stratégique 2001-2004* du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001) qui prévoit, entre autres, rediriger les efforts du système de santé québécois vers la *prévention* des maladies et le *soutien* aux personnes en difficulté afin de diminuer la pression sur les activités de traitement. Certes, la révision de la *Politique de la santé et du bien-être* et le développement d'un programme québécois de santé publique, tous deux prévus pour diffusion et mise en œuvre en 2002-2003, pourraient redonner une meilleure place à la fonction de promotion de la santé dans notre système de santé publique québécois. Il reste à voir, cependant, comment la quasi absence d'indicateurs d'efficacité dans ce domaine d'action pourrait en influencer l'opérationnalisation et ainsi mettre en question la pertinence d'une pratique participative pour la promotion de la santé.

Toutefois, il importe de souligner que la pratique participative n'a pas à se limiter uniquement au domaine de la promotion de la santé, bien qu'elle en soit considérée ici une dimension importante. Telle que conçue à travers cette thèse, la pratique participative s'avère pertinente lorsqu'il y a *vulnérabilité* des individus et des collectivités. Dès lors, le

cadre paradigmatique élaboré peut tout autant être transféré au domaine de la prévention clinique en santé publique contemporaine. Par exemple, ce cadre pourrait servir de balise à un processus de prise de décision partagée avec des citoyens concernés quant à la pertinence de procéder à une vaccination massive de tous les jeunes québécois de moins de vingt ans en vue de circonscrire et mettre un terme à l'épidémie de méningite qui sévit au Québec depuis le printemps dernier. Il s'agirait là d'une occasion intéressante pour les acteurs de la santé publique de s'engager auprès de citoyens directement touchés par le problème, dont notamment des parents inquiets, afin d'élaborer une compréhension conjointe de la problématique et ses ramifications et de mettre à profit une diversité de points de vue pour en arriver à formuler et à promouvoir des pistes d'actions à la fois efficaces et acceptables. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la décision, coûteuse il va sans dire, d'investir dans la vaccination des jeunes plusieurs millions de dollars et quantité de ressources humaines qui deviennent ainsi non-accessibles à la conduite d'autres types d'activités de promotion et de prévention en santé publique. Seulement, ce cadre offre des points d'ancrage conceptuels et signale des mécanismes permettant de faire en sorte que le public puisse mieux comprendre les avis parfois contradictoires et ultra spécialisés des experts. Aussi, une intervention élaborée à partir de ce cadre pourrait davantage tenir compte des perspectives et réalités de tous les acteurs concernés plutôt que de donner lieu à des décisions aux allures singulièrement politiques¹. Les modalités d'une telle intervention participative de la part des acteurs de la santé publique dépendent, évidemment, des particularités locales, des ressources disponibles et de l'urgence d'une situation. À cet égard, bien qu'un important sentiment d'urgence ait motivé la décision de procéder à la vaccination, rien n'empêche, à mon avis, d'amorcer une action participative à titre de mécanisme supplémentaire pour s'assurer de la pertinence de ce choix (de société).

POSSIBILITÉS DE SUIVI

Afin de poursuivre le développement d'une pratique participative en santé publique, il importe d'assurer des conditions propices à ce développement et d'entreprendre des initiatives de recherche supplémentaire pour élaborer davantage le cadre paradigmatique à travers lequel s'articule cette pratique.

En ce qui concerne l'établissement de conditions favorables au développement d'une pratique participative, deux recommandations principales s'imposent. D'une part, la formation des acteurs de la santé publique devrait désormais inclure une introduction aux principes théoriques et méthodologiques d'une pratique participative afin de pouvoir saisir

¹ Voir même électoralistes.

le potentiel de cette approche sur le terrain, en plus d'acquérir certaines bases pour sa mise en œuvre dans leurs contextes particuliers. Puisque cette pratique nécessite certaines qualités pédagogiques de la part des chercheurs-intervenants pour la préparation et l'accompagnement de leurs partenaires à travers une initiative participative, il pourrait être pertinent d'inclure dans cette formation des stratégies pédagogiques participatives où l'étudiant apprend à travers des (inter)actions avec des experts et d'autres apprentis. Ainsi, en plus d'acquérir des savoirs sur les principes et les modalités de la pratique participative en soi, il serait possible d'acquérir l'expérience d'une approche pédagogique favorisant l'apprentissage à travers l'(inter)action. Il s'agit là d'une approche pédagogique que suscite, inévitablement, le processus d'accompagnement de partenaires sur le terrain et que devraient apprivoiser et développer les acteurs de la santé publique.

D'autre part, outre la formation des acteurs de la santé publique, il importe de poursuivre la sensibilisation des bailleurs de fonds (telle qu'amorcée par Green et al., 1995) et des directeurs et collègues des organisations et institutions académiques en santé publique pour établir des infrastructures propices à la mise en œuvre d'une pratique participative et reformuler les critères d'évaluation de la performance des chercheurs-intervenants impliqués. Il serait pertinent, en particulier, d'assurer la mise en place de structures administratives et organisationnelles locales et régionales facilitant l'implication des citoyens, au-delà de leur représentation au niveau des conseils d'administration des établissements ; et d'évaluer la performance des chercheurs-intervenants de la santé publique non seulement en fonction de leur production scientifique, mais également en fonction de leurs contributions directes à la transformation du monde vécu et à la promotion de la santé des individus et des collectivités concernées.

Par ailleurs, il importe d'entreprendre d'autres initiatives de recherche afin d'élaborer davantage le cadre paradigmatique présenté ici. La poursuite du développement théorique des concepts de vulnérabilité et d'autonomie mentionnée plus haut pourra certes contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques inhérentes à l'autonomisation des acteurs et des mécanismes à privilégier pour assurer des liens de collaboration efficaces. Par ailleurs, il serait pertinent de soumettre ce cadre conceptuel à des acteurs de la santé publique, tant au niveau des Directions de santé publique que des CLSC, afin d'obtenir leurs avis concernant son potentiel de soutenir l'articulation de leurs rôles et fonctions dans une optique participative. Une telle consultation devra reposer, notamment, sur une présentation du processus ayant mené à son élaboration ainsi que des discussions pour expliciter chacune des dimensions de ce cadre.

Enfin, il importe de mettre ce cadre à l'épreuve. La proposition, au chapitre neuvième, d'entreprendre un projet participatif autour du phénomène de la vulnérabilité avec un autre groupe de femmes moins marginalisées que les prostituées de rue et ayant plus de capacités pour le passage à l'action offre l'occasion de bonifier ce cadre non seulement à partir d'une expérience de développement de connaissances dans un contexte participatif différent mais également à travers la mise en œuvre d'actions¹. Les conditions le permettant, il serait pertinent, suivant l'exemple de Boutillier, Mason et Rootman (1997), de s'inspirer des pratiques de l'*action science* (Argyris, Putnam, & Smith, 1985 ; Friedman, 2001 ; Schön, 1983) ainsi que des pratiques de la recherche coopérative de Reason et Heron (Heron, 1996 ; Heron & Reason, 2001 ; Reason, 1994b) afin d'entreprendre un processus de réflexion critique à travers ce projet participatif *avec* les partenaires impliqués. Cette approche permettrait à plusieurs acteurs différents, chercheurs-intervenants et citoyennes, de souligner les difficultés que pose la pratique participative puis d'identifier, élaborer et mettre à l'essai des pistes de solution pour poursuivre, malgré les défis, une telle pratique. Ainsi, il s'agit de se doter de mécanismes de (co)réflexion supplémentaires à travers l'(inter)action pour développer davantage de savoirs de l'ordre de la méthode et de la théorie en vue de raffiner, modifier et bonifier le cadre élaboré à date et ainsi contribuer à la consolidation des bases de ma pratique en santé publique pour les années à venir.



¹ En fait, il s'agit là d'un projet de recherche post-doctoral.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de cet ouvrage, il importe d'en traduire l'essentiel, d'en déterminer la valeur et d'envisager d'autres possibilités de prolongement.

D'une part, cette thèse a permis de situer la pertinence du projet de la participation des citoyens en santé publique contemporaine, du moins dans le monde occidental et plus particulièrement au Québec. De plus, il a été possible d'établir la légitimité du paradigme constructiviste en santé publique, notamment son apport indéniable au développement de divers ordres de savoirs utiles à la théorisation et à la pratique en santé publique. D'autre part, cette thèse a permis de démontrer le potentiel de la recherche participative en santé publique, malgré les défis que présente une telle approche, et de formuler, en complémentarité à la littérature disponible, quelques conseils pour la mise en œuvre et le suivi de projets de recherche(-pratique) dans ce champ d'action, particulièrement auprès de populations marginales.

Par ailleurs, partant du thème de la vulnérabilité de prostituées de rue au VIH, le projet empirique de cette thèse a donné lieu à plusieurs ordres de résultats. Premièrement, il a été possible de développer une compréhension renouvelée et crédible des multiples facettes psycho-individuelles et sociostructurelles de la vulnérabilité au VIH d'un groupe de femmes particulièrement marginales, d'identifier des pistes pour l'action et, dans une optique plus générale, de souligner l'impératif d'une approche multidimensionnelle à la prévention du VIH. Deuxièmement, la poursuite de la modélisation autour du concept de vulnérabilité a permis d'en élucider les composantes principales, notamment en termes d'expérience vécue d'exclusions diverses et de capacité (ou d'*incapacité*) de régulation, en plus d'établir l'importance pour les acteurs de la santé publique de travailler en interdépendance *avec* les personnes ou collectivités marginales afin de renforcer et soutenir le développement de leurs capacités d'adaptation et de transformation, voire leur autonomie. Troisièmement, à travers l'examen des impacts et conséquences du projet empirique de la thèse, le processus itératif de modélisation a également permis de mettre en lumière l'équilibre fragile entre les potentiels de vulnérabilisation et d'autonomisation des acteurs travaillant en interdépendance pour la santé ceci en signalant, toutefois, les dimensions essentielles à considérer pour composer avec cette dynamique soit, les systèmes de croyances, les pratiques, les projets et le monde vécu de la pluralité d'acteurs impliqués. Et, quatrièmement, la modélisation a souligné la place centrale des concepts inter-reliés de vulnérabilité et d'autonomie dans le développement et l'articulation d'éléments de théorie et de méthode pour une pratique participative en santé publique.

À l'issue des arguments présentés, de l'expérience acquise et des concepts élaborés, il a ensuite été possible de configurer un cadre conceptuel général pour appuyer le développement d'une pratique participative en santé publique, lequel cadre est envisagé ici à titre de paradigme en émergence. Outre l'importance accordée à une épistémologie constructiviste et à une méthodologie de recherche-pratique participative qui concourent à élargir les fondements à partir desquels devraient procéder le développement réciproque de savoirs et d'actions en santé publique, ce cadre souligne deux autres dimensions essentielles qui s'inscrivent dans les finalités privilégiées par cette thèse. D'une part, il appert que la valorisation de l'autonomie des acteurs implique une responsabilité partagée pour la santé entre une pluralité d'acteurs, d'où la pertinence et l'importance de favoriser la participation des citoyens à la mission de la santé publique et, ainsi, l'exercice de leur citoyenneté pour la santé. D'autre part, l'actualisation de projets collectifs pour la santé, corollaire des trois autres dimensions du cadre conceptuel général, permet tout particulièrement d'ériger la promotion de la santé, ou du moins son idéologie, en tant que pôle essentiel d'une santé publique qui se veut participative. En retour, la promotion de la santé trouve en ce cadre un point d'ancrage paradigmatique pour le moins cohérent et original à partir duquel poursuivre son développement et maintenir sa légitimité.

Au-delà de l'originalité, de la pertinence et des apports des diverses propositions théoriques et pratiques issues de cette thèse, deux observations s'imposent. D'abord, mes propos ont indéniablement été formulés en dehors des cadres positivistes dominants en santé publique et dans le monde scientifique en général. La famille des constructivismes étant peu ou mal connue, il est alors possible que la crédibilité de certains résultats ou de quelques-unes des recommandations énoncées soit mise en question, ou alors qu'on leur accorde une signification et une portée différentes de celles projetées. En revanche, il s'agit là d'opportunités pour amorcer des discussions et clarifier les fondements de mon argumentation ! Par ailleurs, il faut en convenir, les propos de cette thèse témoignent de ma formation ainsi que de mon expérience d'intervention et de recherche en santé, lesquelles reposent sur une bien modeste connaissance de savoirs disciplinaires en sciences sociales et humaines. Il est donc à envisager que certains thèmes pourront bénéficier de l'acquisition de connaissances supplémentaires dans ces domaines et que ma « vision de l'intérieur » en sera d'autant plus nuancée, critique et éclairée.

Finalement, tel que déjà mentionné, il importe de poursuivre un programme de recherche pour raffiner et développer davantage les élaborations conceptuelles amorcées ici ainsi que les mesures préconisées pour la pratique. Plusieurs possibilités ont d'ailleurs été formulées plus tôt que ce soit, par exemple, en termes de transfert des savoirs théoriques chez Stella et

de poursuite d'un processus de développement de savoirs et d'actions au sein de cet organisme ; d'élaboration supplémentaire des concepts de vulnérabilité et d'autonomie à la lumière d'apports disciplinaires divers ; de présentation du cadre conceptuel général à d'autres acteurs de la santé publique pour fins de discussion et raffinement ; et de mise à l'épreuve des savoirs développés à travers une recherche participative et réflexive avec un autre groupe de femmes moins marginalisées que les prostituées de rue. Par ailleurs, il importe de mettre à l'essai et d'évaluer les mesures proposées plus tôt, notamment pour la mise en œuvre et le suivi éthique de projets de recherche(-pratique) participative ainsi que l'établissement de conditions pédagogiques et organisationnelles favorables au développement d'une pratique participative en santé publique. À ce programme pourrait également s'ajouter un examen des dimensions éthique, sociale et pratique de la notion de responsabilité partagée soulevée au terme de la thèse. S'agit-il véritablement d'une valeur mobilisatrice au sein de la population ? D'un projet réalisable ? Ou d'une abstraction provisoire ? À travers l'exercice d'une pratique participative, les acteurs de la santé publique seraient certes privilégiés pour entreprendre une réflexion fructueuse à ce sujet étant donné le potentiel qu'offre cette approche de développer des savoirs à travers l'(inter)action avec la diversité de citoyens apparemment interpellés par cette notion – ce qui pourrait, récursivement, alimenter un certain (co)apprentissage des paramètres de l'exercice d'une responsabilité partagée et des conditions favorables à son développement.

Toutefois, ce programme de recherche ne serait pas complet sans l'amorce d'un processus continu de réflexion-à-travers-l'(inter)action en santé publique afin de poursuivre le développement des fondements théoriques et méthodologiques à partir desquels privilégier l'élaboration de savoirs et d'interventions novateurs et pertinents pour les citoyens concernés. Un tel mécanisme, inhérent au paradigme émergent de la pratique participative en santé publique, s'avère essentiel pour que les manières de savoir, de faire, d'être et de devenir des acteurs de la santé publique se traduisent en actions effectives pour la santé des individus et des collectivités.



RÉFÉRENCES

- Achilles, R. (1995). *The regulation of prostitution : Background paper*. Ottawa : Canadian Association for Public Health.
- Adam, M. (1999). *Les Schémas : un langage transdisciplinaire*. Paris/Montréal : L'Harmattan.
- Aday, L.A. (1993). *At risk in America : The health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Aday, L.A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health, 15*, 487-509.
- Aday, L.A. (1997). Vulnerable populations : A community-oriented perspective. *Family and Community Health, 19*, 1-18.
- Adler, P.A., & Adler, P. (1994). Observational techniques. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 377-392). Thousand Oaks : Sage.
- AIDSCAP/Family Health International, Harvard School of Public Health, & UNAIDS. (1996, July). The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic symposium final report. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behaviour. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control : From cognition to behaviour* (pp. 11-39). Heidelberg : Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Alary, M., & Hankins, C. (1999). *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection, 1995-1999* [Rapport déposé au Laboratoire de Lutte contre la Maladie, Santé Canada]. Beauport, Québec : Centre de santé publique de Québec.
- Alary, M., & Hankins, C. (2000). *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Rapport intérimaire, mars 2000* [Rapport déposé au Laboratoire de Lutte contre la Maladie, Santé Canada]. Beauport, Québec : Centre de santé publique de Québec.
- Alary, M., & Hankins, C. (2001). *Le réseau SurvUDI. Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Rapport de surveillance, mars 2001*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Albert, A.E., Warner, D.L., & Hatcher, R.A. (1998). Facilitating condom use with clients during commercial sex in Nevada's legal brothels. *American Journal of Public Health, 88*, 643-646.
- Aledort, J.E., & Forbes, E. (1996, July). *Women helping women : The role of peers in HIV outreach and ongoing primary care utilization* [Abstract Th.C.4672]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Alexander, P. (1995). Sex workers fight against AIDS : An international perspective. In B.E. Schneider & N.E. Stoller (Eds.), *Women resisting AIDS : Feminist strategies of empowerment* (pp. 99-123). Philadelphia : Temple University Press.
- Alexander, P. (1998a). Prostitution : Still a difficult issue for feminists. In F. Delacoste & P. Alexander (Eds.), *Sex work : Writings by women in the sex industry* (pp. 184-230). San Francisco : Cleis Press.
- Alexander, P. (1998b). Sex work and health : A question of safety in the workplace. *Journal of the American Women's Association, 53*, 77-82.

- Alexander, T.M. (1987). *John Dewey's theory of art, experience and nature : The horizons of feeling*. Albany, NY : State University of New York Press.
- Alinsky, S. (1972). *Rules for radicals*. New York : Random House.
- Allison, K.R., & Rootman, I. (1996). Scientific rigor and community participation in health promotion research : Are they compatible ? *Health Promotion International*, 11, 333-340.
- Allman, D., Myers, T., & Cockerill, R. (1997). *Concepts, definitions and models for community-based HIV prevention research in Canada and A planning guide for the development of a community-based prevention research*. Toronto : University of Toronto, Faculty of Medicine, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit.
- Ampleman, G., Barnabé, J., Comeau, Y., Doré, G., Duhaime, R., Gaudreau, L., Humbert, C., Lacroix, J., Leboeuf, L., & Matte, M. (1987). *Pratiques de conscientisation 2. Logement, alphabétisation, féminisme, aide sociale, syndicalisme, santé, politique*. Saint-Sauveur : Collectif québécois d'éducation populaire.
- Anctil, H., & Bluteau, M.-A. (1986). La santé et l'assistance publique au Québec, 1886-1986. *Santé Société* [Édition spéciale]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Anonymous. (1999). Community-level HIV intervention in 5 cities : Final outcome from the CDC AIDS Community Demonstration Projects. *American Journal of Public Health*, 89, 336-345.
- Appleton, J.V. (1994). The concept of vulnerability in relation to child protection : Health visitor's perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1132-1140.
- Appleton, J.V. (1995). Analysing qualitative interview data : Addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 993-997.
- Archambault, J., Hamel, J., & Fortin, D. (1998). Une évaluation partielle de la méthodologie qualitative en sociologie assortie de quelques remarques épistémologiques. In J. Poupart, L.-H. Groulx, R. Mayer, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 93-153). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Argyris, C., Putnam, R., & Smith, D. (1985). *Action science : Concepts, methods, and skills for research and intervention*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35, 216-224.
- Asamoah-Adu, A., Weir, S., Pappoe, M., Kanlisi, N., Neequaye, A., & Lamptey, P. (1994). Evaluation of targeted AIDS prevention intervention to increase condom use among prostitutes in Ghana. *AIDS*, 8, 239-246.
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). *The new public health*. Milton Keynes : Open University Press.
- Association canadienne de santé publique. (1996). *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*. Ottawa : Auteur.
- Asthana, S., & Oostvogels, R. (1996). Community participation in HIV prevention : Problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras. *Social Science & Medicine*, 43, 133-148.
- Audi, R. (Ed.). (1995). *The Cambridge dictionary of philosophy*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d' « empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, 2, 28-35.
- Avenier, M.-J. (1992). Recherche-action et épistémologies constructivistes, modélisation systémique et organisations socio-économiques complexes : quelques « boucles étranges » fécondes. *Revue Internationale de Systémique*, 6, 403-420.

- Badgley, R.F. (1994). Health promotion and social change in the health of Canadians. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 20-39). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Bajos, N. (1997). Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS Care, 9*, 227-237.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist, 44*, 1175-1184.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning, 13*, 9-17.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). New York : Cambridge University Press.
- Barnard, M.A. (1993a). Violence and vulnerability : Conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness, 15*, 683-705.
- Barnard, M.A. (1993b). Risky business : Prostitutes' risks of HIV infection. *International Journal of Drug Policy, 4*, 110-115.
- Barry, K. (1995). *The prostitution of sexuality : The global exploitation of women*. New York : New York University Press.
- Baseman, J., Ross, M., & Williams, M. (1999). Sale of sex for drugs and drugs for sex : an economic context of sexual risk behavior for STDs. *Sexually Transmitted Diseases, 26*, 444-449.
- Bastow, K. (1996). Prostitution et VIH/sida. *Bulletin canadien VIH/sida et droit, 2* (2), 13-15.
- Baum, F. (1999). Social capital : Is it good for your health ? *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*, 195-196.
- Baum, F. (2000). Social capital, economic capital and power : Further issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 409-410.
- Becker, H.S. (1979). Do photographs tell the truth ? In T.D. Cook & C.S. Reichardt (Eds.), *Qualitative and quantitative methods in evaluation research* (pp. 99-117). Beverly Hills : Sage.
- Becker, M.H., & Joseph, J.G. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk : A review. *American Journal of Public Health, 78*, 394-410.
- Becker, C., Guenther-Gray, C., & Raj, A. (1998). Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Social Science & Medicine, 46*, 831-842.
- Beelan, N., Wolffers, I., & Brussa, L. (Eds.). (1998). *Research for sex work* [Newsletter]. Amsterdam : Vrije Universiteit, Medical Faculty, Health Care and Culture.
- Benjamin, A.C. (1981). Ideas of time in the history of philosophy. In J.T. Fraser (Ed.), *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed., pp. 3-30). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- Ben Yahmed, S., & Koob, P. (1996). Health sector approach to vulnerability reduction and emergency preparedness. *World Health Statistics Quarterly, 49*, 172-178.
- Bernstein, E., Wallerstein, N., Braithwaite, R., Gutierrez, L., Labont/, R., & Zimmerman, M. (1994). Empowerment forum : A dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly, 21*, 281-294.
- Bernstein, R.J. (1971). *Praxis and action*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

- Bernstein, R.J. (1983). *Beyond objectivism and relativism : Science, hermeneutics, and praxis*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Bernstein, R.J. (1992). *The new constellation : The ethical-political horizons of modernity/postmodernity*. Cambridge, MA : The MIT Press.
- Bhave, G., Lindan, C.P., Hudes, E.S., Desai, S., Wagle, U., Tripathi, S.P., & Mandel, J.S. (1995). Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS*, 9 (Suppl.1), S21-S30.
- Bibeau, G., & Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises*. Cap Saint-Ignace : Boréal.
- Biersteker, S. (1990). Promoting safer sex in prostitution : Impediments and opportunities. In M. Paalman (Ed.), *Prevention of sexual transmission of AIDS and other STD* (pp. 144-152). Amsterdam : Swets & Zeitlinger.
- Bindman, J. (1997). *Redefining prostitution and sex work on the international agenda – Publication from the Anti-Slavery International and Network of Sex Work Projects* [On-line]. Available : www.walnet.org/csis/papers/redefining.html
- Blaikie, N. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. *Quality and Quantity*, 25, 115-136.
- Blaikie, N. (1993). *Approaches to social enquiry*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Bloor, M. (1995). *The sociology of HIV transmission*. London : Sage.
- Blum, R.W.M. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of Adolescent Health*, 22, 368-375.
- Bourgeault, G. (1999). La santé publique... entre l'imposition d'une nouvelle morale et la mise en œuvre d'une éthique de la responsabilité partagée. *Actes du colloque : Les enjeux éthiques en santé publique* (pp. 25-44). Montréal : Association pour la santé publique du Québec.
- Boutilier, M., Mason, R., & Rootman, I. (1997). Community action and reflective practice in health promotion research. *Health Promotion International*, 12, 69-78.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health : A review of quality of life measurement scales*. Buckingham : Open University Press.
- Bracht, N., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). A five-stage community organization model for health promotion : Empowerment and partnership strategies. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level : New advances* (2nd ed., pp. 83-104). Thousand Oaks : Sage.
- Bradbury, H., & Reason, P. (2001). Conclusion : Broadening the bandwidth of validity : Issues and choice-points for improving the quality of action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 447-455). London : Sage.
- Brock, D.R. (1998). *Making work, making trouble : Prostitution as a social problem*. Toronto : University of Toronto Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Brussa, L. (1998). The TAMPEP project in western Europe. In K. Kempadoo & J. Doezema (Eds.), *Global sex workers : Rights, resistance and redefinition* (pp. 246-259). Routledge : New York.
- Bryman, A. (1992). Quantitative and qualitative research : Further reflections on their integration. In J. Brannen (Ed.), *Mixing methods : Qualitative and quantitative research* (pp. 57-77). Aldershot : Avebury Ashgate.

- Butcher, K. (1994). Feminists, prostitutes and HIV. In L. Doyal, J. Naidoo, & T. Wilton (Eds.), *AIDS : Setting a feminist agenda* (pp.151-158). London : Taylor & Francis.
- Calderbank, R. (2000). Abuse and disabled people : Vulnerability or social indifference ? *Disability & Society, 15*, 521-534.
- Campbell, C. (1991). Prostitution, AIDS, and preventive health behavior. *Social Science & Medicine, 32*, 1367-1378.
- Campbell, C. (2000). Selling sex in the time of AIDS : The psycho-social context of condom use by sex workers on a Southern African mine. *Social Science & Medicine, 50*, 497-494.
- Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 59*, 81-105.
- Capek, M. (1981). Time in relativity theory : Arguments for a philosophy of becoming. In J.T. Fraser (Ed.), *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed., pp. 434- 454). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- Carovano, K. (1991). More than mothers and whores : Redefining the AIDS prevention needs of women. *International Journal of Health Services, 21*, 131-142.
- Carr, S.V. (1995). The health of women working in the sex industry – A moral and ethical perspective. *Sexual and Marital Therapy, 10*, 201-213.
- Carr, S.V., Goldberg, D.J., Elliott, L., Green, S., Mackie, C., & Gruer, L. (1996). A primary health care service for Glasgow street sex workers – 6 years experience of the drop-in centre, 1989-1994. *AIDS Care, 8*, 489-497.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique, 22*, 11-27.
- Catania, J., Coates, T., Greenblatt, R., Dolcini, M., Kegeles, S., & Puckett, S. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women : Implications for AIDS-related health interventions. *Journal of Sex Research, 26*, 514-524.
- Catania, J., Kegeles, S.M., & Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior : An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly, 17*, 53-72.
- Chamberland, C., & Bilodeau, A. (2000). Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*, 138-149.
- Chambers, A.F. (1987). *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos et Feyerabend*. Paris : Éditions La Découverte.
- Chambers, R. (1989). Vulnerability, coping and policy. *IDS Bulletin, 20*, 1-7.
- Chambers, S. (1995). Discourse and democratic practices. In S.K. White (Ed.), *The Cambridge companion to Habermas* (pp. 233-259). Cambridge : Cambridge University Press.
- Chapkis, W. (1997). *Live sex acts : Women performing erotic labor*. New York : Routledge.
- Checkland, P. (1981). *Systems thinking, systems practice*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Christians, C.G. (2000). Ethics and politics in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 133-155). Thousand Oaks : Sage.
- Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations : The role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine, 51*, 139-150.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks : Sage.
- Cohen, D.J. & Bruce, K.E. (1997). Sex and mortality : Real risk and perceived vulnerability. *Journal of Sex Research, 34*, 279-291.

- Cohen, T.B., Etezady, H.M., & Pacella, B.M. (1999). *The vulnerable child* (Vol. 3). Madison, CT : International Universities Press.
- Cole, R.E. (1991). Participant observer research : An activist role. In W.F. Whyte (Ed.), *Participatory action research* (pp. 159-166). Newbury Park : Sage.
- Coleman, J.S. (1990). *The foundations of social theory*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Colin, C. (1998). *Action et concertation : vers une vision renouvelée de la santé publique à l'aube de l'an 2000* [Document de consultation]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint Martin.
- Comité Badgley. (1984). *Rapport sur les abus sexuels envers les enfants et les jeunes au Canada*. Ottawa : Approvisionnements et services.
- Corby, N.H., Enguidanos, S.M., & Kay, L.S. (1996). Development and use of role model stories in a community level risk reduction intervention. *Public Health Reports*, 111 (Suppl. 1), 54-58.
- Cornwall, A. (1996). Towards participatory practice : Participatory rural appraisal (PRA) and the participatory process. In K. De Koning, & M. Martin (Eds.), *Participatory research In health : Issues and experiences* (pp. 94-107). London : Zed Books Limited.
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research ? *Social Science & Medicine*, 41, 1667-1676.
- Crane, S.F., & Carswell, J.W. (1992). A review and assessment of non-governmental organization-based STD/AIDS education and prevention projects for marginalized groups. *Health Education Research*, 7, 175-194.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks : Sage.
- Cusick, L. (1998a). Non-use of condoms by prostitute women. *AIDS Care*, 10, 133-146.
- Cusick, L. (1998b). Female prostitution in Glasgow : Drug use and occupational sector. *Addiction Research*, 6, 115-130.
- Dallaire, M. (1998). Un concept d'intégration de la bioéthique en santé publique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5, 208-224.
- Darrow, W.W. (1992). Assessing targeted AIDS prevention in male and female prostitutes and their clients. In F. Paccaud, J.P. Vadar, & F. Gutzwiller (Eds.), *Assessing AIDS Prevention* (pp. 215-231). Switzerland : Birkhauser Verlag Basel.
- Davis, S., & Shaffer, M. (1994). *Prostitution in Canada : The invisible menace or the menace of invisibility ?* [On-line]. Available : www.walnet.org/csis/papers/
- Day, S. (1990). Prostitute women and the ideology of work in London. In D.A. Feldman (Ed.), *Culture and AIDS* (pp.93-109). New York : Praeger.
- Day, S., & Ward, H. (1990). The Praed Street Project : A cohort of prostitute women in London. In M. Plant (Ed.), *AIDS, drugs and prostitution* (pp. 61-75). London : Tavistock.
- Day, S., & Ward, H. (1997). Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourinary Medicine*, 73, 161-168.
- Day, S., Ward, H., & Perrotta, L. (1993). Prostitution and risk of HIV : Male partners of female prostitutes. *British Medical Journal*, 307, 359-361.
- Dean, K. (1996). Using theory to guide policy relevant health promotion research. *Health Promotion International*, 11, 19-26.
- de Graff, R., Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1992). Condom use and sexual behavior in heterosexual prostitution in the Netherlands. *AIDS*, 6, 1223-1226.

- de Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1995). Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protective behaviour. *AIDS Care*, 7, 35-47.
- de Graaf, R., van Zessen, G., Vanwesenbeeck, I., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1996). Segmentation of heterosexual prostitution into various forms : A barrier to the potential transmission of HIV. *AIDS Care*, 8, 417-431.
- de Koning, K., & Martin, M. (Eds.). (1996). *Participatory research in health : Issues and experiences*. London : Zed Books.
- Delacoste, F., & Alexander, P. (Eds.). (1998). *Sex work : Writings by women in the sex industry* (2nd ed.). San Francisco : Cleiss Press.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Denzin, N.K. (1970). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods*. Chicago : Aldine.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). New York : McGraw Hill.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (1994a). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994b). Introduction : Entering the field of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.1-17). Thousand Oaks : Sage.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks : Sage.
- Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3, 18-28.
- de Venney-Tiernan, M., Goldband, A., Rackham, L., & Reilly, N. (1994). Creating collaborative relationships in a co-operative inquiry group. In P. Reason (Ed.), *Participation in human inquiry* (pp. 120-137). London : Sage.
- Dever, G.E.A., Sciegaj, M., Wade, T.E., & Lofton, T.C. (1988). Creation of a social vulnerability index for justice health planning. *Family & Community Health*, 10, 23-32.
- de Villers, M.-É. (1997). *Multidictionnaire de la langue française*. Montréal : Québec Amérique.
- Dewey, J. (1958). *Experience and nature*. New York : Dover Publications.
- Dewey, J. (1980). *Art as experience*. New York : G.P. Putnam's Sons.
- de Zalduondo, B.O. (1991). Prostitution viewed cross-culturally : Toward recontextualizing sex work in AIDS intervention research. *The Journal of Sex Research*, 28, 223-248.
- Doezema, J. (1998). Forced to choose : Beyond the voluntary v. forced prostitution dichotomy. In K. Kempadoo & J. Doezema (Eds.), *Global sex workers : Rights, resistance, and redefinition* (pp. 34-50). New York : Routledge.
- Dorais, M., & Ménard, D. (1987). *Les enfants de la prostitution*. Montréal : VLB.
- Dorfman, L., Drish, P., & Cohen, J. (1992). 'Hey girlfriend' : An evaluation of AIDS prevention among women in the sex industry. *Health Education Quarterly*, 19, 25-40.
- Doucet, H. (1999). Pénaliser le citoyen irresponsable : une attitude sociale responsable ? *Actes du colloque : Les enjeux éthiques en santé publique* (pp. 79-86). Montréal : Association pour la santé publique du Québec.

- Downe, P.J. (1997). Constructing a complex of contagion : The perceptions of AIDS among working prostitutes in Costa Rica. *Social Science & Medicine*, 44, 1575-1583.
- Downie, R.S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health promotion : Models and values*. (2nd ed.). Oxford : Oxford University Press.
- Dubois-Arbour, F., Jeanin, A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B., & Paccaud, F. (1996). *Évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : cinquième rapport synthèse 1993-1995*. (Version abrégée, pp. 15-17). Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive.
- Duchesne, D. (1997). La prostitution de rue au Canada. *Juristat* (no. 85-002, 17(2) au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Dufour, A., Alary, M., Otis, J., Remis, R.S., Mâsse, B., Turmel, B., Vincelette, J., Parent, R., Lavoie, R., LeClerc, R., & The Omega Study Group. (2000). Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men : Baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91, 345-349.
- Dupuy, J.-P. (1982). *Ordres et désordres : enquête sur un nouveau paradigme*. Paris : Seuil.
- Duval, M., & Fontaine, A. (2000). Lorsque des pratiques différentes se heurtent : les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants. *Nouvelles pratiques sociales*, 13, 49-67.
- Dyer, J.G., & McGuinness, T.M. (1996). Resilience : Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 276-282.
- Elden, M., & Chisolm, R.F. (1993). Emerging varieties of action research. *Human Relations*, 46, 121-142.
- Elden, M., & Levin, M. (1991). Cogenerative learning : Bringing participation into action research. In W.F. Whyte (Ed.), *Participatory action research* (pp. 127-142). Newbury Park : Sage.
- Ellis-Stoll, C.C., & Popkess-Vawter, S.P. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21, 62-68.
- Elwood, W.N., Williams, M.L., Bell, D.C., & Richard, A.J. (1997). Powerlessness and HIV prevention among people who trade sex for drugs ('strawberries'). *AIDS Care*, 9, 273-284.
- Engle, P., Castle, S., & Menon, P. (1996). Child development : Vulnerability and resilience. *Social Science & Medicine*, 43, 621-635.
- English Collective of Prostitutes. (1997). Campaigning for legal change. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution : Purchasing sex in the 1990s* (pp. 83-102). London : Routledge.
- Enguidanos, S.M., Corby, N. H., & Wolitski, R.J. (1996, July). *Using indigenous volunteers to provide AIDS prevention education to street-based populations* [Abstract Th.C.4671]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Epp, J. (1986). *Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.
- Estébanez, P., Fitch, K., & Najera, R. (1993). HIV and female sex workers [Review]. *Bulletin of the World Health Organization*, 71, 397-412.
- Esu-Williams, E. (1995). AIDS in the 1990's : Individual and collective responsibility. In B.E. Schneider & N.E. Stoller (Eds.), *Women resisting AIDS : Feminist strategies of empowerment* (pp. 23-31). Philadelphia : Temple University Press.
- European working group on HIV infection in female prostitutes. (1993). HIV infection in european female sex workers : Epidemiological link with the use of petroleum-based lubricants. *AIDS*, 7, 401-408.

- Evans, R.G., Barer, M.L., & Marmor, T.R. (Eds.). (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fals Borda, O. (2001). Participatory (action) research in social theory : Origins and challenges. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 27-37). London : Sage.
- Fals-Borda, O., & Rahman, M.A. (Eds.). (1991). *Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action research*. New York : Apex.
- Farmer, P., Connors, M., & Simmons, J. (Eds.). (1996). *Women, poverty and AIDS : Sex, drugs and structural violence*. Monroe, ME : Common Courage Press.
- Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 58-78.
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Boyfriends, 'pimps' and clients. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution: Purchasing sex in the 1990s* (pp. 121-136). London : Routledge.
- Ferencic, N., Alexander, P., Lamptey, P., & Slutkin, G. (1991, June). *Review of coverage and effectiveness of current sex work interventions in developing countries* [Abstract Tu.C.56]. Paper presented at the VIIth International Conference on AIDS, Florence, Italy.
- Feyerabend, P.K. (1979). *Contre la méthode : esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Paris : Seuil.
- Fielding, N.G., & Fielding, J.L. (1986). *Linking data : Qualitative research methods*. Beverly Hills : Sage.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920.
- Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fishman, D.B. (1992). Postmodernism comes to program evaluation : A critical review of Guba and Lincoln's Fourth Generation Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 15, 263-270.
- Fleck, L. (1981). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago : University of Chicago Press.
- Flick, U. (1992). Triangulation revisited : Strategy of validation or alternative ? *Journal for the Theory of Social Behavior*, 22, 175-197.
- Flood, R.L. (2001). The relationship of 'systems thinking' to action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 133-144). London : Sage.
- Flood, R.L., & Romm, N.R.A. (1996). Emancipatory practice : Some contributions from social theory and practice. *Systems Practice*, 9, 113-128.
- Ford, K., Wirawan, D.N., & Fajans, P. (1998). Factors related to condom use among four groups of female sex workers in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 10, 34-45.
- Ford, K., Wirawan, D.N., Fajans, P., Meliawan, P., MacDonald, K., & Thorpe, L. (1996). Behavioral interventions for reduction of sexually transmitted disease/HIV transmission among female commercial sex workers and clients in Bali, Indonesia. *AIDS*, 10, 213-222.
- Ford, N., & Koettsawang, S. (1999). A pragmatic intervention to promote condom use by female sex workers in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 888-894.

- Fortin, A. (1991). La participation : des comités de citoyens au mouvement communautaire. In J.T. Godbout (éd.), *La participation politique : leçons des dernières décennies* (pp. 219-250). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Fortin, G. (1991). La société démocratique de participation. In J.T. Godbout (éd.), *La participation politique : leçons des dernières décennies* (pp. 33-40). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Forum national sur la santé. (1997a). Rapport synthèse du Groupe de travail sur les valeurs. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapports synthèse et documents de référence*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Forum national sur la santé. (1997b). Rapport synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapports synthèse et documents de référence*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Fournier, P. (1998). La santé publique : concepts et pratiques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5, 132-139.
- Frankish, J., Veenstra, G., & Moulton, G. (1999). Population health in Canada : Issues and challenges for policy, practice and research. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (Suppl. 1), S71-S75.
- Fraser, J.T. (Ed.). (1981a). *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed.). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- Fraser, J.T. (1981b). Toward an integrated understanding of time : Introduction to the second edition. In J.T. Fraser (Ed.), *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed., pp. xxv-xlix). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- Freire, P. (1973). *Education for critical consciousness*. New York : Seabury Press.
- Freire, P. (1988). *Pedagogy of the oppressed*. New York : Continuum Press.
- Freire, P. (1998). *Pedagogy of freedom : Ethics, democracy, and civic courage*. Lanham : Rowan & Littlefield Publishers.
- Freudenberg, N., & Zimmerman, M.A. (Eds.). (1995). *AIDS prevention in the community : Lessons from the first decade*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Friedman, V.J. (2001). Action science : Creating communities of inquiry in communities of practice. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 159-170). London : Sage.
- Fritz, R.B. (1998). AIDS knowledge, self-esteem, perceived AIDS risk, and condom use among female commercial sex workers. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 888-911.
- Fullilove, R.E., Fullilove, M.T., Bowser, B.P., & Gross, S.A. (1990). Risk of sexually transmitted disease among black adolescent crack users in Oakland and San Francisco, California. *Journal of the American Medical Association*, 263, 851-855.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gates, S., Gendron, S., & Hankins, C. (1994). Factors mitigating against partner condom use among women sex workers visiting Montréal's needle exchange. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 5 (Suppl. D), 37D.

- Gaumer, B. (1995). Évolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIIIe siècle aux années 1970. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2, 37-55.
- Gaventa, J., & Cornwall, A. (2001). Power and knowledge. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 70-80). London : Sage.
- Geertz, C. (1973). Thick description : Toward an interpretive theory of culture. In C. Geertz, *The interpretation of cultures* (pp. 3-30). New York : Basic Books.
- Gemme, R. (1993). Prostitution : A legal, criminological and sexological perspective. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2, 227-237.
- Gemme, R., Murphy, A., Bourque, M., Neme, M.A., & Payment, N. (1984). *Étude sur la prostitution au Québec* [Documents de travail sur la pornographie et la prostitution, Rapport #11]. Ottawa : Ministère de la Justice.
- Gemme, R., & Payment, N. (1993). Évaluation de la répression de la prostitution de rue à Montréal de 1970 à 1991. *Revue sexologique*, 1, 161-192.
- Gendron, S. (1992). *Development and reliability assessment of a questionnaire*. Unpublished master's thesis, McGill University, Montréal, Québec, Canada.
- Gendron, S. (1996). L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé : vers une complémentarité transformatrice. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3, 158-172.
- Gendron, S., & Hankins, C. (1995). *Prostitution et VIH au Québec : bilan des connaissances*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Genelot, D. (1992). *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP.
- Gerlier-Forest, P. (1999). L'art du possible – justice sociale et politiques de santé publique. *Actes du colloque : Les enjeux éthiques en santé publique* (pp. 87-98). Montréal : Association pour la santé publique du Québec.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., & Bushman, B.J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge : Polity Press.
- Giroux, G. (1998). La pratique sociale de l'éthique : un carrefour de responsabilisation ou de contrôle accru dans le champ de la santé publique ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5, 241-255.
- Gitterman, A. (1991). *Handbook of social work practice with vulnerable populations*. New York : Columbia University Press.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity : Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA : The Sociology Press.
- Glaser, B.G. (1992). *Basics of grounded theory analysis : Emergence vs forcing*. Mill Valley, CA : The Sociology Press.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine.
- Glassner, B., & Moreno, J.D. (1989). Quantification and enlightenment. In B. Glassner & J.D. Moreno (Eds.), *The qualitative-quantitative distinction in the social sciences* (pp. 1-13). Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Godbout, J.T. (1981). Is consumer control possible in health care services ? The Quebec case. *International Journal of Health Services*, 11, 151-167.
- Godbout, J.T. (1987). *La démocratie des usagers*. Montréal : Boréal.

- Godbout, J.T. (1991). La participation politique : leçons des dernières décennies. In J.T. Godbout (éd.), *La participation politique : leçons des dernières décennies* (pp. 11-31). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Godin, G., Valois, P., & Morel, S. (2000). Factors associated with the adoption of HIV preventive behaviours among single heterosexual adults who initiate an affective relationship with a new sexual partner. *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 8 (Suppl. B), 72B.
- Gorna, R. (1996). *Vamps, virgins and victims : How can women fight AIDS ?* London : Cassell.
- Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P., & Strang, J. (1995). Female prostitutes in London: Use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviours. *AIDS Care*, 7, 253-260.
- Gouvernement du Québec. (1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec : Éditeur officiel.
- Gouvernement du Québec. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health*. London : Sage.
- Green, A., Day, S., & Ward, H. (2000). Crack cocaine and prostitution in London in the 1990s. *Sociology of Health and Illness*, 22, 27-39.
- Green, L.W., George, M.A., Daniel, M., Frankish, C.J., Herbert, C.J., Bowie, W.R., & O'Neill, M. (1995). *Recherche participative et promotion de la santé : bilan et recommandations pour le développement de la recherche participative en promotion de la santé au Canada* [Publication de la Société royale du Canada]. Vancouver : University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research & B.C. Consortium for Health Promotion Research.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning : An educational and environmental approach* (2nd ed.). Mountain View, CA : Mayfield Publishing Company.
- Green, L.W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Public Health*, 10, 270-281.
- Green, S., Goldberg, D., Christie, P., Frischer, M., Carr, S., & Taylor, A. (1993). Female streetworker prostitutes in Glasgow : A descriptive study of their lifestyle. *AIDS Care*, 5, 321-335.
- Greenwood, D.J., & Levin, M. (1998). *Introduction to action research : Social research for social change*. Thousand Oaks : Sage.
- Greenwood, D.J., & Levin, M. (2000). Reconstructing the relationships between universities and society through action research. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 85-106). Thousand Oaks : Sage.
- Gregory, W.J. (1996). Discordant pluralism : A new strategy for critical systems thinking. *Systems Practice*, 9, 605-625.
- Grimley, D.M., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., & Prochaska, G.E. (1995). Contraceptive and condom use adoption and maintenance : A stage paradigm approach. *Health Education Quarterly*, 22, 20-35.
- Groulx, L-H. (1998). Sens et usage de la recherche qualitative en travail social. In J. Poupart, L-H. Groulx, R. Mayer, J-P. Deslauriers, A. Laperrière, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 1-50). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- 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 : Justice Canada.
- Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29, 75-91.

- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30, 233-252.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park : Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks : Sage.
- Gutierrez, L.M. (1990). Working with women of color : An empowerment perspective. *Social Work*, 35, 149-153.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and human interests*. Boston : Beacon Press.
- Habermas, J. (1974). *Theory and practice*. Boston : Beacon Press.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action. Reason and the rationalization of society*. Boston : Beacon Press.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action. Lifeworld and system : A critique of functionalist reason*. Boston : Beacon Press.
- Haccourt, M., Massart, B., Massart, P., & Thael, V. (1989). *Groupes efficaces. Le plein d'idées nouvelles pour la formation et l'action*. Bruxelles : Vie Ouvrière.
- Haldeman, V., & Levy, R. (1996). Œcuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3, 244-255.
- Hall, B.L. (1992). From margins to center ? The development and purpose of participatory research. *The American Sociologist*, 23, 15-28.
- Hall, B.L. (2001). I wish this were a poem of practices of participatory research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 171-178). London : Sage.
- Hall, J.M., & Stevens, P.E. (1991). Rigor in feminist research. *Advances in Nursing Science*, 13, 16-29.
- Hall, J.M., Stevens, P.E., & Meleis, A.I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*, 16, 23-41.
- Hamel, P. (1991). *Action collective et démocratie locale. Les mouvements urbains montréalais*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Hancock, T. (1994). Health promotion in Canada : Did we win the battle but lose the war ? In In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 350-373). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Hancock, T. (1999, novembre). *Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé : un défi pour la santé publique au 21^e siècle*. Texte préparé pour la session des Journées annuelles de santé publique 1999 intitulé 'Comment maintenir les activités en promotion et en prévention', Montréal, Québec, Canada.
- Hanenberg, R. S., & Rojanapithayakorn, K.P. (1998). Changes in prostitution and the AIDS epidemic in Thailand. *AIDS Care*, 10, 69-79.
- Hanenberg, R.S., Rojanapithayakorn, K.P., Kunasol, P., & Sokal, D.C. (1994). Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 344, 243-245.
- Hankins, C. (1998). Changes in patterns of risk. *AIDS Care*, 10 (Suppl. 2), S147-S153.
- Hankins, C., & Gendron, S. (1994). *Projet prostitution : rapport sur les entretiens de groupe réalisés à la Maison Tanguay*. Montréal : Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida.

- Hankins, C., Gendron, S., Handley, M., Richard, C., Lai Tung, M.T., & O'Shaughnessy, M. (1994). HIV infection among women in prison : An assessment of risk factors using a non nominal methodology. *American Journal of Public Health, 84*, 1637-1640.
- Hankins, C., Gendron, S., Richard, C., & O'Shaughnessy, M. (1989). HIV-1 infection in a medium security prison for women - Quebec. *Canada Diseases Weekly Report, 15*, 168-170.
- Hankins, C., Gendron, S., & Tran, T. (1995). Explaining HIV prevalence and incidence among IDU attending the CACTUS-Montreal needle exchange. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 6* (Suppl. B), 31B.
- Hankins, C., Gendron, S., Tran, T., & Hum, L. (1995). *Facteurs de risque pour l'infection à VIH parmi des détenue(e)s de prisons à sécurité intermédiaire à Montréal. Rapport final*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Hankins, C., Laberge, C., Montpetit, M., & Lapointe, N. (1995). *Seroprevalence of HIV antibodies in women giving birth to live infants on Montreal Island (1993) and five-year trend analysis (1989-93)* [Final report to the Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada]. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Harel, Z., Ehrlich, P., & Hubbard, R. (Eds.). (1990). *The vulnerable aged : People, services and policies*. New York : Springer Publishing Co.
- Harper, D. (1994). On the authority of the image : Visual methods at the crossroads. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 403-412). Thousand Oaks : Sage.
- Hayes, M.V. (1999). Population health promotion : Responsible sharing of future directions. *Canadian Journal of Public Health, 90* (Suppl.1), S15-S17.
- Health Canada. (1998). Health promotion in Canada – A case study. *Health Promotion International, 13*, 7-26.
- Herland, K. (1996, July). *Stella : Addressing sex workers' risk for HIV/AIDS in context* [Abstract Th.C.4640]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Heron, J. (1988). Validity in co-operative inquiry. In P. Reason (Ed.), *Human inquiry in action : Developments in new paradigm research* (pp. 40-59). London : Sage.
- Heron, J. (1996). *Co-operative inquiry : Research into the human condition*. London : Sage.
- Heron, J., & Reason, P. (1997). A participatory inquiry paradigm. *Qualitative Inquiry, 3*, 274-294.
- Hertzman, C., Frank, J., & Evans, R.G. (1996). L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations. Dans R.G. Evans, M.L. Barer, & T.D. Marmor (éds.), *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie* (pp. 77-101). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Highcrest, A. (1997). *At home on the stroll : My twenty years as a prostitute in Canada*. Toronto : Alfred A. Knopf.
- Hinds, P.S., Chaves, D.E., & Cypress, S.M. (1992). Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative Health Research, 2*, 61-74.
- Hoffman, K. (1994). The strengthening community health program : Lessons for community development. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 123-138). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 428-444). Thousand Oaks : Sage.
- Hunter, D.J. (1993). AIDS in sub-saharan Africa : The epidemiology of heterosexual transmission and the prospects for prevention. *Epidemiology, 4*, 63-72.

- Inhelder, B. (éd.). (1985). Le constructivisme aujourd'hui : Actes du sixième cours avancé de la Fondation Archives Jean Piaget, Genève, juin 1984 [Numéro spécial]. *Archives de Psychologie*, 53 (204).
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment : Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 21, 149-170.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., & Becker, A.B. (1998). Review of community-based research : Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202.
- Jaccoud, M. & Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrrière, R. Mayer, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 211-249). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Jacelon, C.S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Jackson, L.A., & Highcrest, A. (1996). Female prostitutes in North America : What are their risks of HIV infection ? In L. Sherr, C. Hankins, & L. Bennett (Eds.), *AIDS as a gender issue : Psychosocial perspectives* (pp. 149- 162). London : Taylor & Francis.
- Jackson, L.A., Highcrest, A., & Coates, R. (1992). Varied potential risks of HIV infection among prostitutes. *Social Science & Medicine*, 35, 281-286.
- Janz, N.K. , & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model : A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jewkes, R., & Murcott, A. (1998). Community representatives : Representing the "community" ? *Social Science & Medicine*, 46, 843-858.
- Joly, B. (1992). La recherche-action est-elle une méthode scientifique ? *Revue Internationale de Systémique*, 6, 421-433.
- Jones, D.L., Irwin, K.L., Inciardi, J., Bowser, B., Schilling, R., Word, C., Evans, P., Faruque, S., McCoy, H.V., & Edlin, B.R. (1998). The high risk sexual practices of crack-smoking sex workers recruited from the streets of three American cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 25, 187-193.
- Jürgens, R., & Palles, M. (1997). *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité* [Document de travail]. Montréal : Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Kane, S. (1993). Prostitution and the military : Planning AIDS intervention in Belize. *Social Science & Medicine*, 36, 965-979.
- Karlsen, J.I. (1991). Action research as a method : Reflections from a program for developing methods and competence. In W.F. Whyte (Ed.), *Participatory action research* (pp. 143-158). Newbury Park : Sage.
- Kawachi, I., & Kennedy, B.P. (1997). Health and social cohesion : Why care about income inequality ? *British Medical Journal*, 314, 1037-1040.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (2000). Participatory action research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Thousand Oaks : Sage.
- Kempadoo, K. (1998). Introduction : Globalizing sex workers' rights. In K. Kempadoo & J. Doezema (Eds.), *Global sex workers : Rights, resistance, and redefinition* (pp. 1-28). New York : Routledge.
- Kempadoo, K., & Doezema, J. (Eds.). (1998). *Global sex workers : Rights, resistance, and redefinition*. New York : Routledge.
- Kickbush, I. (1986). Health promotion : A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 321-326.

- Kieffer, C.H. (1984). Citizen empowerment : A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 201-226.
- Kilmarx, P.H., Palanuvej, T., Limpakarnjanarat, K., Chitvarakorn, A., St. Louis, M.E., & Mastro, T.D. (1999). Seroprevalence of HIV among female sex workers in Bangkok : Evidence of ongoing infection risk after the « 100% condom program » was implemented. *Journal of Acquired Immune Deficiency*, 21, 313-316.
- Kirk, J., & Miller, M.L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Newbury Park : Sage.
- Knafl, K.A., & Breitmayer, B.J. (1989). Triangulation in qualitative research : Issues of conceptual clarity and purpose. In J.M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research : A contemporary dialogue* (pp. 209-220). Rockville, MD : Aspen.
- Krieger, N. (1999). Embodying inequality : A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, 29, 295-352.
- Kuhn, T.S. (1970). Postscript – 1969. In *The structure of scientific revolutions* (2nd ed., pp. 174-210). Chicago : The University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S. (1977). Second thoughts on paradigms. In *The essential tension : Selected studies in scientific tradition and change* (pp. 293-319). Chicago : The University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S. (1996). *The structure of scientific revolutions* (3rd ed.). Chicago : The University of Chicago Press.
- Kvale, S. (1995). The social construction of validity. *Qualitative Inquiry*, 1, 19-40.
- Kvale, S. (1996). *InterViews : An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks : Sage.
- Labonté, R. (1994a). Death of a program, birth of a metaphor : The development of health promotion in Canada. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 72-90). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Labonté, R. (1994b). Health promotion and empowerment : Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-268.
- Labonté, R. (1995). Population health and health promotion : What do they have to say to each other ? *Canadian Journal of Public Health*, 86, 165-168.
- Labonté, R., & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff : The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23, 431-447.
- Lacasse, D. (1994). *La prostitution féminine à Montréal, 1945-1970*. Cap Saint-Ignace : Boréal.
- Lacombe, R., & Poirier, L. (1991). Villes et villages en santé. *Santé et Société*, 13, 1-48.
- Lafond, J.S., & Morissette, C. (1995). Prostitution. In H. Bélanger & L. Charbonneau (Eds.), *La santé des femmes* (pp. 871-876). Montréal : Edisem, FMOQ.
- Lalande, A. (1993). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : Quadrige / Presses Universitaires de France.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective sur la santé des canadiens*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Lamothe, F., Bruneau, J., Soto, J., Lachance, N., Vincelette, J., & Brabant, M. (1993, June). *Behaviours of male and female intravenous drug users (IVDUs) involved in prostitution in Montréal, Québec, Canada* [PO-D09-3648]. Poster session presented at the IXth International Conference on AIDS, Berlin, Germany.

- Lamothe, F., Vincelette, J., Bruneau, J., Tepper, M., Gully, P.R., Lachance, N., & Franco, E. (1997). Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the St-Luc cohort. *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 8 (Suppl. A), 28A.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin.
- Langer, L.M., Tubman, J.G., & Duncan, S. (1998). Anticipated mortality, HIV vulnerability, and psychological distress among adolescents and young adults at higher and lower risk for HIV infection. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 513-538.
- Lapadat, J.C., & Lindsay, A.C. (1999). Transcription in research and practice : From standardization of technique to interpretive positionings. *Qualitative Inquiry*, 5, 64-86.
- Laperrière, A. (1993). Les critères de scientificité des méthodologies qualitatives. Dans *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : problématiques et enjeux*. Actes du colloque du CQRS, Rimouski, Canada. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Laperrière, A. (1997a). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (1997b). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (1998). L'observation directe. In B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (3e éd., pp. 241-262). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lascombes, P. (1994). VIH, exclusions et luttes contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 61-75.
- Last, J.M. (Ed.). (1988). *A dictionary of epidemiology* (2nd ed.). New York : Oxford University Press.
- Lather, P. (1986). Research as praxis. *Harvard Educational Review*, 56, 257-277.
- Lather, P. (1991). *Getting smart : Feminist research and pedagogy with/in the postmodern*. New York : Routledge.
- Lawless, S., Kippax, S., & Crawford, J. (1996). Dirty, diseased and undeserving : The positioning of HIV positive women. *Social Science & Medicine*, 43, 1371-1377.
- Lawrance, L., Levy, S.R., & Rubinson, L. (1990). Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teens. *Journal of School Health*, 60, 19-24.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Psychological stress and the coping process*. New York : Springer.
- Le Bossé, Y.D., & Lavallée, M. (1993). « Empowerment » et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 18, 7-20.
- Leigh, C. (1997). Inventing sex work. In J. Nagle (Ed.), *Whores and other feminists* (pp. 223-231). New York : Routledge.
- Leininger, M. (1992). Current issues, problems, and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. *Qualitative Health Research*, 2, 392-415.
- Le Moigne, J.-L. (1984). *La théorie du système général : théorie de la modélisation* (2e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod.

- Le Moigne, J.-L. (1994). *Le constructivisme. Tome 1 : des fondements*. Paris : ESF éditeur.
- Le Moigne, J.-L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Leonard, L., Ndiaye, I., Kapadia, A., Eisen, G., Diop, O., Mboup, S., & Kanki, P. (2000). HIV prevention among male clients of female sex workers in Kaolack, Senegal : Results of a peer education. *AIDS Education & Prevention*, 12, 21-37.
- Leopold, B., & Steffan, E. (1996, July). *European outreach program : Border crossing prostitution and HIV risk* [Abstract Tu.D.240]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques* (2e éd.). Montréal : Éditions Nouvelles AMS.
- Levin, M. (1994). Action research and critical systems thinking : Two icons carved out of the same log ? *Systems Practice*, 7, 25-41.
- Levine, O.H., Britton, P.J., James, T.C., Jackson, A. P., & Hobfall, S.E. (1993). The empowerment of women : A key to HIV prevention. *Journal of Community Psychology*, 21, 320-334.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1, 92-100.
- Levy, R. (1995). La santé publique : une transprofession ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2, 131-135.
- Levy, R. (1997). Réflexion sur la recherche en santé publique : des métaphores à la rescousse. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4, 35-44.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics, II. Channels of group life : Social planning and action research. *Human Relations*, 1, 143-153.
- Lewin, K. (1948). Action research and minority problems. In G.W. Lewin (Ed.), *Resolving social conflicts* (pp. 201-216). New York : Harper & Row. (Reprinted from *Journal of Social Issues*, 1946, 2, 21-32).
- Lincoln, Y.S. (1992). Fourth generation evaluation : The paradigm revolution and health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83 (Suppl. 1), S6-S11.
- Lincoln, Y.S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1, 275-289.
- Lincoln, Y.S. (2001). Engaging sympathies : Relationships between action research and social constructivism. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 124-132). London : Sage.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : Sage.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1986). But is it rigorous ? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. In D.D. Williams (Ed.), *Naturalistic evaluation* (pp. 73-84). Jossey-Bass.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 163-188). Thousand Oaks : Sage.
- Liu, M. (1992a). Singularités et ruptures introduites par la recherche-action dans le champ de la connaissance. *Revue Internationale de Systémique*, 6, 455-461.
- Liu, M. (1992b). Présentation de la recherche-action : définition, déroulement et résultats. *Revue Internationale de Systémique*, 6, 293-311.
- Liu, M. (1992c). Vers une épistémologie de la recherche-action. *Revue Internationale de Systémique*, 6, 435-454.

- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment : Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health, 12*, 5-22.
- Lowman, J. (1993). Prostitution in Canada. In N.J. Davis (Ed.), *Prostitution : An international handbook of trends, problems and policies* (pp. 56-86). Westport : Greenwood Press.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health : Public health and the regulated body*. London : Sage.
- Lurie, P., Fernandes, M.E.L., Hughes, V., Arevalo, E.I., Hudes, E.S., Reingold, A., Hearst, N., & The Instituto Adolfo Lutz Study Group. (1995). Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil. *AIDS, 9* (Suppl. 1), S31-S37.
- Lurie, P., Hintzen, P., & Lowe, R.A. (1995). Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries : The roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS, 9*, 539-546.
- Lux, K.M., & Petosa, R. (1994). Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions of incarcerated youth. *Health Education Quarterly, 21*, 487-497.
- Lynch, J. (2000). Income inequality and health : Expanding the debate. *Social Science & Medicine, 51*, 1001-1005.
- Lynch, J., Due, P., Muntaner, C., & Smith, G.D. (2000). Social capital – Is it a good investment strategy for public health ? *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 404-408.
- Macaulay, A.C., Delormier, T., McComber, A.M., Cross, E.J., Potvin, L.P., Paradis, G., Kirby, R.L., Saad-Haddad, C., & Desrosiers, S. (1998). Participatory research with native community of Kahnawake creates innovative code of research ethics. *Canadian Journal of Public Health, 89*, 105-108.
- Macdonald, G., & Bunton, R. (1992). Health promotion : Discipline or disciplines ? In R. Bunton, & G. Macdonald (Eds.), *Health promotion : Disciplines and diversity* (pp. 6-19). London : Routledge.
- Maciver, N. (1992). Developing a service for prostitutes in Glasgow. In J. Bury, V. Morrison, & S. McLachlan (Eds.), *Working with women and AIDS : Medical, social, and counselling issues* (pp. 85-95). London : Tavistock.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 835-850). Thousand Oaks : Sage.
- Maguire, P. (1987). *Doing participatory research : A feminist approach*. Amherst, MA : University of Massachusetts, Center for International Education.
- Maguire, P. (1996). Proposing a more feminist participatory research : knowing and being embraced openly. In K. de Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health : Issues and experiences* (pp. 27-39). London : Zed Books.
- Maguire, P. (2001). Uneven ground : Feminisms and action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 59-69). London : Sage.
- Maiman, L.A., & Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 4*, 336-353.
- Mallory, C.M. (1998). Women on the outside : The threat of HIV and marginalized women [Online]. *ProQuest Online* (Digital dissertation publication number : AAT 9907378).
- Maman, S., Campbell, J., Sweat, M.D., & Gielen, A.C. (2000). The intersections of HIV and violence : Directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine, 50*, 459-478.
- Mann, J.M. (1992). AIDS in the 1990s : A global analysis. *Journal of the Royal Society of Health, 6*, 143-148.
- Mann, J.M. (1995). Public health and human rights. *Current Issues in Public Health, 1*, 97-101.

- Mann, J.M., & Tarantola, D.J.M. (1996). From epidemiology to vulnerability to human rights. In Authors (Eds.), *AIDS in the world II* (pp. 427-476). New York : Oxford University Press.
- Mann, J.M., Tarantola, D.J.M., & Netter, T.W. (Eds.). (1992). *AIDS in the world*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Manson-Singer, S. (1994). The Canadian healthy communities project : Creating a social mouvement. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 107-122). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Martin, C., & McQueen, D. (Eds.). (1989). *Readings for a new public health*. Edinburgh : Edinburgh University Press.
- Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. London : Sage.
- Masterman, M. (1970). The nature of a paradigm. In I. Lakatos, & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 59-89). Cambridge, MA : Cambridge University Press.
- Maticka-Tyndale, E., Lewis, J., Clark, J.P., Zubick, J., & Young, S. (1999). Social and cultural vulnerability to sexually transmitted infection : The work of exotic dancers. *Canadian Journal of Public Health, 90*, 19-22.
- May, T. (1998). *Autonomy, authority and moral responsibility*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1998). La diversité des approches dans la recherche qualitative au Québec depuis 1970 : le cas du champ des services de santé et des service sociaux. In J. Poupart, L-H. Groulx, R. Mayer, J-P. Deslauriers, A. Laperrière, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec* (pp. 173-235). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1993). Families coping with illness : The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In C.B. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health and illness : Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). St.-Louis, MO : C.V. Mosby.
- McKeganey, N.P. (1994). Prostitution and HIV ; what do we know and where might research be targeted in the future ? [Editorial review]. *AIDS, 8*, 1215-1226.
- McKeganey, N.P., & Barnard, M. (1992). *AIDS, drugs and sexual risk*. Buckingham : Open University Press.
- McKeganey, N.P., & Barnard, M. (1996). *Sex work on the streets*. Buckingham : Open University Press.
- McLeod, W.T. (Ed.). (1987). *The new Collins dictionary and thesaurus in one volume*. London : Collins.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*, 351-377.
- McQueen, D. (1996). The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health Promotion International, 11*, 27-32.
- McQueen, D.V., & Anderson, L.M. (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*, 79-98.
- Meekers, D. (2000). Going underground and going after women : Trends in sexual risk behaviour among gold miners in South Africa. *International Journal of STD & AIDS, 11*, 21-26.
- Mele, A.R. (1995). *Autonomous agents : From self-control to autonomy*. New York : Oxford University Press.
- Mélèse, J. (1990). *Approches systémiques des organisations : vers l'entreprise à complexité humaine*. Paris : Les Éditions d'Organisation.

- Metzenrath, S. (1999). To test or not to test. *Social Alternatives*, 18, 25-30.
- Miller, J., & Schwartz, M.D. (1995). Rape myths and violence against street prostitutes. *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal*, 16, 1-23.
- Mingers, J. (1989). An introduction to autopoiesis – Implications and applications. *Systems Practice*, 2, 159-180.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1990). *Une Réforme axée sur le citoyen*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997a). *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997b). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4 : Orientations 1997-2002*. Québec : Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000a). *Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* [Commission Clair]. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000b). *Portrait de l'épidémie du VIH/sida au Québec. Décembre 2000*. Québec : Direction générale de la santé publique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. Québec : Auteur.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society : An historical perspective. *Health Education Quarterly*, 16, 17-30.
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health ? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education and Behavior*, 26, 121-140.
- Minkler, M., & Cox, K. (1980). Creating critical consciousness in health : Applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting. *International Journal of Health Services*, 10, 311-322.
- Moatti, J.-P., & Souteyrand, Y. (2000). HIV/AIDS and social and behavioural research : Past advances and thoughts about the future [Editorial]. *Social Science & Medicine*, 50, 1519-1532.
- Moggridge, A., & Reason, P. (1996). Human inquiry : Steps towards emancipatory practice. *Systems Practice*, 9, 159-175.
- Montgomery, S.B., Joseph, J.G., Becker, M.H., Ostrow, D.G., Kessler, R.C., & Kirscht, J.P. (1989). The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS : How useful ? [Critical Review]. *AIDS Education and Prevention*, 1, 303-323.
- Morin, E. (1977). *La méthode : la nature de la nature*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1980). *La méthode : la vie de la vie*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1982). *Science avec conscience*. Paris : Fayard.
- Morin, E. (1986). *La méthode : la connaissance de la connaissance*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Muhr, T. (1997). *ATLAS/ti short user's guide*. Thousand Oaks : Scolari.

- Muntaner, C., & Lynch, J. (1999). Income inequality, social cohesion, and class relations : A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*, 29, 59-81.
- Muntaner, C., Lynch, J., & Oates, G.L. (1999). The social class determinants of income inequality and social cohesion. *International Journal of Health Services*, 29, 699-732.
- Muntaner, C., Lynch, J., & Smith, G.D. (2000). Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*, 10, 107-124.
- Nancy, D. (2000, octobre 30). Putain de métier ! Selon Christopher Earls, les origines socioéconomiques et familiales des prostituées n'expliquent pas tout. *FORUM*, p.5.
- Ngugi, E.N., Branigan, E., & Jackson, D.J. (1999). Interventions for commercial sex workers and their clients. In L. Gibney, R.J. DiClemente, & S.H. Vermund (Eds.), *Preventing HIV in developing countries : Biomedical and behavioral approaches* (pp. 205-229). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ngugi, E.N., Wilson, D., Sebstad, J., Plummer, F.A., Moses, S. (1996). Focussed peer-mediated educational programs among female sex workers to reduce sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus transmission in Kenya and Zimbabwe. *Journal of Infectious Diseases*, 174 (Suppl. 2), S240-S247.
- Norris, J. (1995). *From the field : An introduction to participatory action-research*. Calgary : The PAR Trust.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- O'Connell, H.B. (1996, July). *AIDS education and prevention targeting commercial sex workers within a liberal framework* [Abstract Th.D.5030]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Office des Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 217(A) (III) du 10 décembre 1948. Genève : Auteur.
- Olesen, V.L. (2000). Feminisms and qualitative research at and into the milenium. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 215-255). Thousand Oaks : Sage.
- Olievenstein, C., Charles-Nicolas, A., Geraud, B., Ingold, R., Sternschuss, S., Tonnellier, H., & Valleur, M. (1991). *La vie du toxicomane* (3e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Olquist, P. (1978). The epistemology of action research. *Acta Sociologica*, 21, 143-163.
- O'Malley, J., Mann, J., & Tarantola, D. (1993). Vulnerability and HIV prevention. *Hygie*, 12, 12-15.
- O'Neill, Maggie. (1996). Researching prostitution and violence : Towards a feminist praxis. In M. Hester, L. Kelly, & J. Radford (Eds.), *Women, violence and male power : Feminist activism, research and practice* (pp. 130-147). Buckingham : Open University Press.
- O'Neill, Maggie. (1997). Prostitute women now. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution : Purchasing sex in the 1990s* (pp. 3-28). London : Routledge.
- O'Neill, Michel. (1991). La participation dans le secteur des affaires sociales : le Québec face aux récentes suggestions de l'Organisation mondiale de la santé. In J.T. Godbout (éd.), *La participation politique : leçons des dernières décennies* (pp. 79-118). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- O'Neill, Michel. (1998). Appropriate methodological attitudes for conducting health promotion research : A perspective. In W.E. Thurston, J.D. Sieppert, & V.J. Wiebe (Eds.), *Doing health promotion research : The science of action* (pp. 15-27). Calgary, Canada : University of Calgary, Health Promotion Research Group.

- O'Neill, Michel, & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Québec : Did it ever catch on ? In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national and international perspectives* (pp. 262-283). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- O'Neill, Michel, Pederson, A., & Rootman, I. (2001). La promotion de la santé au Canada : déclin ou mutation ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 50-59.
- O'Neill, Michel, Rootman, I., & Pederson, A. (1994). Beyond Lalonde : Two decades of Canadian health promotion. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national and international perspectives* (pp. 374-386). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Organisation mondiale de la santé. (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle*. Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta, 21-25 juillet. Genève : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada, & Association canadienne de santé publique (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Revue canadienne de santé publique*, 77, 425-430.
- Otis, J., Lévy, J.J., & Fernet, M. (2000). Psychosocial and interpersonal correlates of condom use through stages of change. *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11 (Suppl. B), 72B.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). *L'empowerment en situation d'extrême pauvreté. L'expérience de Naître égaux-Grandir en santé. Rapport Synthèse*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Overs, C., & Longo, P. (1997). *Making sex work safe*. London, UK : Network of Sex Work Projects, Russell Press Ltd.
- Padian, N.S. (1988). Prostitute women and AIDS epidemiology [Editorial review]. *AIDS*, 2, 413-419.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paone, D., Cooper, H., Alperen, J., Shi, Q., & DesJarlais, D.C. (1999). HIV risk behaviours of current sex workers attending syringe exchange : The experiences of women in five US cities. *AIDS Care*, 11, 269-280.
- Parent, C., & Coderre, C. (2000). Le corps social de la prostituée : regards criminologiques. In S. Frigon & M. Kérisit (Eds.), *Du corps des femmes : contrôles, surveillances et résistances* (pp. 93-124). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Park, P. (1992). The discovery of participatory research as a new scientific paradigm : Personal and intellectual accounts. *The American Sociologist*, 23, 29-42.
- Park, P. (2001). Knowledge and participatory research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 81-90). London : Sage.
- Park, P., Brydon-Miller, M., Hall, B., & Jackson, T. (Eds.). (1993). *Voices of change : Participatory research in the United States and Canada*. Westport : Bergin and Garvey.
- Parker, R.G. (1996). Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. *AIDS*, 10 (Suppl. 3), S27-S31.
- Patton, M.Q. (1990). Purposeful sampling. In *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed., pp. 169-183). Newbury Park : Sage.
- Perkins, D.D., & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23, 569- 579.

- Perris, C. (1987). Towards and integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative Psychiatry*, 5, 27-39.
- Peters, M., & Robinson, V. (1984). The origins and status of action research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 20, 113-124.
- Peterson, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health : Health and self in the age of risk*. London : Sage.
- Peterson, C., & Szterenfeld, C. (1992). Organizing a project with community-based health agents recruited from prostitutes in Rio de Janeiro. *Public Health*, 106, 217-223.
- Pheterson, G. (1989). *A vindication of the rights of whores*. Seattle : The Seal Press.
- Piaget, J. (1981). Time perception in children. In J.T. Fraser (Ed.), *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed., pp. 202-216). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- PiAMP. (1994). *Le projet Stella : une intervention destinée aux femmes pratiquant la prostitution dans les rues de Montréal-Centre*. (Disponible chez Stella, C.P. 989, Succursale Desjardins, Montréal, Québec, H5B 1C1).
- Pinder, L. (1994). The federal role in health promotion : Art of the possible. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 92-106). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Plant, M. (Ed.). (1990). *AIDS, drugs and prostitution*. London : Tavistock.
- Plant, M. (1997). Alcohol, drugs and social milieu. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution : Purchasing sex in the 1990s* (pp. 164-179). London : Routledge.
- Plumridge, E.W., Chetwynd, S.J., & Reed, A. (1997). Control and condoms in commercial sex : Client perspectives. *Sociology of Health and Illness*, 19, 228-243.
- Polk, L.V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Popay, J., & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science & Medicine*, 42, 759-768.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Pradeep, K., Oostvogels, R., Khodakevich, L., Radhakrishnan, K.M., & Senthil, K. (1993, June). *Condom promotion and education of sex workers through sex brokers and clients in Madras, India* [Abstract PO-C11-2829]. Poster session presented at the IXth International Conference on AIDS, Berlin, Germany.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention : A review. *Health Education Quarterly*, 21, 471-486.
- Provan, K.G. (1997). Services integration for vulnerable populations : Lessons from community mental health. *Family Community Health*, 19, 19-30.
- Punch, M. (1994). Politics and ethics in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 83-98). Thousand Oaks : Sage.
- Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

- Putnam, R.D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
- Pyett, P.M., Haste, B.R., & Snow, J. (1996). Risk practices for HIV infection and other STDs amongst female prostitutes working in legalized brothels. *AIDS Care*, 8, 85-94.
- Pyett, P.M., & Warr, D.J. (1997). Vulnerability on the streets : Female sex workers and HIV risk. *AIDS Care*, 9, 539-547.
- Rahman, M.A. (1988). The theory and practice of participatory action research. *Evaluation Studies Review Annual*, 12, 135-160.
- Ramos, R., Shain, R., & Johnson, L. (1995). Men I mess around with don't have anything to do with AIDS : Using ethno-theory to understand sexual risk perception. *Sociological Quarterly*, 36, 483-504.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2000). Putting the population into population health. *Canadian Journal of Public Health*, 91, 9-12.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox : A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment : Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 16, 15-21.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment / Exemplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meets narrative : Listening to stories and creating settings. *American Journal of Community Psychology*, 23, 795-807.
- Ratcliffe, J.W., & Gonzalez-del-Valle, A. (1988). Rigor in health-related research : Toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18, 361-392.
- Ravelo, N., Hernandez, R., Rudy, J., & Williams, N. (1996, July). *The influence of customers and employers on condom use among sex workers in the Philippines* [Abstract Tu.C.2670]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Reason, P. (Ed.). (1988). *Human inquiry in action: Developments in new paradigm research*. London : Sage.
- Reason, P. (1994a). Three approaches to participative inquiry. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 324-339). Thousand Oaks : Sage.
- Reason, P. (Ed.). (1994b). *Participation in human inquiry*. London : Sage.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001a). Introduction : Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 1-14). London : Sage.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2001b). *Handbook of action research : Participative inquiry & practice*. London : Sage.
- Reason, P., & Rowan, J. (Eds.). (1981a). *Human inquiry : A sourcebook of new paradigm inquiry*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Reason, P., & Rowan, J. (1981b). Issues of validity in new paradigm research. In P. Reason & J. Rowan (Eds.), *Human inquiry : A sourcebook of new paradigm inquiry* (pp. 239-250). Chichester : John Wiley & Sons.
- Reinharz, S. (1981). Implementing new paradigm research : A model for training and practice. In P. Reason & J. Rowan (Eds.), *Human Inquiry : A sourcebook of new paradigm inquiry* (pp. 415-435). Chichester : John Wiley & Sons.

- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. New York : Oxford University Press.
- Remis, R.S., Leclerc, P., & Vandal, C. (1999). *Situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*. Montréal : Direction de la Santé publique de Montréal-Centre.
- Renaud, M. (1996). L'avenir : Hygié ou Panacée ? In R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmor (éds.), *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie* (pp. 317-332). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Resnick, M.D. (2000). Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolescent Medicine, 11*, 157-165.
- Resnick, P. (1991). La participation politique au Québec et au Canada. In J.T. Godbout (éd.), *La participation politique : leçons des dernières décennies* (pp. 251-266). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Restrepo, H. (2000). *Increasing community capacity and empowering communities for promoting health* [Draft technical report]. Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City, 5-9 June. Geneva : World Health Organisation.
- Rey-Debove, J., & Rey, A. (1996). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Rhodes, T. (1994). Outreach, community change and community empowerment : Contradictions for public health and health promotion. In P. Aggleton, P. Davies, & G. Hart (Eds.), *AIDS : Foundations for the Future* (pp. 48-64). London : Taylor & Francis.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L.W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion, 10*, 318-328.
- Richardson, L. (1994). Writing : A method of inquiry. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 516- 529). Thousand Oaks : Sage.
- Richardson, L. (2000). Writing : A method of inquiry. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 923-948). Thousand Oaks : Sage.
- Ricoeur, P. (1978). Explanation and understanding: On some remarkable connections among the theory of text, theory of action, and theory of history. In C.E. Reagan & D. Stewart (Eds.), *The philosophy of Paul Ricoeur : An anthology of his work* (pp. 149-166). Boston : Beacon Press.
- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment ? *American Journal of Community Psychology, 21*, 279-292.
- Rissel, C., & Bracht, N. (1999). Assessing community needs, resources and readiness : Building on strengths. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level : New advances* (2nd ed., pp. 59-71). Thousand Oaks : Sage.
- Robert, S.A., & House, J.S. (2000). Socioeconomic inequalities in health : Integrating individual-, community-, and societal-level theory and research. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S.C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health & medicine* (pp. 115-135). London : Sage.
- Roberts, N. (1992). *Whores in history*. London : Grafton.
- Robertson, A. (1998). Shifting discourses on health in Canada : From health promotion to population health. *Health Promotion International, 13*, 155-166.
- Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health promotion movement : A critical examination. *Health Education Quarterly, 21*, 295-312.
- Robinson, N.J., & Hanenberg, R. (1997). Condoms used during most commercial sex acts in Thailand. *AIDS, 11*, 1064-1065.
- Rodgers, B. (1991). Models of stress, vulnerability and affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 21*, 1-13.

- Rodin, J. (1990). Control by any other name : Definitions, concepts and processes. In J. Rodin, C. Schooler, & K. Warner Schaie (Eds.), *Self-directedness : Cause and effects throughout the life course* (pp. 1-17). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
- Rogers, A .C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72.
- Rojanapithayokorn, V.S., & Hanenberg, J. (1996). The 100% condom program. *AIDS*, 10, 1-7.
- Romero-Daza, N., Weeks, M., & Singer, M. (1998). 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, 107-119.
- Rootman, I., & O'Neill, M. (1994). Developing knowledge for health promotion. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada : Provincial, national & international perspectives* (pp. 139-151). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Rosen, G. (1974). *From medical police to social medicine : Essay on the history of health care*. New York : Science History Publications.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health* (Expanded Edition). Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente, & J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York : Plenum Press.
- Ross, M.W., Hwang, L.Y., Leonard, L., Teng, M., & Duncan, L. (1999). Sexual behavior, STDs and drug use in a crack house population. *International Journal of STD and AIDS*, 10, 224-230.
- Rowan, J. (1981). « The leaves of spring » by Aaron Esterson : An appreciation. In P. Reason & J. Rowan (Eds.), *Human inquiry : A sourcebook of new paradigm inquiry* (pp. 167-171). Chichester : John Wiley & Sons.
- Rowan, J. (2001). The humanistic approach to action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 114-123). London : Sage.
- Roy, D.J. (1999). Les enjeux en santé publique exigent une éthique pour la complexité. *Actes du colloque : les enjeux éthiques en santé publique* (pp. 9-23). Montréal : Association pour la santé publique du Québec.
- Roy, D.J., Williams, J.R., Dickens, B.M., & Baudoin, J.L. (1995). *La bioéthique, ses fondements et ses controverses*. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique.
- Rudd, R.E., & Comings, J.P. (1994). Learner developed materials : An empowering product. *Health Education Quarterly*, 21, 313-327.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Ryles, S.M. (1999). A concept analysis of empowerment : Its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 600-607.
- Sakondhavat, C., Werawatanakul, Y., Bennett, A., Kuchaisit, C., & Suntharapa, S. (1997). Promoting condom-only brothels through solidarity and support for brothel managers. *International Journal of STD & AIDS*, 8, 40-43.
- Salt, H., Boyle, M., & Ives, J. (1990). HIV prevention : Current health promoting behavior models for understanding psychosocial determinants of condom use. *AIDS Care*, 2, 69-75.

- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8, 27-37.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis : The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16, 1-8.
- Sandelowski, M. (1995). Triangles and crystals : On the geometry of qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 569-574.
- Sansfaçon, D. (1994). *Étude sur les violences envers les prostituées à Montréal*. Ottawa : Ministère de la Justice.
- Santé Canada. (2000a). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada : 40 100 vivent avec une infection à VIH et 4 200 nouvelles infections se déclarent à chaque année*. Ottawa : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- Santé Canada. (2000b). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Le VIH et le sida chez les femmes au Canada*. Ottawa : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- Santé Canada. (2000c). *Inventory of HIV incidence and prevalence studies in Canada. April 2000*. Ottawa : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- Savoie-Zajc, L. (1990). Les critères de rigueur de la recherche qualitative. *Actes du colloque de la Société de recherche de l'Abitibi-Témiscamingue* (pp. 49-66). Rouyn : Société de recherche de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3e éd., pp. 263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Scambler, G. (1997). Conspicuous and inconspicuous sex work : The neglect of the ordinary and mundane. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution: Purchasing sex in the 1990s* (pp. 105-120). London : Routledge.
- Scambler, G., & Graham-Smith, R. (1992). Female prostitution and AIDS : The realities of social exclusion. In P. Aggleton, P. Davies, & G. Hart (Eds.), *AIDS : Rights, risk and reason* (pp. 68-76). Washington : Falmer Press.
- Scambler, G., & Scambler, A. (1995). Social change and health promotion among women sex workers in London. *Health Promotion International*, 10, 17-24.
- Schlegel, R. (1981). Time and thermodynamics. In J.T. Fraser (Ed.), *The voices of time : A cooperative survey of man's views of time as expressed by the sciences and the humanities* (2nd ed., pp. 500-523). Amherst, MA : The University of Massachusetts Press.
- Schneider, B.E., & Jenness, V. (1995). Social control, civil liberties, and women's sexuality. In B.E. Schneider & N.E. Stoller (Eds.), *Women resisting AIDS : Feminist strategies of empowerment* (pp. 74-95). Philadelphia : Temple University Press.
- Schneider, B.E., & Stoller, N.E. (Eds.). (1995). *Women resisting AIDS : Feminist strategies of empowerment*. Philadelphia : Temple University Press.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner*. New York : Basic Books.
- Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative inquiry : A dictionary of terms*. Thousand Oaks : Sage.
- Schwandt, T.A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry : Interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 189-213). Thousand Oaks : Sage.
- Scott, G.R., Peacock, W., & Cameron, S. (1995). Outreach STD clinics for prostitutes in Edinburgh. *International Journal of STD & AIDS*, 6, 197-200.

- Sen, A.K. (1990). Food, economics and entitlements. In J. Dreze, & A.K. Sen (Eds.), *The political economy of hunger, Volume 1* (pp. 34-50). London : Clarendon.
- Serrano-Garcia I., Torres-Burgos, N., & Galaraza, M. (1996, July). *Participant recruitment : Challenges and pitfalls for HIV community prevention efforts with women in Puerto Rico* [Abstract Mo.C.1622]. Poster session presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Serre, A., Schutz-Samson, M., Cabral, C., Martin, F., Hardy, R., DeAquino, O., Vinsonneau, P., Arnaudies, M., Fierro, F., Mathieu, L., Pryen, S., Welzer-Lang, D., & DeVincenzi, I. (1996). Conditions de vie de personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 44, 407-416.
- Shaver, F.M. (1993). Prostitution : A female crime ? In E. Adelberg & C. Currie (Eds.), *In conflict with the law : Women and the Canadian justice system* (pp. 153-173). Vancouver : Press Gang.
- Shaver, F.M. (1994). The regulation of prostitution : Avoiding the morality traps. *Canadian Journal of Law and Society*, 9, 123-145.
- Sheilds, L.E. (1995). Women's experiences of the meaning of empowerment. *Qualitative Health Research*, 5, 15-35.
- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in health care. In S. Sherwin, F. Baylis, M. Bell, M. De Koninck, J. Downie, A. Lippman, M. Lock, W. Mitchinson, K.P. Morgan, J. Mosher, & B. Parish. *The politics of women's health : Exploring agency and autonomy* (pp. 19-47). Philadelphia : Temple University Press.
- Sherwin, S., Baylis, F., Bell, M., de Koninck, M., Downie, J., Lippman, A., Lock, M., Mitchison, W., Morgan, K.P., Mosher, J., & Parish, B. (1998). *The politics of women's health : Exploring agency and autonomy*. Philadelphia : Temple University Press.
- Siegrist, J. (2000). The social causation of health and illness. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S.C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health & medicine* (pp. 100-114). London : Sage.
- Siela, D., & Wieseke, A.W. (2000). Stress, self-efficacy and health. In V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health* (pp. 495- 515). Thousand Oaks : Sage.
- Sieppert, J. (1998). Directions for health promotion research and practice. In W.E. Thurston, J.D. Sieppert, & V.J. Wiebe (Eds.), *Doing health promotion research : The science of action* (pp. 1-12). Calgary, Canada : University of Calgary, Health Promotion Research Group.
- Silva, J., Nakata, A.K., Figueiredo, C.R., Andrade, L.F., & Passador, L.H. (1996, July). *STD/AIDS prevention among female prostitutes in Sao Paulo* [Abstract Tu.C.2622]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Simard, P., O'Neill, M., Frankish, C.J., George, A., Daniel, M., & Doyle-Waters, M. (1997). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone – Guide de réflexion*. Ottawa : Ministère de travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Simmons-Morton, D.G., Simmons-Morton, B.G., Parcel, G.S., & Bunker, J.F. (1988). Influencing personal and environmental conditions for community health : A multilevel intervention model. *Family and Community Health*, 11, 25-35.
- Smith, H.W. (1975). *Strategies of social research : The methodological imagination*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Smith, S.E., Pyrch, T., & Lizardi, A.O. (1993). Participatory action research for health. *World Health Forum*, 14, 319-324.
- Sneed, C.D., & Morisky, D.E. (1998). Applying the theory of reasoned action to condom use among sex workers. *Social Behavior & Personality*, 26, 317-327.

- Société canadienne du sida, & Réseau juridique canadien VIH/sida. (1995). *Questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida - Enquête bibliographique et bibliographie annotée*. Montréal : Auteurs.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 715-721.
- Springett, J. (1998). *Participatory approaches to evaluation in health promotion*. Unpublished manuscript, Liverpool John Moores University, School of Health, UK.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Thousand Oaks : Sage.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks : Sage.
- Stake, R.E. (2000). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 435-454). Thousand Oaks : Sage.
- Stella. (1996). *Rapport d'évaluation : les raisons pour lesquelles des travailleuses du sexe n'ont pas recours ou ne participent pas à Stella*. (Disponible chez Stella, C.P. 989, Succursale Desjardins, Montréal, Québec, H5B 1C1).
- Stevenson, H.M., & Burke, M. (1991). Bureaucratic logic in new social movement clothing : The limits of health promotion research. *Health Promotion International*, 6, 281-289.
- Stewart, M., Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 21-31.
- Strauss, A. (1995). Notes on the nature and development of general theories. *Qualitative Inquiry*, 1, 7-18.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park : Sage.
- Strawn, C. (1994). Beyond the buzz word : Empowerment in community outreach and education. *Journal of Applied Behavioural Science*, 30, 159-174.
- Stringer, E. (1996). *Action research : A handbook for practitioners*. Thousand Oaks : Sage.
- Syme, S.L. (1998). Social and economic disparities in health : Thoughts about intervention. *Milbank Quarterly*, 76, 493-505.
- Tandon, R. (1996). The historical roots and contemporary tendencies in participatory research : Implications for health care. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health : Issues and experiences* (pp. 19-26). London : Zed Books.
- Tarantola, D. (2000). Reducing HIV/AIDS risk, impact and vulnerability. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78, 236-237.
- Terris, M. (1992). Concepts of health promotion : Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13, 267-276.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. New York : The Falmer Press.
- Tierney, W.G. (1995). (Re)presentation and voice. *Qualitative Inquiry*, 1, 379-390.
- Tigalo, T.V., Morisky, D.E., Tempongko, S.B., Baltazar, J.C., & Detels, R. (1996). A community PAR approach to HIV/AIDS prevention among sex workers. *Promotion & Education*, 3, 25-28.
- Tolley, E.E., & Bentley, M.E. (1996). Training issues for the use of participatory research methods in health. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health : Issues and experiences* (pp. 50-61). London: Zed Books.
- Torbert, W.R. (1991). *The power of balance : Transforming self, society, and scientific inquiry*. Newbury Park : Sage.

- Trefil, T.S. (1985). *Space, time, infinity*. New York : Pantheon Books.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA : Brooks/Cole.
- Troung, T.D. (1990). *Sex, money and morality : The political economy of prostitution and tourism in South East Asia*. London: Zed Books.
- Trussler, T., Perchal, P., & Barker, A. (2000). « Between what is said and what is done », cultural constructs and young gay men's HIV vulnerability. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 295-306.
- Turner, B.S. (2000). The history of the changing concepts of health and illness : Outline of a general model of illness categories. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S.C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health & medicine* (pp. 9-23). London : Sage.
- Underwood, P.W. (2000). Social support : the promise and the reality. In V. Hill Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health : Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 367-391). Thousand Oaks : Sage.
- United Nations. (1996). *Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Strategic Plan 1996-2001*. New York : Author.
- United Nations International Drug Control Programme. (1997). *World drug report*. Oxford : Oxford University Press.
- Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R. (1989). Théories de prédiction du comportement : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement interpersonnel, la théorie du comportement planifié. *Monographies en mesure et évaluation*, 4 (1). Québec : Université Laval, Département de mesure et évaluation.
- van de Perre, P., Carael, M., Robert-Guroff, M., Freyens, P., Gallo, R.C., Clumeck, N., Nzambihimana, E., de Mol, P., Butzler, J-P., & Kanyamupira, J-B. (1985). Female prostitutes : A risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III. *Lancet*, 2, 524-526.
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Presses Université de Montréal et De Boeck.
- van Mens, L. (1996, July). *Peer education project for migrant and drug-addicted prostitutes* [Abstract Th.C.4660]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- van Nguyen, N., & Kelly, P. (1996, July). *Peer education with commercial sex workers* [Abstract Th.D.462]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Vanwesenbeeck, I., de Graaf, R., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1993). Condom use by female prostitutes : Behavior, factors, and considerations. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6, 69-92.
- Vanwesenbeeck, I., de Graaf, R., van Zessen, G., Straver, C.J., & Visser, J.H. (1995). Professional HIV risk taking, levels of victimization, and well-being in female prostitutes in The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 503- 515.
- Vanwesenbeeck, I., van Zessen, G., de Graaf, R., & Straver, C.J. (1994). Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts. *Patient Education and Counselling*, 24, 307-322.
- Varga, C.A. (1997). The condom conundrum : Barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 1, 74-88.
- Ville de Montréal. (1999). *Rapport du Comité montréalais sur la prostitution de rue et la prostitution juvénile*. Montréal : Auteur.
- Visrutaratna, S., Lindan, C.P., Sirhorachai, A., & Mandel, J.S. (1995). 'Superstar' and 'model brothel' : Developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 9 (Suppl. 1), S69-S75.

- Vuylsteke, B., Sunkutu, R., & Laga, M. (1996). Epidemiology of HIV and sexually transmitted infections in women. In J. Mann & D. Tarantola (Eds.), *AIDS in the world II* (pp. 97- 100). New York : Oxford University Press.
- Waddell, C. (1996). HIV and the social world of female commercial sex workers. *Medical Anthropology Quarterly*, *10*, 75-82.
- Wadsworth, Y. (2001). The mirror, the magnifying glass, the compass and the map : Facilitating participatory action research. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research : Participative inquiry & practice* (pp. 420-432). London : Sage.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health : Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, *6*, 197-205.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, *15*, 379-394.
- Wang, C., & Burris, M.A. (1994). Empowerment through photo novella : Portraits of participation. *Health Education Quarterly*, *21*, 171-186.
- Wang, C., Burris, M.A., & Ping, X.Y. (1996). Chinese village women as visual anthropologists : A participatory approach to reaching policymakers. *Social Science & Medicine*, *42*, 1391-1400.
- Wang, C., Yi, W.K., Tao, Z.W., & Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International*, *13*, 75-86.
- Ward, H., & Day, S. (1997). Health care and regulation : New perspectives. In G. Scambler & A. Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution : Purchasing sex in the 1990s* (pp. 139-163). London : Routledge.
- Ward, H., Day, S., & Weber, J. (1999). Risky business : Health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sexually Transmitted Infections*, *75*, 340-343.
- Watts, M.J., & Bolhe, G. (1993). Hunger, famine, and the space of vulnerability. *Geojournal*, *30*, 117-125.
- Wawer, M.J., Podhisita, C., Kanungsukkasem, U., Pramualratana, A., & McNamara, R. (1996). Origins and working conditions of female sex workers in urban Thailand : Consequences of social context for HIV transmission. *Social Science & Medicine*, *42*, 453-462.
- Weeks, M.R., Grier, M., Romero-Daza, N., Puglisi-Vasquez, M.J., & Singer, M. (1998). Streets, drugs, and the economy of sex in the age of AIDS. *Women and Health*, *27*, 205-229.
- Weiner, A. (1996). Understanding the social needs of streetwalking prostitutes. *Social Work*, *41*, 97-105.
- Weitzman, E.A., & Miles, M.B.. (1995). *Computer programs for qualitative data analysis*. Thousand Oaks : Sage.
- Welzer-Lang, D., Barbosa, O., & Mathieu, C. (1994). *Prostitution : les uns, les unes et les autres*. Paris : Métailié.
- White, D. (1993). The community-based mental health system : What does it mean. *Canadian Review of Social Policy*, *31*, 31-61.
- White, D. (2000). Consumer and community participation : A reassessment of process, impact, and value. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S.C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health & medicine* (pp. 465-480). London : Sage.
- White, S.K. (1995). Reason, modernity and democracy. In S.K. White (Ed.), *The Cambridge companion to Habermas* (pp. 3-16). Cambridge : Cambridge University Press.
- Whyte, W.F. (Ed.). (1991). *Participatory action research*. Newbury Park : Sage.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London : Routledge.

- Wilkinson, R.G. (1999). Income inequality, social cohesion, and health : Clarifying the theory – A reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29, 525-543.
- Wilkinson, R.G. (2000a). Inequality and the social environment : A reply to Lynch *et al.* *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 411-413.
- Wilkinson, R.G. (2000b). Deeper than « neoliberalism ». A reply to David Coburn. *Social Science & Medicine*, 51, 997-1000.
- Wilson, D. (1993). Preventing transmission of HIV in heterosexual prostitution. In L. Sherr (Ed.), *AIDS and the heterosexual population* (pp. 67-81). Switzerland : Harwood Academic Publishers.
- Wilson, D., Sibanda, B., Mboyi, L., Msimanga, S., & Dube, G. (1990). A pilot study for an HIV prevention programme among commercial sex workers in Bulawayo, Zimbabwe. *Social Science & Medicine*, 3, 609-618.
- Wisner, B. (1993). Disaster vulnerability : Scale, power, and daily life. *Geojournal*, 30, 127-140.
- Wolff, L., & Geissel, D. (1993). La prostitution de rue au Canada. *Juristat* (no. 85-002, 13(4) au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Wolffers, I. (2000). Biomedical and development paradigms in AIDS prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 267-273.
- Wong, D. (1997). *Paradigms lost : Examining the impact of a shift from health promotion to population health on HIV/AIDS policy and program in Canada*. Ottawa : Canadian AIDS Society.
- Wong, M.L., Chan, K.W.R., & Koh, D. (1998). A sustainable behavioral intervention to increase condom use and reduce gonorrhoea among sex workers in Singapore : 2-year follow-up. *Preventive Medicine: An International Devoted to Practice & Theory*, 27, 891-900.
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care : Report of the International Conference on Primary Health Care*. , Alma-Ata, USSR, 6-12th September. Geneva : Author.
- World Health Organization. (1979). *Formulating strategies for health for all by the year 2000 : Guiding principles and essential issues*. Geneva : Author.
- World Health Organization. (1989). *Consensus statement from the consultation on HIV epidemiology and prostitution*. Geneva : Global programme on AIDS and programme of STD.
- Yank, G.R., Bentley, K.J., & Hargrove, D.S. (1993). The vulnerability-stress model of schizophrenia : Advances in psychosocial treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 55-69.
- Yin, R.K. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park : Sage.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research : Design and methods* (2nd ed.). Thousand Oaks : Sage.
- Zander, A. (1990). *Effective social action by community groups*. San Francisco : Jossey Bass.
- Zierler, S., Witbeck, B., & Mayer, K. (1996). Sexual violence against women living with or at risk for HIV. *American Journal of Preventive Medicine*, 12, 304-310.
- Ziller, R.C. (1990). *Photographing the self*. Newbury Park : Sage.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment : Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.
- Zimmerman, M., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.

Université de Montréal

La pratique participative en santé publique :
l'émergence d'un paradigme
(Tome II)

par
Sylvie Gendron

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en Santé publique
option Promotion de la santé

novembre 2001

© Sylvie Gendron, 2001

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES	iii
Annexe 1 : Adaptation des propositions de Ratcliffe et Gonzalez-del-Valle	iv
Annexe 2 : Stella, document de présentation	vii
Annexe 3 : Articles du Code criminel canadien relatifs à la prostitution	xiv
Annexe 4 : Extrait de journal de bord. Présentation personnelle lors de l'initiation du projet	xviii
Annexe 5 : Charte des valeurs	xxi
Annexe 6 : Critères de sélection	xxiii
Annexe 7 : Extrait de journal de bord. Sortie de prise de photos	xxv
Annexe 8 : Consignes aux photographes	xxviii
Annexe 9 : <i>Verbatim</i> des deuxième et troisième séances de discussion-réflexion	xxx
Annexe 10 : Copies des comptes-rendus des rencontres de discussion-réflexion	lxviii
Annexe 11 : Exemple de fiche photo	lxxv
Annexe 12 : Exemple de fiche catégorie	lxxvii
Annexe 13 : Liste des codes	lxxix
Annexe 14 : Exemple tiré du lexique des codes	lxxx
Annexe 15 : Exemple tiré de la liste alphabétique des codes et <i>verbatim</i> assortis	lxxxiv
Annexe 16 : Exemple tiré de la liste des catégories	lxxxvii
Annexe 17 : Exemple de commentaires	xcv
Annexe 18 : Exemple de mémo théorique	xcviii
Annexe 19 : Extrait du journal de bord méthodologique	c
Annexe 20 : Exemple de mémo théorique sur la notion de vulnérabilité	ciii
Annexe 21 : Tableau synthèse des thèmes, catégories, sous-catégories et codes issus de l'analyse effectuée <i>a posteriori</i>	cvii
Annexe 22 : Résumé d'une recension des écrits : les principaux facteurs de vulnérabilité au VIH pour huit groupes sélectionnés	cxii
Annexe 23 : Grille d'entretien utilisée au terme du projet auprès de mes co-chercheuses principales	cxxxiv
Annexe 24 : Correspondance initiale avec le comité d'éthique	cxxxvi
Annexe 25 : Procès verbal de la rencontre tenue avec le comité d'éthique	cxlvi
Annexe 26 : Formulaire de consentement (version finale)	cli
Annexe 27 : Réponses soumises aux questions du comité d'éthique	clvi
Annexe 28 : Lettre d'approbation éthique	clxii
CURRICULUM VITAE	clxiv

ANNEXES

ANNEXE 1

ADAPTATION DES PROPOSITIONS DE RATCLIFFE ET GONZALEZ-DEL-VALLE

Une approche rigoureuse à la formulation d'un projet de recherche

Adaptation de Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle (1988)

Étape du processus de recherche	Considérations	Points à élucider
Précision du but et des intentions	Les motivations, intentions et buts poursuivis par les chercheurs et le projet doivent être exposés afin que les personnes extérieures puissent évaluer comment ces enjeux peuvent influencer les produits de la recherche.	Quelles sont mes motivations personnelles et professionnelles ? Quels buts et intérêts seront servis et pour qui ? Qui profitera du projet et qui en subira les coûts ? Les bénéfices et les coûts peuvent être tangibles ou non, directs et indirects.
Identification du problème	La manière dont le problème a été identifié doit être explicitée ; le seul fait de nommer façonne le problème et la situation afférente. Ceux qui identifient un problème se voient généralement hors des frontières du problème - ils n'en font pas partie.	Qui a identifié le problème et pourquoi y voit-on un problème ? Quels intérêts sont desservis et qui encourt des risques ou difficultés avec le fait qu'on y trouve un problème ?
Formulation du problème et de la question de recherche	La formulation du problème et de la question de recherche dépendent des valeurs et des intérêts des partis impliqués et des solutions qu'ils privilégient.	Qui a formulé le problème et la question de recherche ? Quels intérêts sont desservis ? Y a-t-il d'autres façons de concevoir la problématique et la question de recherche ? Ont-elles été considérées ?
Choix du cadre théorique	Le cadre théorique sert de guide formateur et de cadre conceptuel. Par contre, il y a absence de critères pour justifier le choix d'un tel cadre parmi l'ensemble des possibilités.	Quels sont les valeurs et postulats qui orientent le choix de ce cadre ? Ce cadre est-il approprié au problème étudié ? Selon quels critères de sélection ? Quelles sont les conséquences de ce choix pour la population concernée ?
Sélection de la méthodologie	Différentes méthodologies mèneront à des conceptualisations divergentes d'un problème donné et à des informations et conclusions n'ayant pas de commune mesure.	La méthodologie choisie permet-elle de considérer la structure et la complexité de la problématique ? Sera-t-il possible de tenir compte des dimensions considérées essentielles ?
Sélection et application des méthodes	Les méthodes doivent procéder de la méthodologie pour produire des informations valables.	Les méthodes choisies permettent-elles de considérer la complexité du phénomène ? Les méthodes sont-elles en alignement avec le paradigme de la chercheure ?

Étape du processus de recherche	Considérations	Points à élucider
- suite -		
Rigueur de la démarche	La rigueur de la démarche relève de considérations méthodologiques/procédures et de critères/finalités procédant du paradigme dans lequel est ancré le projet.	Quels sont les critères permettant de juger de la qualité des procédures adoptées et de la capacité du projet d'atteindre les buts projetés ?
Interprétation et utilisation de l'information	De multiples sens peuvent être dégagés d'un seul projet ; le processus d'interprétation et de formulation de conclusions et de recommandations évolue sous l'influence des valeurs, des intérêts et des idéologies des chercheurs.	Y a-t-il eu tentative de générer et de considérer des interprétations diverses ? Selon quels critères a-t-on retenu ou rejeté chacune des interprétations ?
Évaluation de la recherche	Le processus de recherche consiste en un système de décisions prises sous l'influence des valeurs, idéologies et intentions de la chercheuse ; une décision irréfléchie peut introduire une erreur systématique à travers le processus.	Y a-t-il eu examen de chacune des dimensions du processus de recherche à la lumière de son interaction dynamique avec les autres composantes du projet ? Les conséquences potentielles d'une erreur ont-elles fait l'objet d'une discussion ? Qui bénéficiera et qui subira les conséquences néfastes des erreurs potentielles ?

ANNEXE 2

STELLA, DOCUMENT DE PRÉSENTATION

STELLA

2035, rue Saint-Laurent
Montréal (Québec)

C.P. 989, Succursale Desjardins
Montréal (Québec)
H5B 1C1

Administration : (514) 285-1599
Local : (514) 285-8889
Courriel : stellapp@videotron.ca

Coordonnatrice : Claire Thiboutot

Document de présentation
Juillet 2001

HISTOIRE

- À Montréal, Stella est une ressource **unique et novatrice**, la seule conçue « **pour et par** » **les travailleuses du sexe**.
- Cette ressource a été mise sur pied suite aux travaux d'un comité formé à l'automne 1993 et ayant pour but d'explorer les besoins des travailleuses du sexe. Ce comité était composé de travailleuses du sexe, de travailleurs communautaires, de chercheuses et d'employées de la santé publique de Montréal.
- Les conclusions du comité recommandaient la création d'une ressource pour les travailleuses du sexe afin que celles-ci puissent briser leur isolement et réduire les risques qui menacent leur intégrité physique et mentale dont notamment le VIH et la violence.
- **Stella a ouvert ses portes le 1er mai 1995** et son local est situé au cœur du *red-light* de Montréal.
- La ressource s'adresse aux femmes travailleuses du sexe et aux personnes s'identifiant comme femmes dans l'industrie du sexe, qu'elles soient adolescentes ou adultes, travesties ou transsexuelles, prostituées, danseuses nues, escortes, employées de salons de massage ou autres.

OBJECTIFS

Stella a pour but de sensibiliser l'ensemble de la société aux différentes formes et réalités du travail du sexe. Ses objectifs sont les suivants :

- Sensibiliser et éduquer le public et les intervenants de différents milieux sur les réalités du travail du sexe ;
- Combattre la discrimination vécue par les travailleuses du sexe ;
- Promouvoir la décriminalisation des différentes formes de travail du sexe ;
- Offrir soutien et information aux travailleuses du sexe afin que celles-ci puissent vivre et travailler en sécurité et avec dignité ;
- Encourager et soutenir la participation des travailleuses du sexe à la communauté et dans la mise en œuvre d'actions collectives ;
- Favoriser la création de plates-formes d'échanges sur le travail du sexe, aux niveaux municipal, provincial et canadien.

PHILOSOPHIE

L'organisme agit dans une perspective d'appropriation du pouvoir (*empowerment*), c'est-à-dire que toutes ses actions visent à favoriser la **participation** des travailleuses du sexe à Stella ainsi que la **prise en charge individuelle et collective** des travailleuses du sexe.

Stella donne priorité aux aspects suivants :

- participation des travailleuses du sexe aux prises de décision à tous les niveaux de la structure de l'organisme
- acceptation et respect mutuel
- esprit de solidarité

En accord avec la philosophie de Stella :

- La majorité des membres de Stella sont des travailleuses et des ex-travailleuses du sexe.
- Le Conseil d'administration de Stella est composé de sept membres dont : une représentante des employées et des bénévoles et une représentante des travailleuses du sexe. En général, la majorité des sièges est occupée par des femmes ayant une expérience de travail du sexe. De plus, les sous-comités du Conseil comprennent au moins une travailleuse du sexe.
- Un comité consultatif, dont le nombre de membres varie, est composé uniquement de travailleuses du sexe. Ce comité a pour mandat de s'assurer que les orientations du Conseil d'administration ainsi que les politiques et les activités de Stella reflètent les besoins et les préoccupations des travailleuses du sexe.
- Enfin, le personnel salarié et les bénévoles de Stella sont majoritairement des travailleuses ou ex-travailleuses du sexe.

SERVICES et ACTIVITÉS

- **Le local**

Le local de Stella est un lieu sécuritaire et tranquille où les travailleuses du sexe peuvent se rendre pour se reposer et échanger entre elles sur les problématiques qui les préoccupent. Ce lieu permet aux travailleuses du sexe de développer des liens de solidarité, d'obtenir du soutien de la part de leurs pairs et de développer un sentiment d'appartenance à leur communauté. Les employées et les bénévoles y offrent également de l'écoute, des références vers des services sociaux, légaux et de santé appropriés et du soutien téléphonique. Le local est ouvert 20 heures/semaine, du lundi au mercredi de 14h à 19h et le jeudi de 17h à 22h.

- **Activités socioculturelles et éducatives**

L'équipe, en collaboration avec des participantes, organise des activités socioculturelles sur une base mensuelle dont, notamment, des soirées vidéo-discussion, des fêtes, des soirées-rencontres et des ateliers d'art. Des activités éducatives, tels des ateliers sur la santé, sur les droits des travailleuses du sexe ou sur les aspects légaux du travail du sexe sont également offertes sur une base récurrente.

- **Travail d'outreach**

Une équipe de 6 travailleuses de rue rejoint les travailleuses du sexe directement sur leurs lieux de travail : rues, bars, agences, hôtels et salons de massage. Les objectifs du travail d'outreach sont les suivants :

- distribuer du matériel et des outils de prévention aux travailleuses du sexe (condoms, seringues) ;
- offrir de l'information et des conseils de prévention (trucs de sécurisexe et conseils de prévention de la violence) ;
- distribuer des outils de référence répondant aux besoins et aux préoccupations des travailleuses du sexe ;
- promouvoir, encourager et soutenir la participation des travailleuses du sexe au mieux-être de leur communauté via leur implication aux autres activités de Stella.

Les travailleuses de rue ont également comme mandat :

- d'accompagner les travailleuses du sexe dans leurs démarches auprès des services sociaux, de santé et juridiques, selon leurs besoins;
- de développer et d'entretenir des liens de collaboration avec divers organismes partenaires.

- **Liste des mauvais clients**

La Liste des mauvais clients est un outil de prévention de la violence très populaire auprès des travailleuses du sexe. Cette liste est mise à jour tous les mois en collaboration avec les travailleuses du sexe et une dizaine d'organismes partenaires. La liste contient des informations à propos d'incidents vécus par des travailleuses du sexe (agressions, vols, viols, refus de porter le condom) et donne une description détaillée des auteurs de ces agressions et du lieu où elles se sont produites. Des conseils de sécurisexe et de sécurité sont intégrés à la liste ainsi qu'une liste de numéros de téléphone d'urgence. La Liste des mauvais clients a remporté le prix CAFSU (Comité action femmes et sécurité urbaine), en 1996, pour l'initiative ayant le mieux contribué à améliorer la sécurité des femmes à Montréal.

- **Guide XXX : manuel pour les travailleuses dans l'industrie du sexe**

Le Guide XXX est une mine d'or d'informations visant à améliorer les conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe. Les sujets abordés sont nombreux : la négociation de contrats de travail, la protection sexuelle, le contrôle des clients, la loi, le stress et le rapport aux institutions.

- **Journal ConStellation**

Le journal ConStellation est un moyen d'expression et de communication important pour les travailleuses du sexe. Publié trois fois par année depuis 1996, ce journal offre la possibilité aux travailleuses du sexe d'exprimer leurs préoccupations et de partager leurs connaissances et expériences. Les numéros du journal ont également permis de démystifier le travail du sexe auprès de divers publics, d'accroître la visibilité de Stella auprès des travailleuses du sexe et du public en général.

- **Éducation populaire et action politique**

L'ouverture du local au public, le travail de milieu, la participation aux tables de concertation du quartier et à des plates-formes d'échange aux niveaux municipal et provincial, nos multiples contacts avec les médias, notre implication dans la formation d'étudiants et d'intervenants de diverses disciplines (travail social, services policiers, etc.) et notre rôle accru au sein de la Fédération des femmes du Québec et auprès de groupes de femmes à travers la province constituent les principaux moyens par lesquels sensibiliser de multiples publics aux réalités du travail du sexe et promouvoir la décriminalisation des différentes formes de travail du sexe. Un recours collectif pour contester la légalité des contraventions émises aux prostituées de rue à Montréal est actuellement en marche.

- **Recherche**

En collaboration avec des chercheuses sensibles aux réalités du travail du sexe, nous avons participé à plusieurs projets de recherche depuis l'ouverture de Stella. Mentionnons un projet sur la vulnérabilité au VIH des prostituées de rue du quartier, un projet pan-canadien pour mieux connaître comment les politiques sociales actuelles affectent la vie des travailleuses du sexe et une recherche documentaire sur le trafic des femmes et les enjeux pour l'action.

POPULATION DÉSSERVIE

Nous estimons à 8 000 le nombre de travailleuses du sexe à Montréal. Ces femmes, travesties et transsexuelles, font face à de nombreuses formes de discrimination qui sont autant d'obstacles au respect de leur dignité et à leur accès à des services sociaux, légaux et de santé adaptés à leurs besoins. En effet, beaucoup de problèmes rencontrés par les travailleuses du sexe sont liés aux jugements sociaux et moraux entourant leurs activités et au contexte légal répressif en vigueur, notamment en matière de prostitution de rue.

En tant que femmes, les travailleuses du sexe sont par ailleurs souvent vulnérables sur divers plans : problèmes de violence sexuelle, physique ou psychologique de la part de leur conjoint ou de leurs clients, pauvreté, monoparentalité, difficulté à conserver la garde de leurs enfants (difficultés souvent liées à la stigmatisation sociale du travail du sexe), problèmes de santé mentale, toxicomanie et MTS/sida.

L'équipe de Stella tente de rejoindre les travailleuses du sexe afin lutter contre ces différents problèmes et pour que les travailleuses du sexe puissent vivre et travailler en sécurité et avec dignité.

TERRITOIRE

Nous desservons le grand Montréal. Cependant, puisque nous sommes le seul groupe s'adressant spécifiquement aux travailleuses du sexe et que nous avons développé une expertise reconnue sur le travail du sexe depuis les 6 dernières années, nous recevons régulièrement des appels téléphoniques en provenance de travailleuses du sexe et d'intervenants de l'extérieur du grand Montréal, principalement de Québec et Sherbrooke. Les principaux motifs de ces appels sont des demandes d'information, de référence et de partage d'expertise.

ANNEXE 3

ARTICLES DU CODE CRIMINEL CANADIEN RELATIFS À LA PROSTITUTION

DISPOSITIONS DU CODE CRIMINEL EN MATIÈRE DE PROSTITUTION¹

Article 210 – Maisons de débauche

- (1) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de deux ans quiconque tient une maison de débauche.
- (2) Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire quiconque, selon le cas :
 - a) habite une maison de débauche ;
 - b) est trouvé, sans excuse légitime, dans une maison de débauche ;
 - c) en qualité de propriétaire, locateur, occupant, locataire, agent ou ayant autrement la charge ou le contrôle d'un local, permet sciemment que ce local ou une partie du local soit loué ou employé aux fins de maison de débauche.
- (3) Lorsqu'une personne est déclarée coupable d'une infraction visée au paragraphe (1), le tribunal fait signifier un avis de la déclaration de culpabilité au propriétaire ou locateur du lieu à l'égard duquel la personne est déclarée coupable, ou à son agent, et l'avis doit contenir une déclaration portant qu'il est signifié selon le présent article.
- (4) Lorsqu'une personne à laquelle un avis est signifié en vertu du paragraphe (3) n'exerce pas immédiatement tout droit qu'elle peut avoir de résilier la location ou de mettre fin au droit d'occupation que possède la personne ainsi déclarée coupable d'une infraction visée au paragraphe (1) à l'égard du même local, la personne à qui l'avis a été signifié est censée avoir commis une infraction visée au paragraphe (1), à moins qu'elle ne prouve qu'elle a pris toutes les mesures raisonnables pour empêcher le renouvellement de l'infraction.

Article 211

Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire quiconque, sciemment, mène ou transporte ou offre de mener ou de transporter une autre personne à une maison de débauche, ou dirige ou offre de diriger une autre personne vers une maison de débauche.

Article 212 – Entremetteurs

- (1) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, selon le cas :
 - a) induit, tente d'induire ou sollicite une personne à avoir des rapports sexuels illicites avec une autre personne, soit au Canada, soit à l'étranger ;
 - b) attire ou entraîne une personne qui n'est pas prostituée vers une maison de débauche aux fins de rapports sexuels illicites ou de prostitution ;
 - c) sciemment cache une personne dans une maison de débauche ;
 - d) induit ou tente d'induire une personne à se prostituer, soit au Canada, soit à l'étranger ;

¹ *Code criminel*, articles 210 à 213 (1996).

- e) induit ou tente d'induire une personne à abandonner son lieu ordinaire de résidence au Canada, lorsque ce lieu n'est pas une maison de débauche, avec l'intention de lui faire habiter une maison de débauche ou pour qu'elle fréquente une maison de débauche, au Canada ou à l'étranger ;
 - f) à l'arrivée d'une personne au Canada, la dirige ou la fait diriger vers une maison de débauche, l'y amène ou l'y fait conduire ;
 - g) induit une personne à venir au Canada ou à quitter le Canada pour se livrer à la prostitution ;
 - h) aux fins de luxe, exerce un contrôle, une direction ou une influence sur les mouvements d'une personne de façon à démontrer qu'il l'aide, l'encourage ou la force à s'adonner ou à se livrer à la prostitution avec une personne en particulier ou d'une manière générale ;
 - i) applique ou administre, ou fait prendre, à une personne, toute drogue, liqueur enivrante, matière ou chose, avec l'intention de la stupéfier ou de la subjuguier de manière à permettre à quelqu'un d'avoir avec elle des rapports sexuels illicites ;
 - j) vit entièrement ou en partie des produits de la prostitution d'une autre personne.
- (2) Par dérogation de l'alinéa (1j), est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque vit entièrement ou en partie des produits de la prostitution d'une autre personne âgée de moins de dix-huit ans.
- (2.1) Par dérogation de l'alinéa (1j) et au paragraphe (2), est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement minimal de cinq ans et maximal de quatorze ans quiconque vit entièrement ou en partie des produits de la prostitution d'une autre personne âgée de moins de dix-huit ans si, à la fois :
- a) aux fins de profit, il l'aide, l'encourage ou la force à s'adonner ou à se livrer à la prostitution avec une personne en particulier ou d'une manière générale, ou lui conseille de le faire ;
 - b) il use de violence envers elle, l'intimide ou la contraint, ou tente ou menace de le faire.
- (3) Pour l'application de l'alinéa (1j) et des paragraphes (2) et (2.1), la preuve qu'une personne vit ou se trouve habituellement en compagnie d'un prostitué ou vit dans une maison de débauche constitue, sauf preuve du contraire, la preuve qu'elle vit des produits de la prostitution.
- (4) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans quiconque, en quelque endroit que ce soit, obtient ou tente d'obtenir, moyennant rétribution, les services sexuels d'une personne qui est âgée de moins de dix-huit ans ou qu'il croit telle.
- (5) Pour l'application du paragraphe (4), la preuve que la personne de qui l'accusé a obtenu des services sexuels ou a tenté d'en obtenir lui a été présentée comme ayant moins de dix-huit ans constitue, sauf preuve contraire, la preuve que l'accusé croyait, au moment de l'infraction présumée, qu'elle avait moins de dix-huit ans.

Article 213 – Infraction se rattachant à la prostitution

- (1) Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire quiconque, dans un endroit public soit situé à la vue du public et dans le but de se livrer à la prostitution ou de retenir les services sexuels d'une personne qui s'y livre :
- a) soit arrête ou tente d'arrêter un véhicule moteur ;

- b) soit gêne la circulation des piétons ou des véhicules, ou l'entrée ou la sortie d'un lieu contigu à cet endroit ;
 - c) soit arrête ou tente d'arrêter une personne ou, de quelque manière que ce soit, communique ou tente de communiquer avec elle.
- (2) Au présent article, « endroit public » s'entend notamment de tout lieu auquel le public a accès de droit ou sur invitation, expresse ou implicite ; y est assimilé tout véhicule moteur situé dans un endroit soit public soit situé à la vue du public.

ANNEXE 4

EXTRAIT DE JOURNAL DE BORD

**PRÉSENTATION PERSONNELLE
LORS DE L'INITIATION DU PROJET**

28 mars 1996 : Proposition de projet et présentation personnelle

J'ai 30 minutes pour vendre ma salade. Heureusement, je connais bien les travailleuses de Stella. Dans un premier temps, je leur fais part que je fais appel à elles en tant qu'étudiante et non en tant que représentante de la santé publique. Je leur parle de mes expériences de travail antérieures et de mon intérêt à comprendre les enjeux ayant une influence sur la vie des gens pour être en mesure de les soutenir dans leur développement et la gestion de leur parcours de vie. J'illustre mes propos par mon expérience de travail en tant qu'infirmière en pédopsychiatrie où j'ai maintes fois été témoin des causes sociales à la source des problèmes de ces enfants et de leurs familles et de mon sentiment d'impuissance face aux situations auxquelles j'étais confrontée. La plupart du temps, les enfants avec lesquels je travaillais avaient plutôt des problèmes de comportement symptomatiques de difficultés vécues dans leur milieu familial ou leur communauté, difficultés que les travailleuses de Stella connaissent pour les avoir vécues personnellement ou pour en avoir été témoins. Pour mieux comprendre les enjeux, je suis retournée aux études pour me doter d'outils de recherche à un niveau communautaire. Plus tard, j'ai développé un intérêt particulier pour les travailleuses du sexe. Mais à ce jour, je ne saurais pas dire pourquoi exactement. Peut-être suis-je interpellée par l'exploitation dont elles font les frais. Par ailleurs, mes échanges avec elles dans le cadre d'études menées en milieu carcéral m'ont convaincu, qu'avec du support, elles auraient la capacité de trouver des moyens pour améliorer leurs conditions de vie.

J'ai ensuite parlé de mon programme d'études actuel et de mon intérêt à faire de la recherche dans l'action, à travers des activités avec les gens, en collaboration et en partenariat. J'ai parlé de l'importance de faire de la recherche qui puisse déboucher sur des actions concrètes pour contribuer à l'amélioration de la vie des gens avec qui je travail. A cet égard, je leur ai fait part de mon intérêt particulier pour mon projet de thèse : comprendre les conditions/facteurs/contextes de vie qui peuvent augmenter la vulnérabilité des travailleuses du sexe de rue au VIH et sur lesquels nous pourrions agir ensemble pour améliorer leur sécurité et leur qualité de vie.

A ce moment il était nécessaire pour moi d'explicitier mon point de vue en ce qui concerne le lien prostitution-VIH. Si elles sont non-UDI, les prostituées de rue ne sont pas nécessairement plus infectées par le VIH que les femmes en général. Par contre, comparativement aux femmes en général, les travailleuses du sexe ont un plus grand nombre de relations sexuelles et de partenaires sexuels différents. Vu cette diversité et cette plus grande expérience, elles ont plus de bagage pour amorcer une réflexion sur le sujet de la vulnérabilité au VIH - que ce soit dans leur vie professionnelle ou intime.

Donc, il s'agit d'amorcer un projet qui aide à mieux comprendre les contextes de vulnérabilité au VIH et qui peut mener à la mise sur pied d'actions concrètes en réponse aux besoins des prostituées de rue du centre-ville. Je leur ai expliqué pourquoi je croyais que Stella est un endroit privilégié pour entreprendre un tel projet : Stella rejoint la clientèle que je voudrais rejoindre ; la philosophie de Stella se prête bien à ce genre de projet ; les sources de financement de Stella provenant de fonds alloués à la prévention du VIH et des autres MTS, il serait pertinent d'entreprendre ce projet qui propose une activité plus spécifique autour de la prévention du VIH ; ce projet offre une belle occasion de travailler de plus près avec des participantes et des bénévoles sur un thème particulier ; enfin, ce projet serait pour moi une belle expérience à partir de laquelle je pourrais entreprendre une réflexion pour ma thèse.

J'ai terminé en spécifiant que j'ai tout simplement en tête un sujet particulier, mais que le projet reste à développer et qu'il ne serait pas pertinent que je le développe toute seule. Pour cela, je fais appel à elles pour qu'elles désignent une travailleuse de liaison qui pourrait travailler avec moi pour développer le projet. Nous pourrions travailler ensemble pour

élaborer les principes de base de notre projet, rédiger un petit document pour estimer les coûts d'une telle activité et tenter d'obtenir un peu d'aide financière si nécessaire et sélectionner 5 à 6 travailleuses du sexe pour participer directement à la mise sur pied d'un projet. Je me suis présentée comme une personne qui jouerait un rôle de facilitatrice et la travailleuse de Stella partenaire comme la personne qui serait responsable de la gestion d'activités éventuelles avec les femmes. Je puiserais mes idées de mes lectures et la travailleuse, de son expérience terrain. Nous pourrions envisager une activité concrète pour le milieu de l'été.

Impressions :

Les travailleuses de liaison (TL) ont semblé intéressé à ma proposition. Elles en voyaient la pertinence et ont exprimé un enthousiasme vis-à-vis un tel projet. Elles ont déjà des idées pour expliquer la vulnérabilité de travailleuses du sexe au VIH (leur pauvreté et le besoin rapide d'argent) et de la manière dont la recherche peut aider à établir des activités concrètes (identifier les clients qui ne veulent pas utiliser des condoms sur la "Liste des mauvais clients"). Certaines ont fait un parallèle avec le défunt groupe "Fleurs de CACTUS" où les travailleuses du sexe venaient partager leurs expériences de vie. Les TL étaient d'accord pour identifier un groupe de femmes qui seraient plus directement impliquées dans le projet, mais par contre elles croyaient qu'il serait pertinent d'ouvrir quelques activités à l'ensemble des participantes de Stella pour mieux comprendre les facteurs de vulnérabilité. Elles ont également exprimé des inquiétudes concernant les "femmes invisibles", soit celles qui ne viennent pas à Stella, mais qui sont tout aussi vulnérables au VIH. Il a été question de l'importance de créer une belle atmosphère de travail pour les femmes impliquées dans le projet i.e. avoir de la nourriture, des fleurs, etc. Mais d'un autre côté, il ne faudrait pas créer un groupe sélect, recevant trop d'attention au détriment des autres participantes de Stella. Elles sont d'avis que le processus de sélection des participantes est très important. Les TL semblaient bien comprendre l'objet du projet proposé et entrevoyaient les possibilités d'action qui pourraient émerger. Elles semblent mieux accepter que moi qu'il n'y a pas encore de propositions concrètes d'activités et que nous baignons dans l'incertitude quant aux outcomes du projet. Le travail entrepris avec C dans le cadre du projet d'évaluation de Stella contribue certainement à leur ouverture à mon projet : elles n'envisagent plus la recherche comme étant une activité qui tire profit de leur expertise sans qu'elles puissent y entrevoir des retombées utiles ; la recherche est une activité à laquelle elles sont conviées en tant que participantes voulant mieux comprendre ce qui se passe autour d'elles.

Je pense que je me suis bien présentée et que mes intérêts et le projet s'avèrent pertinents pour elles. Elles étaient très attentives et à l'écoute durant ma présentation ; elles étaient à l'aise de poser des questions et d'offrir leurs points de vue. Je me demande comment elles vont s'y prendre pour désigner ma partenaire de travail.

29 mars 1996

Deux personnes (!) sont désignées pour travailler avec moi sur ce projet : SC et MG. Notre première rencontre est fixée pour le 12 avril à midi, chez Stella.

ANNEXE 5

CHARTRE DES VALEURS

PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA**CHARTRE DE NOS VALEURS**

Les participantes sont des partenaires importantes : tout ce qu'elles ont à dire est important ;

Le projet devrait aider à donner une voix aux travailleuses du sexe à Stella ;

Le projet devrait respecter la philosophie de Stella ;

Le projet devrait être "le fun" ;

Le projet devrait nous permettre d'apprendre : à comprendre le VIH/sida et à accepter les personnes touchées ;

Il est important qu'on se donne du feed-back positif et qu'on accompagne les participantes dans leurs apprentissages ;

Le projet devrait donner le sentiment aux femmes qu'elles font partie d'un groupe égalitaire et harmonieux ;

Il est important de faire confiance aux participantes ;

Le projet devrait déboucher sur des actions concrètes.

22 mai 1996

ANNEXE 6

CRITÈRES DE SÉLECTION

INVITATION A UN PROJET CHEZ STELLA

On veut inviter 6 femmes à participer à un nouveau projet chez Stella.

On veut mieux comprendre les conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe (prostituées de rue) du quartier qui peuvent augmenter leur vulnérabilité et sur lesquelles on pourrait agir ensemble pour améliorer notre sécurité et nos conditions de vie.

Responsables : Manon et les Sylvies.

NOS CRITERES DE SÉLECTION

- être une travailleuse du sexe qui pratique son métier dans les rues du quartier
- être ouverte à parler du VIH
- être capable de travailler en groupe
- être à l'écoute des autres
- ne pas avoir trop de préjugés
- avoir un discours cohérent
- être capable d'articuler sa pensée
- être fiable
- être disponible (une fois par semaine ?)
- ne pas être trop désorganisée par sa toxicomanie
- être une personne avec qui je peux envisager travailler et développer une activité
- on ne veut pas nécessairement des gens qui parlent tous la même langue (on cherche la diversité !)
- idéalement, au moins : une inuit, une transsexuelle et une femme atteinte du VIH

22 mai 1996

ANNEXE 7

EXTRAIT DE JOURNAL DE BORD

SORTIE DE PRISE DE PHOTOS

30 août 1996 : Sortie de prise de photos

Sortie avec SC pour prendre des photos : 15h00 à 18h00, quadrilatère René Lévesque, Berri, Ontario, Saint-Laurent. Prise de 27 photos avec caméra jetable (caméra pour photos extérieures seulement, sans flash).

J'accompagnais S qui en a profité pour faire du travail de liaison sur la rue (distribution de condoms et de Listes de mauvais clients, échange de seringues). Elle a aussi rejoint quelques nouvelles femmes qui ne connaissaient pas Stella et a fait la promotion de l'organisme pour les y inviter. Il nous est parfois arrivé de discuter avec des hommes auxquels S réfère comme étant des *poteaux* ou des clients potentiels. Certains étaient également des petits revendeurs de drogues, très actifs en cette journée de distribution des chèques de la sécurité du revenu. Pour cette raison, il y avait beaucoup de gens sérieusement intoxiqués et les travailleuses du sexe étaient très occupés. Tout ceci se passe évidemment au grand jour, au milieu de la faune étudiante de l'UQAM, des commerçants, des touristes et des passants de toutes les couches de la société. Je n'ai pas vraiment remarqué de surveillance policière accrue ou même présente - probablement travaillent-ils sous le couvert de l'anonymat. Malgré toute l'activité fébrile, le quartier semblait *plutôt calme*.

Donc j'ai accompagné S pour prendre des photos. Nous avons partagé la tâche de prise de photos et avons décidé ensemble des scénarios qui pourraient être intéressants. Il y a également une personne transsexuelle chez Stella qui s'est intéressée à notre démarche et qui nous a fait quelques propositions d'endroits à photographier. Dans certains endroits et lors d'interactions avec des gens sur la rue ou dans les bars (Alouette ; Le Plateau) ou au Boléro, je me sentais inconfortable de faire voir la caméra alors S a décidé de la cacher dans son sac et de ne la sortir que lorsque nécessaire. Si j'avais été seule, les gens auraient pu être très méfiants de moi. Mais la présence de S, qui est bien connue, a légitimé la mienne. Sa présence a par ailleurs facilité mes échanges avec des personnes sur la rue - des gens qui posaient des questions sur notre présence, sur ce que fait Stella, sur les modes de nettoyage des seringues, sur l'utilisation du condom, sur la pertinence et l'utilisation de la Liste des mauvais clients et la façon d'y contribuer. Somme toute, j'ai trouvé qu'il était relativement facile d'être sur la rue avec S ce jour-là. Elle entretient d'excellents rapports avec les gens (bon sens de l'humour) et semble assez bien connue et respectée.

Ce que nous avons photographié : des endroits/repères où se cachent les gens pour consommer des drogues et des recoins où des travailleuses du sexe échangent leurs services avec des clients i.e. des lieux sales, pleins de graffitis, tous près de la rue Sainte Catherine, où il y a peu de surveillance et de protection possible ; donc des endroits où des TS sont très vulnérables à des abus de toutes sortes. Par ailleurs, il y a des lots de terrains abandonnés et barricadés, dont les barricades sont mises à terre et où les gens peuvent se cacher sans trop être vus et des maisons abandonnées suite à un feu ou une démolition de quelque sorte. Nous avons également photographié d'autres lieux de travail des TS : hôtels de passe, bars et crack house potentiels (selon nos informateurs). En voulant photographier une van quelconque, S a également photographié des passants par mégarde i.e. des hommes qui selon une des participantes de Stella sont des clients potentiels et connus. Autres photos : bancs de parcs, stationnement, poste et auto de police, métro, terminus voyageur, voiture de taxi, entrée de tunnel où des TS dorment ou se reposent parfois (ou font un client). En rétrospective, je réalise que nous avons généralement saisi des images qui rappellent la vulnérabilité des TS à la violence et aux agressions de toutes sortes i.e. des lieux où elles semblent avoir bien peu d'appui et de protection. Nous avons pris des photos qui rappellent les côtés négatifs du vécu des femmes. Nous aurions pu prendre des photos qui rappellent l'amour i.e. lorsqu'elles sont en amour, elles ne se protègent pas, ne prennent pas de précautions en regard du VIH, même si

leur partenaire est bien connu comme étant *à risque*. Bref, nous avons pris des photos de l'environnement qui témoignent de conditions de vie et de travail difficiles. Ces photos ne reflètent pas des thèmes qui touchent au vécu interpersonnel des femmes. Il est à souhaiter que les participantes y voient de manière moins restreinte que nous.

En fin de parcours, nous étions un peu fatiguées des toute cette marche et des ces interactions avec des gens pas toujours en contrôle de leurs moyens. Cette déchéance ne laisse pas indifférent. P m'a demandé pourquoi je faisais tout ça en suggérant que ce soit probablement dangereux de circuler dans ces lieux et que ce n'est pas une activité pour une femme enceinte (27 semaines). Peut-être a-t-il raison. R ne porte pas de jugement, mais je ne suis pas certaine qu'il me suit tout à fait. Les Stella par contre semblent apprécier ce genre d'activité et d'attention aux leurs. M travaillait ce jour-là et s'est montrée intéressée à notre démarche. Elle veut être tenue au courant de ce que l'on fait.

ANNEXE 8

CONSIGNES AUX PHOTOGRAPHES

CONSIGNES À ÉTABLIR AVEC LES CO-CHERCHEURES DU PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA POUR LA PRISE DE PHOTOS

1. Chaque participante décide où elle veut prendre ses photos. Elles peuvent être prises dans le quartier où se trouve Stella ou dans d'autres lieux que fréquentent les prostituées de rue du centre ville. Les photos peuvent également être prises chez la participante, où elle pourrait faire un montage pour symboliser des situations ayant un potentiel d'accroître la vulnérabilité au VIH.
 2. Il est préférable de prendre des photos dans des endroits familiers et sécuritaires. Il ne s'agit pas de se mettre en danger en abordant intentionnellement des lieux violents ou criminalisés. Il est conseillé d'entreprendre cette activité le jour et de se faire accompagner si possible.
 3. Pour éviter des incidents liés au non respect de la vie privée des gens, ne pas photographier intentionnellement des individus ou des groupes de personnes. S'il arrive que des individus figurent accessoirement sur les photos, nous ferons disparaître, à l'aide d'un stylo indélébile, tout signe ou toute marque permettant de reconnaître une personne, tel son visage, des tatous, des cicatrices, des bijoux ou tout autre signe distinctif. Aussi, d'autres indicateurs, tels les numéros de plaques d'immatriculation, devront être dissimulés.
 4. Lors de leurs sorties, les co-chercheures devront avoir en leur possession une carte de membre de Stella et un feuillet explicatif décrivant le 'Projet Vulnérabilité Femmes'. Ce feuillet, à développer avec les co-chercheures, devra inclure un numéro de téléphone pour rejoindre une répondante pour le projet. Ainsi, toute requête concernant la présence ou les activités de la photographe devrait être traitée pour clarifier les raisons pour lesquelles les photos sont prises et l'utilisation que nous en ferons.
 5. Une fois la prise de photos terminée, la caméra jetable devra être rapportée à Stella pour le développement de la pellicule. Les photos seront développées en un exemplaire et les négatifs détruits et jetés pour éviter leur utilisation à d'autres fins. L'ensemble des photos seront sous la garde des co-chercheures dans un endroit sécuritaire chez Stella. Les photos ne devront pas circuler à l'extérieur de l'organisme sans l'accord de notre groupe de recherche, du comité de direction responsable de l'utilisation et de la diffusion des résultats de projets de recherche chez Stella et du Conseil d'administration. Dans l'éventualité où nos différents comités ne peuvent s'entendre sur l'utilisation future des photos, le Conseil d'administration devra trancher. Il n'est pas exclu de faire appel au comité d'éthique de Stella si les administratrices de l'organisme jugent qu'il est nécessaire d'obtenir son avis. Bref, les photos doivent demeurer chez Stella et leur utilisation sera contrôlée.
-

ANNEXE 9

***VERBATIM* DES DEUXIÈME ET TROISIÈME SÉANCES DE DISCUSSION-RÉFLEXION**

DEUXIÈME RENCONTRE : 9 OCTOBRE 1996

J'l'ai lu (la transcription de la rencontre du 2 octobre 1996).

Ah, tu l'as lu au complet ? Y as-tu des choses que tu voulais enlever ou poser des questions ?

Ben oui mais je l'ai pas fait. J'savais qu'il fallait enlever des affaires.

Fais-toi z'en pas pour celui-là mais le prochain, on te le donnera aussi. De toute façon, tu vas avoir participé plus activement au prochain pis si y'a des choses que tu veux enlever... Mais, de toute façon lundi c'est fermé. Alors, probablement, la semaine prochaine je vais vous les donner mercredi, quand on va se rencontrer. On n'aura pas eu le temps personne de les lire avant. Alors, tu remettras ça à la semaine d'après.

O.K.

On a eu une idée la semaine dernière : on a discuté la question d'un babillard, un genre de petit poster pour présenter le projet ou pour en parler un peu plus. On s'était dit la semaine dernière que peut-être on pourrait commencer notre rencontre aujourd'hui, juste faire une petite affiche juste pour dire où on en est avec le projet et le mettre sur le babillard. On a parlé aussi de notre vécu, comment on a vécu ça prendre les photos pis qu'est-ce que ça nous a fait. C'est bien décrit là-dedans (dans la transcription). Finalement, on a analysé 4 photos.

Qu'est-ce que tu veux dire ?

On a regardé 4 photos, on a discuté sur 4 photos.

Ah, j'me demandais c'qu'à disait là.

H disait au début "Ça va aller vite" mais finalement on a réalisé qu'on avait ben des affaires à dire pour chaque photo. Alors là, on va continuer avec ça pour aujourd'hui.

Là, là. Tsé, c'est moé qui a pris les photos du condominium pis j'voulais pas marquer une photo de quelqu'un d'autre c'que moé je ressens parce que la plupart, ça m'appartient pas, c'est pas ma vulnérabilité.

C'est parce que les photos, ça peut vouloir dire quelque chose de différent pour tout le monde. C'est un peu ça aussi. Y'a des photos que S et moi on a pris mais dans le fond...

On a tout écrit dessus.

Les photos, j'les ai pas, c'est S qui les a.

Bon ben j'va aller voir S. O.K. ... Mais dans le fond, les photos, ben en tout cas moi je ne les percevais pas nécessairement comme étant une propriété personnelle sur laquelle les autres gens avaient rien à dire.

Moé, ça me dérange pas mais si on veut finir.
Ça te dérange, tu viens de le dire.

Ça me dérange pas que quelqu'un écrive... J'ai ben aimé ça parce qu'on voit chacun un point de vue différent.

Sauf que ça prend du temps.

Mais moé, j'pense, pour moé, on a chacun nos photos là. Pis on a 6 semaines pis on a même pas fait le babillard. Moé je trouve que ça avance pas.

Moi, je suggère qu'on continu encore aujourd'hui pour voir le processus. Tsé quand c'est la première fois, quand on commence, c'est sûr que ça prend plus de temps.
Moé c'est ça que j'trouve intéressant de dire, d'ajouter toute sorte chose sur les photos.

...

Verbatim no. 2

Bon, y'en avait déjà 4 qu'on avait fait.

J'peux les voir.

Hum, hum.

Ah oui, ça serait plus facile si on écrivait des chiffres. La première c'était la peur de la solitude à cause de la géographie. Je vais écrire 1 dessus. Celle-là, on a eu de la misère.

Celle-là ?

Non, pas celle-là. Celle d'un wash avec une seringue usagée c'était la deuxième, c'est celle-là. C'est ça, je relisais ce matin, on en a dit des affaires sur cette photo-là (la quatrième). Tu t'en rappelles-tu, on parlait des clients ? J'avais suggéré un moment donné par exemple j'ai relevé ça en lisant, tu sais que ça irait peut-être mieux si on collait chaque photo sur un petit bout de papier pis on écrivait à côté pour voir sans être obligées de retourner la photo. Ça va être à nous de ré-écrire sur le babillard qu'est-ce qu'on décide.

On pourrait faire "photo 1", on l'examine, on écrit sur une feuille pis là on a toute nos commentaires.

O.K. c'est correct. Bon ben on va commencer ça avec ça aujourd'hui. Ben là, notre question de notre babillard, est-ce qu'on se garde un 10 minutes à la fin pour mettre quelque chose pis parler de ...

S pourrait s'en occuper, elle a déjà commencé à faire de quoi sur le babillard pour inviter les femmes.

O.K.

Premièrement, faudrait les photos qu'on a décollé. Les femmes étaient super attirées quand y les voyait, y'allait toute les voir pis là y'a pu rien sur le mur.

C'est parce que là on s'en sert pour essayer d'analyser c'est quoi nos facteurs de vulnérabilité mais quand ça va être fini, on va les recoller. On pourrait peut-être cet après-midi mettre ceux qu'on a déjà analysé sur le babillard juste pour donner un exemple de ce qu'on est en train de faire.

Est-ce que voulez qu'on se garde un 15 minutes à la fin juste pour savoir un peu quoi mettre sur le babillard ? On peut pas juste donner ça à S pis dire "Bon ben là, occupe toi z'en", ce serait un peu plate pour elle. Qu'est-ce qu'on mettrait ?

Qu'est-ce qui est écrit en arrière ?

(Pendant ce temps, M prend en note les commentaires notés à l'endos des photos 1 à 4 sur une feuille séparée.)

O.K. C'est fait.

O.K. Alors, veux-tu continuer.

Oui. Celle-ci.

On en avait pas parlé l'autre fois.

On avait commencé à en parler un peu.

Bon, tu vas prendre des notes tout le long. La 5.

Moé, j'ai pris une photo de ça parce que moé, dans mon actif, j'aurais parti après pour voir si était pleine ou était vide (une bouteille d'alcool). C'est toujours mieux de la voir à moitié pleine que d'la voir à moitié vide. J'étais vulnérable à ça.

Pis, est-ce que, dans le fond... Ben moi ce que je vois ici c'est que peut-être quand on prend plus d'alcool aussi là, on vient comme toutes nos défenses, nos barrières, les inhibitions tombent pis ben on ne se protège pas. Prendre de l'alcool avant de faire l'amour, ben on pensera pas à mettre un condom.

Ben, moé je voé ça complètement différent. Moé je voé une obsession de boire qui devient une obsession de consommer de la cocaïne. Un qui amène à l'autre. Quand y'a soif pis qu'yé malade, y vont sauter su la bouteille pis on va tomber dans la coke après. Des cocaïnomanes je parle. Toxicomanes. Y'on un problème, y'en a qui peuvent boire qui peuvent se contrôler mais une obsession de boire peut t'apporter loin.

C'est pu contrôlé. Mais quand on perd notre maîtrise, ben là on devient plus vulnérable. Plus vulnérable à...

Consommer de la drogue.

... consommer de la drogue puis ça mène, par rapport à la vulnérabilité au VIH, qu'elle vient du fait ben quand on consomme de la drogue, on est automatiquement plus vulnérable.

On a perdu l'équilibre dans la boisson pis dans la drogue, on perd l'équilibre dans tous les domaines. On s'oublie. On oublie de se protéger, on oublie de manger, on oublie de dormir, on oublie de ...

Ça revient à nos barrières tombent avec l'alcool.

On s'oublie. O.K. Ben moi je trouve que ça a ben du bon sang là. On s'oublie. Veux-tu écrire derrière ? Vu que M prend des notes, on va l'avoir en double. Non ? Veux-tu que j'écrive ce que tu as dit. Non ! On l'écrit à côté. Qu'est-ce que t'as pris en note ?

Tentation d'aller la boire. Obsession. Vulnérabilité. Nos barrières tombent avec l'alcool pour pas mettre de condom avec boisson.

O.K. Aussi H a parlé de consommation d'alcool qui peut mener aussi à une consommation de drogue. C'est comme un lien entre consommer l'alcool et consommer de la drogue, ce serait ça comme tout tombe finalement. On ne prend plus soin de nous autre, c'est un peu ça que tu disais ?

Oui. En somme, ça donne envie de consommer, c'est ben simple. C'est juste simple de même mais on peut en parler 1 heure de temps pis c'est...

O.K. Comme une porte d'entrée.

C'est un apéritif.

C'est le cas de le dire. Une bouteille de Bellini ! Un apéritif, yé là. Ça ouvre la porte à tout le reste.

Toi, est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles ça te fait penser plus.

Les barrières tombent.

O.K. Bon ! Si on en prenait dans ce tas là. S et moi, on avait pris une photo d'un poste de police mais finalement ça va pas mal avec la photo 3. Dans le fond, la raison pour laquelle on avait photographié une auto de police, un poste de police, c'est qu'on se disait... C'est ça, surveillance policière, du fait qu'eux ils sont là dans la rue, ils surveillent tout alors ça peut être plus difficile de prendre le temps de négocier avec un client pour pas qui te mette en danger.

Pour le port du condom, pour l'argent, pour tout.

On avait dit "temps de négociation". Pis aussi pour ceux qui se piquent aussi, t'as toujours peur de te faire prendre par en arrière, y'a quelqu'un qui peut arriver alors tu ne prends pas le temps peut-être de nettoyer ta seringue comme il faut. C'est toujours ... de se faire attraper.

Tu le met icitte "enlève le temps de négociation".

Verbatim no. 2

Toi, t'as-tu pensé à d'autres choses toi de voir des affaires de police par rapport à la vulnérabilité.

Ben moé, ça me met vulnérable, j'ai peur d'aller en prison faque moé j'ai un mandat contre moé pis si la police me voit, ben y m'embarque faque chu toujours en train de me tchèquer, chu paranoï constamment pis en même temps, j'ai peur. Moé j'ai peur de pas travailler, de pas avoir le temps de faire un client, moé j'veux me geler pis j'ai soif. J'veux pas me faire arrêter, j'veux pas aller en prison.

C'est que tu te sens surveillée tout le temps, beaucoup de pression. Tu peux pas prendre le temps de vivre un peu.

Mais, en même temps, moé j'vois d'autres choses aussi. La police m'a sauvé la vie. Si y m'avait pas arrêtée dans l'autre photo... j'serais morte d'une overdose. Y m'ont sauvé la vie. Y'ont juste leur job à faire, c'est toute.

Mais peut-être qu'on pourrait rajouter ça, d'une certaine manière, ils ont peut-être un rôle à jouer pour aider à protéger ou aider à rendre les gens moins vulnérables. C'est comme les deux côtés de la médaille finalement.

Y sont pas méchants. Moé j'ai trouve pas méchants en tout cas. La police que j'ai rencontré dans l'autobus tantôt pis qui dit "t'as l'air à ben aller", y'était content pour moé, "pis lâche pas", y m'a dit "t'as beaucoup à leur apprendre". J'y ai dit "je sais de quoi je parle".

Les bonnes polices pourraient être des partenaires aussi. Pourraient.

C'est comme des "pôpas", c'est toute des "pôpas". Eux autres, leur goût c'est pas de t'embarquer pis te faire faire de la prison. C'est de te sortir de la marde. C'est sûr que moé, y'en a ben qui haïssent la police, moé j'parle pour moé.

O.K. Tu veux-tu rajouter ça au numéro 3 M ? On peut écrire "des alliers possibles".

Moé, j'en rencontre souvent.

"En cas de détresse"

Y travaillent avec ...

... avec nous autres, c'est moins allier que d'autres choses. Si y te voient à terre, y vont te ramasser pour te sauver la vie ou quoi que ce soit mais si on regarde grosso modo, y nous rendent plus, les travailleuses du sexe, vulnérables à faïres des esti de gaffes, à se dépêcher, à pas négocier, à embarquer avec des clients violents, pas mettre le condom, pas avoir le temps de réfléchir. Je pense que le focus est plus là-dessus.

C'est plus ça. Mais, quand même, "alliers possibles". Une ouverture.
Du positif.

Bon, O.K., next.

Un champ de roses.

Qu'est-ce que... Ça serait numéro 6.

Urgence de faire des clients à n'importe quel prix pour consommer.

Moé, j'voé obsession tu suite. Obsession de consommer. Moé si j'avais vu ça dans mon actif, j'ai aurais ramassé. Tous les sacs vides que j'ai ramassé, j'me faisais des wash avec. Quand j'avais rien, au moins j'avais un buzz. Tu grattes ça, tu l'met tout ensemble, tu fais un hit.

Urgence.

Moé, j'étais très vulnérable à ça. Dans mes premiers débuts que j'avais arrêté de consommer, j'voyais un sac de coke pis j'avais une obsession effrayante.

C'est encore une autre porte d'entrée.

Verbatim no. 2

J'tais pas capable de passer à côté. Astheure, chu capable de passer à côté. Obsession de consommer.

Moé j'ai marqué "urgence de faire des clients sous n'importe quelle condition pour consommer". Faque, fuck le condom, ça va être 20\$ au lieu de 50\$ pour le blow job, "lave-toi pas, aweille donne-moé de l'argent que j'aille me faire hit".

Ouen mais c'est en voyant le sac.

Ouais, c'est ça que j'veux dire. Moé je l'sais, j'ai tellement cravé, moé j'aurais sniffé le sac comme tu dis. Les cheveux me dressaient su la tête.

Après ça, j'me faisais arrêter pis y pésait les sacs pis y m'envoie en prison pour le pesanteur des sacs. C'est déjà arrivé. Trois sacs vides, 0.02 grammes de coke ; le juge y riait. Tout le monde riait dans cour.

Une vraie joke.

Mais ça là, par exemple, c'que vous dites c'est une vraie joke. Toi t'étais défaite, y'a quelque chose là-dedans aussi qui parle du jugement que les gens aussi vont porter sur les gens qui consomment.

Ben, t'as honte. T'as honte en osti des ces situations-là.

J'ai eu honte en tabarnak. ... 0.02 de coke, le juge riait. Tout le monde en cour riait...

Toé t'es tout croche parce que t'es devant la société...

... Moé, j'étais tout croche tabarnak. Traînée en cour...
Les empreintes pis toute...

... blême comme un drap, cernée jusque là...

...l'attente au poste de police pis...

...0.02. En disant 0.02, le juge riait.

Il riait, en fait il riait de quoi ?

Ben voyons donc, il riait des policiers. Il riait pas d'elle, il riait des policiers de l'avoir amenée là.

Y m'ont menacé pis toute. J'avais les menottes dans le dos.

Y rit pas de nous autres dans c'temps là. En voulant dire aux policiers "mais vous êtes des estis de beaux cons de m'amener ça icitte à matin".

Pis toi, comment tu te sens par exemple là-dedans.

J'veux pas être là pantoute... Qu'est-ce que je fais icitte ?

Tu ris pas...

T'es encore plus humiliée parce que tu voé que ces ostis de chiens là t'ont mis sur l'contrôle.

C'est déjà un problème, un moment donné au départ, t'a un problème mais tu l'sais pas encore mais tsé j'voé ben que ch'fite pas là. Qu'est-ce que je fais icitte ? J'ai faim, chu fatiguée pis chu encore icitte. Faite passée en cour pour une niaiserie.

Mais ça, ça parle de la vulnérabilité des travailleuses du sexe aussi le fait d'être jugée ou d'être humiliée.

Moé j'marquerais "obsession instantanée".

Verbatim no. 2

Quand on creuse un peu plus loin aussi dans la discussion, les éléments que vous apportez aussi, y'a comme un autre facteur de vulnérabilité qui en ressort, qui découle de cette photo-là. C'est toute l'humiliation, comme la désapprobation sociale.

Toé même, après ça, tu t'en vas avec ce bagage-là. Y t'ont faite sentir comme ça pis dans ta tête, tu le mérite pis c'est yen que ça que tu vaux. Faque là, tu t'en retourne pis tu vas faire un autre client ou tu vas te faire un autre hit pis là t'es fuckée.

Pis humiliation que j'ai marqué icitte parce que tsé...

Humiliation de faire des wash aussi avec ça.

...ramasser des sacs vides, t'es bas en tabarnak.

Oui, oui.

Faut que j'sois en manque au boutte. Même si chu pu capable, chu au dernier degré, des fois j'étais pu capable tabarnak pis j'en cherchais encore, j'en voulais encore, j'savais que j'étais pu capable d'en prendre. Faque ça c'est instantané.

C'est bas, bas, bas là. Mais le fait de se sentir humiliée, on a une moins bonne estime de nous-même. Finalement, ça nous rend vulnérable.

Mais, mets-en. On d'vient fuckée. ...parce qu'un moment donné on give up su nos valeurs. Tu give up su tes valeurs. Tu dis "si y disent que chu ça ben j'va être ça. J'va leur prouver qu'y ont raison". Parce qu'un moment donné, quand tu consommes, tu viens vraiment à dire ça.

Moé, j'me disais...

Chu une salope, m'a leur montrer comment je peux être salope... Tiens esti. Moé c'est d'même que j'pense.

Ben, c'est ça. C'est tout ce contexte social là qui... Ca vous fait des pressions de plus sur le dos pour, dans le fond, prendre plus de risques.

La société te reflète.

Je trouve que c'est important. Tu l'as-tu pris en note un peu ?

LIT : "Humiliation, basse estime de soi, regard..."

Regard négatif de la société ? Ou regard, peut-être plus que négatif, c'est....

Mépris.

Mépris de la société. C'est ça, H dit "on se méprise soi-même..."

LIT : "Mépris de la société face à cette..."

C'en est un facteur de vulnérabilité hyper important.

LIT : "Un des plus important..." Parce qu'un moment donné, tu cherches même plus à prouver rien à personne. Tu leur donnes raison. J'ai, ta l'heure, en m'en venant à pied au coin de Panais pis Ontario, c'est deux marches en ciment qui traînent de même dans un terrain vague, c'est marqué "sida à vendre, salope à louer". Esti, ça m'a... Pis là j'avais pas d'appareil photos, j'va aller là.

C't'écoeurant tabarnak.

Dans ce contexte là, comment veux-tu, comment tu fais pour aller demander...

Ça m'a écoeurée. Chu v'nue tout croche.

Verbatim no. 2

Mais dans ce contexte là, comment tu fais un moment donné pour aller demander de l'aide, si tu veux avoir de l'aide, qui c'est que tu vas voir quand t'as l'impression...

Comment ça que la ville a pas déjà ramassé ça ces deux marches là. C'est un bloc de ciment. Comment que ça a été laissé là. Comment ça que c'est accepté.

C'est préjugé au boutte ça.

C'est cool parce c'est sur Ontario, dans le coin où c'que les filles travaillent... M'a aller la chercher la photo.

Mais dans c'que tu dis M, y'a peut-être une certaine forme de... tsé comment ça s'fait qu'ils ne l'ont pas ramassé ça.

C'est peut-être un client qui a écrit ça aussi. Ça me surprendrait là.

C'est plus au graffiti.

Ça peut être n'importe qui. Peut-être quelqu'un qui est malade, qui a attrapé ça de même pis qu'était malheureuse au boutte pis qu'à voulait se venger, à dit "j'oublierai mon esti de bas fond icitte" pis à l'a écrit ça.

Mais la société à la laisse traîner là.

Oui mais ça a des effets.... Je serais curieuse de savoir combien de temps ça va traîner sur le mur.

C'est pas su l'mur !

Sur des marches !

Les marches, c'est comme y'avait eu un building là pis avec deux marches pour entrer dans la maison mais y'a pu de maison, y'a juste les deux marches en ciment su l'coin qui font le coin, ben en vue, pis quand tu regardes ça c'est "Sida à vendre, salope à louer".

C't'écoeurant. Ça ça vaut la peine de poser ça en esti.
Ça m'a donné un méchant coup.

Moé, j'la frais aggrandir celle-là.

Ça m'a donné un coup écoeurant.

Ben, ça parle un peu de, mettons que ça reste là une semaine, deux semaines, trois semaines, ça parle un peu d'une certaine forme d'acceptation de la société des gens qui vont laisser traîner ça là, le message reste là.

Moé, j'aurais fait une plainte à ville tu suite.

Si ça reste, c'est parce qu'en quelque part, y'a des gens qui sont ben d'accord.

Pis là, r'garde le lien, travailleuse du sexe et sida.

Ben c'est ça. C'est toutes les préconceptions ou les idées ou les jugements négatifs de la part de la société en général.

Le regard.

Le regard négatif.

Le mépris, le regard.

Ce qui n'aide pas du tout à la situation des travailleuses du sexe.

J'ai fait le travail du sexe pendant 12 ans. J'me suis gelée comme une défoncée pis j'ai toujours l'vé le nez cé filles qui travaillaient su St-Laurent Ste-Cath parce que moi j'étais... Jusqu'au jour où j'ai commencé à travailler avec les filles. Alors moé avec cette expérience-là et ce bagage-là. Met un straight à côté de moé, y va clocher.

Ben là, tu parles de mépris même entre les femmes.

Ah ben mais oui parce que moi-même, j'veux dire, sont basses en tabarouette.

Mais toute la division qu'il y a entre les femmes aussi ça contribue à la vulnérabilité.

Faque imagine le regard que moi j'avais parce que c'est trop choquant une fille qui a mon vécu, imagine les autres, les citoyens qu'on dit dans la normalité, le regard qu'ils peuvent avoir là-dessus.

Ben, c'est toute cette division là, à tous les niveaux finalement.

T'étais là au colloque quand Pierre Hamel a dit "Dans le Centre-Sud, si les gens se révoltent, c'est peut-être parce que les filles sont l'image de leur propre misère". J'ai trouvé ça là... tellement right on.

Ben, c'est ça. C'est toujours plus facile de taper sur quelqu'un d'autre que de se taper sur soi-même.

C'tait heavy de dire ça.

Je ne sais pas si tu te permets de dire ce genre de chose là dans les réunions avec des citoyens par exemple. Les citoyens réagiraient...

... d'une façon. C'est sûr. Si y'a osé le dire là, il doit l'amener d'une façon plus douce pour pas les humilier non plus mais j'pense qu'il doit ... en se mettant en nous en disant c'est notre propre misère. C'est pour ça qu'on est tellement choquées par ça, y doit s'inclure là-dedans pis y doit l'amener... Chu sûre que oui.

Mais c'était très fort de dire ça.

J'ai trouvé ça heavy, je l'apprécie beaucoup. Oui, parce que c'est vrai. Ça vient encore plus les confronter plus encore dans les propres ...

Tu vas toujours trouver quelqu'un sur qui taper finalement. C'est ça là. Les travailleuses du sexe, les junkies, ... y sont pas mal sans défense. ... Bon, S et moi on avait pris ça. En voilà une autre qui va avec.

On serait rendues au numéro 7. On avait pris les vans.

Danger, danger, danger.

C'est deux photos là.

Danger de violence.

Viol.

Viol sans condoms.

Vol.

Et peut-être injection sans consentement.

Ah oui ? Parce que c'est dans une van, parce que c'est fermé, parce que c'est coupé complètement du monde.

Absolument. That's it.

Tu peux te faire battre, tu peux te faire tuer, tu peux...

Verbatim no. 2

Tu peux te faire un hit, y peut te faire n'importe quoi.

La mort.

Mais, y'en as-tu beaucoup de filles qui embarquent encore dans les vans pis les autos des gens ? Parce que t'as comme pas le choix non plus.

Y'on pas le choix.

C'est ça l'affaire.

Y'on pas le choix, y travaillent. On parle de vulnérabilité.

T'embarque pas dans les trucks su la rue. J'ai eu des mauvaises expériences faque j'embarque pu. Moé j'ai pu rembarqué dans un truck depuis que j'ai eu de la misère. J'te parle de mon expérience, ça a pas rapport. ...

Ben ça, moi évidemment je n'ai pas ce vécu là mais, je regardais ça la van pis je trouvais que ça avait l'air tellement... Ben c'est fermé. T'embarque dans une boîte noire pis tu ne sais même pas ce qui va t'arriver. C'est un peu ça un peu l'idée que j'avais en tête aussi.

La crainte, la peur.

Dans le fond, les filles se retrouvent peut-être plus souvent à faire des clients là parce que y'a pas d'autres places pour faire des clients aussi. Y'as-tu d'autres places pour faire des clients ?

Ben oui.

C'est quoi les places les plus sécuritaires pour faire des clients ?

En chambre, en hôtel. Y peut arriver n'importe quoi n'importe où. C'est à risque.

Mais c'est plus sécuritaire. Parce que si on parle de vulnérabilité VIH, bon ben t'a accès à l'eau, au savon, à lumière pour voir le gars tout nu, y vient de venir tsé.

Si tu cries, au moins quelqu'un va t'entendre.

Ouen mais là, tu peux l'examiner...

Oui mais dans la van, t'es pressée, t'a peur de te faire pogner, y fait noir, tsé j'veux dire...

Oui, c'est encore pire.

Déjà là, tu travailles, t'es isolée du monde, t'as peur, t'as une crainte, tu ne sais pas comment y va réagir mais t'embarques quand même parce que t'as besoin d'argent. Y peut t'en donner deux, trois dans le visage, tu tombes à terre, y va te sauter sans condom, y peut être contaminé...

Est-ce que...

...sodomiser, viol.

Mais ça peut arriver autant dans les chambres d'hôtel.

Oui, mais t'es moins à risque parce que tu peux t'arranger pour toujours aller dans le même hôtel, parler à l'accueil, "viens me chercher dans 20 minutes ou vient cogner". Si le client descend avant moé, c'est pas normal ; c'est moé qui est supposée descendre avant. C'est tout des trucs que les filles devraient se passer.

Mais c'est pas tout le monde qui fait ça ?

Non, y savent mais y le font pas.

Pourquoi ?

On peut pas vraiment savoir si y le font pas. C'est vrai qu'est-ce qu'à dit parce que quand on est ... quand on est saouïe, on oublie là qu'y faut se protéger pis on oublie... On part avec n'importe qui...

...d'avertir d'avertir le monde tsé. Moé j'm'en va faire un client, j'averti H. H, si tu vois que je descends pas avant lui, vient voir en haut y'a de quoi qui se passe. Chu supposée de sortir avant lui. C'est tout des trucs que les filles pourraient se donner pour contrer cette vulnérabilité là, pour s'aider entres elles.

Oui mais...

Mais c'est chacun pour soi sur la rue.

... souvent, j'avais une chambre, on avait loué une chambre pis le client partait avant parce que je savais que j'avais de la coke su moé, j'voulais me faire une ligne avant de partir.

T'avais hâte qu'y parte pour faire ton hit.

Sauf que, c'est ça, ben toi tu travaillais... t'étais toute seule là.

Chu tout le temps toute seule. ...

Non mais, est-ce qu'autour de toi, est-ce qu'il y avait comme des groupes des femmes qui s'organisaient plus ou qui se tenaient plus entre eux autres ?

On s'tenait toutes ensemble. Les filles, dans le temps que moé j'travaillais, on s'tenait toutes au même restaurant, au même bar, on se connaissaient par noms, on savait à quel hôtel qu'on faisait nos clients, on savait où aller pour travailler.

Y'avait moins de répression dans ce temps-là.

Moé j'travaillais en arrière sur DeBullion, dans c'temps-là, les chars passaient là. J'allais me mettre debout pis tu suite. On attendait pas dans c'temps-là.

Mettons, ch'sais pas, tout un coup tu te serais pas montré la face quand c'tait le temps, est-ce qu'y avait des filles qui disaient "Ecoute, ça fait 1/2 heure qu'on l'a pas vue elle là, c'est inquiétant, on va aller voir où la chercher ?"

Oui.

Pis là, maintenant, est-ce que vous entendez parler de ça ? Est-ce que ça se passe encore un peu comme ça ?

C'est moins proche qu'avant.

Comment ça se fait que c'est moins proche qu'avant ?

La compétition. Les filles se gèlent beaucoup. C'est chacun pour soi. Ou si y décident de tripper à deux, ben c'est cool. Y'en a une qui travaille, y vont s'acheter de la coke pis là y vont se surveiller. Y'a de la drogue en arrière de ça qui fait qu'y vont...

Y'as-tu plus de drogue maintenant qu'y en avait ?

Sur la rue, j'pense que les filles consomment plus parce qu'y sont plus n'importe qui. Avant, y'avait beaucoup de filles, comme dans ton temps que tu travaillais, qu'y travaillaient quand même assez straight pis qu'y trippaient.

Nous autres, on faisait notre argent avant, après ça...

Su la go.

Verbatim no. 2

On travaillait pas gelée.

Maintenant, c'est pu ça.

Si y'en avait qui travaillaient gelées, est-ce que vous vous disiez entre vous autres "Ecoute, ça pas de bon sang". C'était-tu comme pas acceptable de travailler gelée ?

Non. C'était juste de même jusqu'à temps qu'on soit ben accrochée pis qu'on se calice de toute, on travaillait n'importe comment. T'es trois jours sans dormir, moé j'leur disais à fin "Tu t'arranges pas ?". Quand j'avais pas mon maquillage, moé là, rien. "Ecoute, au prix que ça m'a couté tabarnak, ça va paraître que chu gelée". J'me maquillais pu, rien. J'étais noire jusque là. J'm'en calissait.

Mais c'est ça, c'est peut-être que les filles ne se tiennent pas aussi, un moment donné ça rend les filles plus vulnérables.

C'est pas qu'y veulent pas. Y's'gèlent au boutte.

Y'a un intérêt à dire sur chaque photo...

C'est toute la question de la drogue.

Qui rend beaucoup vulnérable, comme qu'à disait elle.

Oui.

La tentation d'aller boire. L'obsession de consommer immédiatement rend vulnérable. Pis là, toute tombe. Tes inhibitions...

Toé aussi tu l'as dit. Les masques tombent, c'est quoi t'as dit ?

Les barrières tombent.

Les barrières. T'oubli que t'as des condoms dans ta sacoche. T'oubli que t'es supposée d'avertir quelqu'un que tu t'en vas à telle place. Tu y vas pas.

Pis fuck it.

Tu travailles pas en char. Tu fais jamais un client dans le char toé. Pis t'oubli que, fuck esti, j'en veux le plus vite possible de l'argent pis j'va le faire pis y t'arrive des bad luck.

Mais si y'en avait des filles, entre elles, mais pas se contrôler mais s'aidaient plus entre elles, se tenaient plus entre elles là, ça aiderais-tu ou pas vraiment ? C'que vous dites, à partir du moment où c'est la drogue, c'est la drogue.

Y faudrait qu'y aurait une nouvelle batch de filles qui arriveraient pis qui faisaient attention à eux autres pour que les autres voyent ça. Un coup t'es rendue dans ton bas fond, tu peux pas... Tsé, comme moé, j'me piquais en dernier pis j'pesais 80 livres. Là j'en pèse 112. Tsé, qu'est-cé j'voulais dire...

Y'a pas grand chose à faire.

Ch'peux pas r'monter l'échelle pis dire j'va pouvoir nécessairement. J'ai déjà consommé ... un coup t'as atteint ce bas fond là, tu peux devenir responsable dans les autres domaines de ta vie mais moé j'ai perdu le contrôle ben raide. Moé c'est moé. J'parle pour moé là. J'parle pas pour les autres.

Finalement, ça vient de chacun, chacun, chacun pour soi.

C'est justement. C'est chacun nos points de vue, chacun nos expériences.

Mais c'est ça aussi, quand on est chacun pour soi dans notre coin, c'est ça qui nous rend aussi plus vulnérable.

Verbatim no. 2

... souvent la vulnérabilité des femmes.

Surtout à cause de la drogue.

La boisson pis la drogue, ..., les pimps, la police...

C'est ça j'm'en allais rajouter.

Mais les pimps là...

Le pimps qui peut être le chum. Mais les filles disent qu'y ont pas de pimp, c'est leu chum qui est juste un pimp. Faque leu chum, avec les clients, y vont mettre des condoms, avec les chum y n'en mettront pas. Mais où qu'y va pendant la journée pendant qu'à travaille elle. Y'en saute une couple durant la journée.

Y'n'a deux trois filles qui travaillent pour lui.

Tsé j'veux dire, mais c'est son chum, c'est son amour...

J'connais pas un gars qui a juste une fille qui travaille pour lui.

...faque à le dira pas que c'est son pimp, à va dire "C'est mon amour, c'est mon chum" faque là les barrières tombent.

Ben, on as-tu besoin de ça un sentiment d'amour ?

Même dans un couple straight, n'importe quel citoyen qui est en amour, ses barrières tombent. Faque une fille de la rue qui est tellement habituée de se barouetter d'un bord et de l'autre ou de s'faire barouetter, si le gars y donne le moindrement d'affection, le condom, y'en est pas question. Pis son argent, a va y donner. Son chèque, a va y donner si à n'a un.

C'est la pression aussi. La pression là. Moé j'ai travaillé sur moé. J'ai la police que j'dois un mandat, faut que j'paie mon amende, j'veux penser à moé aussi faque tu donnes tout c'que t'es capable à ton pimp pis l'amende t'oubli ça pis tu t'en vas te geler. C'est ben con, c'est la pression.

C'est la pression contre ça.

C'est ça qui rend vulnérable. Tsé là, moé ça me prend de l'argent à n'importe quel prix pis t'oubli les condoms, t'oubli toute.

Ah oui, y'avait ça aussi là. S aussi à disait quand on a pris cette photo-là, tiens j'va mettre 8. C'était la van mais ici c'qu'elle disait c'est que finalement y'a beaucoup de gens qui font des clients là. Ben ça, c'était sur René-Lévesque, pis des gens qui font des clients juste là derrière le mur. Donc, sur le bord du trottoir.

Y l'ont enlevé.

Y l'ont enlevé ? Et pis, c'est ça en fait la question de vulnérabilité c'était que, ben encore là, c'est caché derrière un mur pis e...

Tu peux marquer 8 pis 8a, tu peux le mettre ensemble.

Où est-ce que c'est ça ?

Ça c'est en arrière d'un parking comme on voit la voiture qu'y a là. Ousqu'y'a l'arbuste, y'a un petit coin. Tu voé ici des papiers de condoms, les condoms usagés... Y vont faire des clients là.

C'est toutes des racoins cachés finalement. C'est comme si...

Ça aussi, c'est ...

Verbatim no. 2

Des racoins cachés.

Ça c'est là aussi, ça c'est dans le quartier gai. R'garde comment c'qu'on était... pis moé j'allais dans ces places-là. R'garde si c'est beau. Peux-tu crère qu'on allait là décâlissées comme toute. J'imaginerais, j'pesais 82 livres pis chu rentrée dans ... là. Dans la beauté totale, j'étais comme maigre, les joues toutes renfoncées.

Mais tu ne la voyais pas la beauté.

J'la voyais pas mais là j'la voé. RIRES. Sont vraiment belles les photos. Faque moé j'ai posé ça. Ça c'est deux places dans le quartier gai pis c'est sa même site ça.

Les deux. Mais en fait, c'est ça, c'est que ces photos là, ça démontre toutes des lieux, des racoins cachés. Des death traps.

Ce qui rend vulnérable, c'est si t'as besoin d'aide, t'as beau crier...

T'es isolée des gens.

C'est caché. Ça c'est bon aussi.

Bon, y'as-tu d'autres choses sur ça ?

Si ça dérange pas, on peut les mettre...

Non, on peut les mettre ensemble. Y'as-tu d'autres choses aussi que vous aimeriez dire ?

Y'en as-tu d'autres dans les photos qu'on a qui ressemble, qui sont des racoins cachés.

Ça c'est un racoin caché astheure qu'y a une clôture mais dans c'temps là, y'en avait pas.

En fait, la plupart du temps, c'était des racoins cachés qu'on avait pris. Toutes des racoins cachés.

Ça c'est un racoin caché. On va toute les mettre ensemble. Bon ben moé c'est toute, c'est quasiment fini.

Toutes des racoins cachés. On va mettre 8 en arrière de chacune.

Moé, ça m'fais rien, c'est la même affaire. C'est toutes des lieux ousqu'on allait se cacher pour pouvoir mettre plus d'argent dans nos poches, pour pas que tu sois obligée de payer la chambre...

Que ça soye vite.

C'est ça, que ça soye vite.

Oui mais, y'a pas des clients qui auraient peur de se retrouver dans ces coins-là ?

Non. Les clients qui vont là, c'est des méchants crétins.

Eux autres aussi y veulent se faire sucer. Tsé, y'ont un p'tit 5 minutes, leur femme est partie faire des commissions...

Y'ont pas plus de classe que la fille qui vont juger.

Mais comment ça se fait donc quand j'ai parlé avec beaucoup de femmes, mettons quand je travaillais pour une étude à Tanguay, pis il y avait beaucoup de femmes qui travaillaient dans le quartier ici pis qui étaient en prison pour prostitution ou pour sollicitation (ça s'appelait sollicitation à ce moment-là) ou bedon, la plupart du temps pour possession de drogues. Bon, leur job principale, leur meilleure méthode de faire l'argent, c'était la prostitution. Comment ça qu'il y en avait tant que ça qui disaient "Ah ben en tout cas les clients, c'est pas toute des trous de cul, y'a des juges, des médecins, des professionnels, des cis, des ças..."

Verbatim no. 2

Y vont pas din ruelles.

Ousqu'on les voit eux autres.

Dans les hôtels.

Dans les lignes d'escortes, dans les maisons privées.

Ces filles-là, c'était pas des filles qui travaillaient comme escorte.

Peut-être avant d'arriver su a main, y'était dans des affaires d'escortes...

C't'un fantasme pour certains monsieurs en d'aller s'pogner une vrai pute comme qu'y disent.

Oui.

T'aller din racoins, c'est l'interdit hen. C'est danger pour eux autres aussi. C'est un méchant fantasme pis y'l'font.

Ouais.

C'est l'interdiction, c'est bas, c'est des filles qui sont les plus vulnérables à toutes pis c'est un fantasme écoeurant d'aller dans un coin avec elle.

De vivre ça.

Oui. Ça peut être un juge, ça peut être n'importe qui.

Hum. Ces gars-là, dans le fond, ...

C'est les instincts animals qui ressortent faque y s'disent "on va aller là" ou "j'vas pogner la plus croche qu'y'a pas". Moé j'ai déjà entendu des gars le dire.

Sucer pas de condom pis tout ça.

Même pas, même pas. Juste pogner la plus croche qu'y'a pas, juste pour le kik. L'humiliation de la mettre à terre...

Mais pour le trip de l'humiliation aussi. La domination...

La domination. Tu te sens comme un trou de cul faque y va aller chercher la plus croche qu'y'a pas pour se sentir contrôlant.

Y'aiment ça se faire donner des ordres, toutes des fantasmes.

Mais ça c'est un peu aussi la façon dont les hommes voient les femmes.

Oui. C'est le reflet de la société qu'est-ce qui se passe sur toutes ces photos-là. Les clients qui vont là, c'est le reflet d'exactement la société. Comment qu'on voit la femme faque c'est autant toé, moé, elle que les filles qui viennent icitte que ma voisine, est vue pareil sauf qu'a le sait pas. Mais est vue pareil.

C'est les travailleuses du sexe qui sont utilisées...

That's it, pour refléter ce besoin de domination.

Mais, toute cette façon dont la société voit les femmes.

Hum. En fait, c'est un facteur de vulnérabilité important : comment on pouvait appeler ça ? La...

Discrimination.

Discrimination mais à l'endroit des femmes en général.

... pis y'é encore, à l'approche de l'an 2000, très présent.

Oui. Mais est-ce que les travailleuses du sexe... Mais j'imagine que quand t'es pris dedans comme ça, peut-être que tu le vois pas mais en tout cas tu le subis.

T'as pas le choix.

T'as comme pas le choix.

Pis j'pense que tu vaux pas mieux. Moi, dans mon cas, qu'est-ce qui m'arrivait là, ... on m'avait tellement dit que j'étais une pas bonne que quand les choses se sont mis à m'arriver, c'était ben évident...

Tu mérites ça tsé.

J'mé dit "tu mérites pas mieux". Avec le recul aujourd'hui, j'me dis "Mon Dieu, y'a pas personne qui mérite ça". Même de vivre dans les conditions que les femmes travaillent aujourd'hui... La société l'accepte pis y sont coupables, excuses-moi, sont coupables d'accepter ça. Quand j'ai passé à l'émission l'autre fois...

Tu veux dire la société est coupable ou se sont les femmes qui sont coupables ?

La société est coupable d'accepter ça, qu'y'a des êtres qui sont plus forts, plus autonomes devraient aider les autres qui en arrachent. C'est pas ça qui se passe. C'est "on va les écraser parce que c'est des pas bons".

Mais, il doit y avoir des travailleuses du sexe qui acceptent ça d'une certaine manière si ça continue à durer tout le temps comme ça.

Oui, parce qu'un moment donné, qu'est-ce qu'on te reflète, c'est ça. Tu viens que ça te colle à la peau. Même si tu le combats, tu combats, faut dire "non, c'est pas vrai chu pas ça, non c'est pas vrai chu pas ça" un moment donné, ça t'es tellement reflété que tu dis "Mon Dieu, peut-être que chu ça parce que tout le monde le dise pis tout le monde le fait sentir - c'est moé qui est pas bonne". En tout cas, moi je parle personnellement. Moi c'était ça jusqu'à temps que j'me dise "un instant, j'vaux pas mal plus que ça".

Mais, qu'est-ce que ça prend un moment donné pour que les femmes disent "j'vaux plus que ça" ? Comme là, toi...

Y'en a qui meurent, y'en a qui s'en sortent. Comme elle, à décidé qu'à valait plus que ça, pis y'a d'autres femmes qui vont mourir.

Moé, j'tais pu capable.

Pis tu savais que tu voulais pas mourir.

J'tais dûe pour arrêter...

Mais tu savais que tu ne voulais pas mourir.

Ch'savais que j'voulais pas mourir.

That's it. Pis que tu valais plus que ça...

Ça pris du temps, ça pris du temps...

C'est difficile d'arrêter de te geler là...

... mais ça valait la peine. Tsé ça va toute ensemble ça.

C't'une bonne réunion.

Verbatim no. 2

TROISIÈME RENCONTRE : 16 OCTOBRE 1996

J'ai amené des photos sur la vulnérabilité.

Ah bon !

Que t'as pris où ?

Que j'ai chez nous. Viens, j'va tes montrer vite, vite, O.K. ?

Ben, on vas-tu pouvoir en reparler après ?

Oui. Ça c'est la vulnérabilité. Tsé, le beau gars avec les cheveux longs, une bouteille de vin, pis ta, ta, ta.

Ah oui.

Ça c'est moé dans ma vulnérabilité.

Toi ça ! On te reconnaît pas. R'garde la donc elle.

Ça c'est dans un bar pis tsé c'est plein pis j'étais supposée de coucher avec lui ce soir-là pis c'est avec lui que j'ai couché en fin de compte.

T'as changé d'idée.

Y'était plus beau. J'avais déjà couché avec souvent lui. Ça c'est un gars avec un beau bateau. On est posé dans la cabine. Chu belle hen ?

Ah ben oui, ben oui. J'te r'connais pas.

Chu dans un état pitoyable.

Ça c'était sur un bateau pis le cognac, le si, le ça.

T'es-tu là-dedans toé ?

C'est moé ça.

C'est pas croyable.

Là, j'te r'connais mais icitte j'te r'connais pas.

J'ai fouillé dans mes cochonneries.

C'est pas croyable mais j'te trouve belle comme ça moi. T'est plus pimpante.

O.K. Alors, on va les inclure aussi. Tiens, on va mettre notre pile ici. Ben c'est ça, j'va te dire quelque chose, j'étais en train de commencer de dire ça à H tantôt, j'ai eu hier une réunion qui a duré une heure et demie. J'étais assez fatiguée. J'ai rencontré un comité d'éthique. Tsé, j'avais déjà parlé de ça, c'est comme un groupe de sages qui étudient un projet avant, normalement, qu'on le mette en marche, pour s'assurer finalement que ce qu'on fait, ça respecte les normes de l'éthique. Qu'on est pas en train de tordre des bras, des jambes pour participer. Qu'on ne causera pas de préjudices aux gens. Qu'on est pas en train de faire quelque chose d'illégal ou quoi que ce soit. Moi, j'avais demandé une réunion de ce comité d'éthique là, comme je disais à H tantôt, au début du mois de juillet pis hier, on était le 15 octobre. Pis là, ils me reprochaient en fait d'avoir continué avec le projet, d'avoir décidé de sortir et de prendre des photos et de commencer à en discuter sans vraiment avoir leur O.K. Ben là, j'ai dit : "Écoutez, on avait commencé nous autres et il fallait continuer, et il y a des gens qui s'ajoutent tranquillement, alors on est pas pour s'arrêter pendant cinq mois parce qu'on est pas capable de vous réunir nous autres là." Alors bon ils ont compris. Mais, ce qu'ils ont fortement suggéré, en fait, ce qui les a beaucoup dérangé, c'est l'histoire des photos. Il faut faire attention avec ce qu'on fait avec nos photos. Mais ça, on en avait déjà discuté, quand il y a

Verbatim no. 3

le visage de quelqu'un, on lui barre le visage. Ils m'ont quand même bombardé de toute une série de questions. Il y a quelqu'un qui faisait le compte rendu et je vais avoir cette liste de question là à mon bureau cet après-midi pis y va falloir que j'y réponde à ces questions-là. Par exemple, c'est ça que j'étais en train de dire, la question des négatifs. Eux, ils suggèrent fortement qu'on les détruisent, qu'on les jette pour ne pas que ça tombe entre les mains de n'importe qui qui pourrait faire, j'sais pas, cinq exemplaires d'une photo de j'sais pas quoi, qui vende ça en quelque part pis que ça puisse créer préjudice à quelqu'un. Il ne faut pas que ce soit mal utilisé. Entre autres, ils disent de faire ça. Etes-vous d'accord ?

Oui.

Ben oui.

Bon. L'autre chose, ben à date les photos, y'ont pas circulé en dehors de notre cercle à nous pis là c'est de s'assurer qu'on les garde chez Stella. Bon, on peut peut-être nommer une personne responsable pour des photos. On peut décider aussi de les afficher pour une période maximum de 2 mois et, après ça, on les prend et on les met dans un endroit sécurisé où les gens n'ont pas accès et puis on les sort peut-être une fois de temps en temps si jamais on en a de besoin. C'est ce genre de contrôle là qui trouvent qu'on devrait avoir sur nos photos.

Mes photos sont pas bonnes. Y'ont toutes des faces.

Dans ce cas-là, c'est qu'on peut aujourd'hui les regarder et discuter de ce que ça peut vouloir dire par rapport à la vulnérabilité au VIH mais probablement, tu ne veux pas qu'on se mette à toutes les barbouiller. Alors, tu repartiras avec tes photos après finalement parce que c'est tes photos personnelles. Ça serait peut-être pas correct de les afficher sur le mur.

Ah ben moé ça me dérangerait pas que t'es installe là ces photos-là, sauf celle de moé pis toé.

Sauf que ces gens-là qui sont sur la photo, est-ce qu'on a tous leur consentement à eux pour les afficher sur le tableau ?

Ah ben je l'sais pas moé.

C'est ça l'affaire. Mettons que une de ces personnes là aujourd'hui fait partie de l'Union des artistes.

Je l'sais pas là.

On ne lui a pas demandé son consentement pour afficher cette photo-là, elle peut nous poursuivre.

Ah !

J'pense qui font pas mal plus partis de l'Union des détenus.

RIRES

N'importe quoi finalement. C'est ça l'affaire c'est qu'ils peuvent, s'il y en a qui apprennent ça, y peuvent dire "Ben écoute, y'ont pas d'affaire à faire ça". Y'a eu dernièrement des choses cet été dans La Presse, t'sais les fontaines sur le bord de la Place des Arts, y'a un punk qui s'est fait photographeur comme ça sur le bord d'une des fontaines ... et puis quand il a vu sa photo dans le journal, y'a poursuivi parce que le journaliste ne lui avait pas demandé son consentement pour prendre la photo.

...

Bon, alors c'est ça. C'que j'va faire c'est que la semaine prochaine, j'vais apporter la liste des questions et je la mettrai chacune dans vos boîtes.

D'accord.

Vous verrez le genre de chose auxquelles ils veulent qu'on réponde. Alors là, il nous reste, avec aujourd'hui, trois rencontres. On va essayer de finir notre analyse des photos aujourd'hui et puis, à partir de la semaine prochaine, on va peut-être pouvoir résumer toutes nos idées et commencer à penser à des recommandations ou un plan d'action
Verbatim no. 3

pour Stella. Il faut qu'on finisse quelque chose quand même. J'ai fait un résumé de notre dernière rencontre pour nous aider à avoir de la suite dans nos idées.
(On revoit le résumé ensemble.)

Point 1 : La semaine passée, on a parlé du babillard. Entre autres, M suggérait que les filles avaient beaucoup aimé ça voir les photos ; pis à demandait pourquoi on les a enlevé, pis, bon, à suggérait de les remettre sur une affiche.
Point 2 : La plupart des photos, on les avaient discutées la semaine passée mais y'en reste quand même un p'tit peu. M était supposée d'apporter des photos cette semaine mais là, ça a l'air que la caméra jetable marche pas.
Point 3 : C'que j'ai fait ce matin, j'ai comme fait un résumé, résumé, résumé - c't'un gros résumé très condensé - en lisant la transcription et j'ai ressorti les points qui parlent de vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Il y en a 13. Alors, une des affaires qu'on a souvent discuté c'est que, quand il y a des endroits non surveillés ou des racoins cachés ou des lieux dangereux, comme des death traps, ça c'est un facteur de vulnérabilité. Ça mène à des vols, des viols, des agressions. Y'a quelqu'un, un moment donné, qui a mentionné des injections sans consentement aussi ça peut arriver. Deuxièmement, on a beaucoup parlé de consommation abusive, comme beaucoup, comme tu peux consommer des drogues ou de l'alcool un peu pis être en contrôle mais abusive, un moment donné, tu peux perdre le contrôle. Alors, la consommation abusive de drogues ou d'alcool, ça peut aussi nous mettre dans des situations de manque. Ça, ça peut mener à l'injection avec des seringues usagées, des partages de seringues avec des inconnus peut-être des clients. Ça peut mener à de la négligence ou de l'insouciance. Y'a des gens qui ont parlé de ne pas être responsable face aux mesures de protection du VIH. On a parlé aussi du fait que, quand on consomme beaucoup, nos barrières peuvent tomber, on perd un peu l'équilibre dans notre vie. On oublie de se protéger. On oublie de prendre soin de nous autres. Quand on est en manque aussi, on veut faire des clients peut-être plus vite pis on prend pas toujours les moyens de se protéger. Alors, y'a tout le thème de consommation de drogues et d'alcool qui augmente beaucoup, beaucoup notre vulnérabilité au VIH. Le troisième point c'est la surveillance policière qui est trop étroite. Ça c'est quelques unes des photos qu'on avaient prises S pis on a parlé du harcèlement policier qui va avec ça.

Oui.

Ça diminue le temps de négociation avec le client ou bien le temps nécessaire pour nettoyer nos seringues. Il y a un quatrième point où on parle de répression. Ça va probablement avec la surveillance policière, on parle de répression, de criminalisation, de lois restrictives. Dans ce contexte-là, il faut travailler vite aussi pour faire de l'argent vite pour payer ses amendes, pis là ben, en tout cas, ça rend les gens encore plus underground puis ça force les gens aussi à travailler peut-être pas nécessairement dans des conditions nécessairement sécuritaires pour faire de l'argent vite pour pouvoir les payer les amendes. On a parlé aussi pas mal la semaine passée du mépris de la société. De toute l'humiliation que les travailleuses du sexe peuvent vivre, le jugement, la stigmatisation, l'indifférence. Pis ça, ça mène à une pauvre estime de nous-mêmes, à une auto-destruction. Ça, c'est un facteur de vulnérabilité. On a parlé souvent des lieux de travail non sécuritaire. Ça rejoint peut-être le premier point : les rues, les ruelles, les autos, les vans, les hôtels, les maisons de chambres. Il y a différents lieux de travail avec différents niveaux de vulnérabilité. En fait, la plupart des lieux où les travailleuses du sexe travaillent, c'est pas nécessairement sécuritaire. On a parlé de la compétition entre les travailleuses du sexe. Il y a peu d'entraide. C'est comme si les travailleuses du sexe n'étaient pas organisées ou n'avaient pas un code d'éthique face à leur travail. Le fait qu'il y a peu d'entraide pis que les femmes ne se tiennent pas, on est plus isolée et plus vulnérable. Il y a eu aussi une discussion du fait que le marché de la drogue est plus présent dans le quartier qu'avant. Avant, il n'y avait peut-être pas autant de drogues pis les gens se tenaient un peu plus ou, en tout cas, étaient peut-être plus en mesure de surveiller les uns et les autres.

C'tait plus les filles qui t'naient la rue que les pushers.

Oui.

A c't'heure, c'est les pushers qui ont le contrôle. Avant, c'tait les filles. La "main", c'tait aux prostituées.

O.K. Bon mais, ce changement là, ça a rendu les prostituées beaucoup plus vulnérables.

Ben oui.

Pis aussi, y consomment plus de drogues. Pis quand y consomment plus de drogues, on revient aussi à c'qu'on disaient, tes barrières tombent, tu t'protège moins, tu prends moins soin de toi. Plus spécifiquement, on a parlé beaucoup du mépris pis de la division entre les travailleuses du sexe souvent à cause de la drogue. Celles qui consomment de la drogue, on les met plus de côté. Ça, ça aide pas. Ça rejoint un peu finalement le point "compétition entre les travailleuses du sexe" le fait qu'il y a peu d'entraide. Quand on se méprise pis qu'on est

Verbatim no. 3

divisée, comment veux-tu qu'on s'entraide ? L'amour, l'intimité avec le chum, le pimp ou le client régulier, on a discuté de ces affaires-là à différents niveaux. Quand on est en amour, on pense pu à des moyens de protection nécessairement et on n'est pas nécessairement toujours dans une situation où on peut négocier.

On a parlé aussi indirectement, ça c'est moi qui la interprété comme ça, de la pauvreté des femmes. Dans le fond, pour certaines, de faire ce travail là, d'avoir besoin d'argent vite, c'est parce qu'on est pauvre pis on n'a pas le choix. Alors oui, il faut payer la drogue mais, d'un autre côté, il y a d'autres affaires aussi dans la vie pour lesquels on doit trouver le moyen de faire de l'argent. Ça c'est un facteur de vulnérabilité : la pauvreté des femmes. On a parlé des clients dangereux et fous mais ça...

Ça on le sait.

Pis on a terminé aussi avec une discussion sur la vision que les hommes ont des femmes dans la société en général. Les hommes qui ont besoin de domination face à la femme objet. Quand est une femme objet, t'as pas grand chose à dire.

"Soit belle et tais-toi."

"Tais-toi" justement, tu peux moins exiger des moyens de protection. Alors, c'est toutes des choses dont on a discuté. Est-ce que tu trouves que j'ai extrapolé trop ? J'suis allée trop loin ?

Je savais pas qu'on avait pu voir tant de chose.

Moi, j'te dis, j'lisais ça ce matin la transcription...

J'capote.

...pis j'ai trouvé ça très riche, très, très riche. On a toute dit ces choses-là. Pis des fois, on n'a pas de photo qui parle de la vision que les hommes ont des femmes dans la société. On n'a pas de photo de ça sauf que, j'me rappelle plus de quelle photo dont on parlait, mais dans l'fond, c'est pas grave parce que les photos, c'est pour nous aider.

En tout cas, on a discuté de pas mal d'affaires. Mais là, c'qui peut être le fun, c'est de voir dans les photos qui nous restent, y as-tu d'autres affaires aussi, d'autres idées qu'on peut sortir par rapport à la vulnérabilité au VIH. On en a beaucoup, on est déjà pas mal créatives là. J'étais TRES impressionnée ce matin.

J'veux médaille.

J'te dis. C'est un beau travail. Aussi, ce matin, j'ai écrit sur un carton les thèmes discutés au fur et à mesure que je lisais les transcriptions. J'écrivais : "photo numéro 1" pis j'écrivais c'qu'on a dit, etc. On l'a déjà écrit en arrière des photos. Mais moi, j'l'ai écrit sur les cartons parce que c'était plus facile pour moi pour faire un résumé. J'ai séparé les thèmes par carton pis des fois tu vois, y'en a ici là, comme celui-là, j'ai écrit "autre thème" pis j'écris "suite à la discussion photo numéro 6" donc y'a pas vraiment de photo qui vient avec ce thème là, c'est le thème "jugement, humiliation, mépris par la société, préjugés qui mènent à une pauvre estime de soi". On n'a pas vraiment de photo de ça mais c'est vraiment un facteur de vulnérabilité important.

Ben, y'en a des photos pour ça (cherche dans les photos qui restent à analyser).

Ah ! Tu l'as trouvé. Y'en a plusieurs thèmes qui ne se rattachent pas directement à une photo : peu d'entraide, de surveillance ou de protection entre les femmes, y'a de la compétition, les filles ne se tiennent pas.

Je l'ai la photo pour ça.

Alors, y'en a que j'en avais pas de photo... mais c'est important quand même de relever le thème à partir de nos discussions. Alors, je voulais vous montrer ça.

Tu travailles fort S.

Ben, j'trouve ça assez l'fun. Bon, O.K. Mais là, aujourd'hui, il faudrait qu'on essaie de finir avec les photos pour passer à autre chose. Dans le fond, passer à autres choses, ça serait de résumer l'ensemble de nos discussions qu'on a eu sur trois rencontres. Alors ça, on va le faire la semaine prochaine, notre résumé. Bon alors, on y vas-tu ?

Oui.

On était rendues à la photo 9.

Tiens, c'est celle-là : "mépris de la société". Essaie de trouver c'est quoi l'affaire au juste que j'ai essayé de capter.

Y'a quelqu'un qui est assis ici, faudrait y barrer la face. Pis y'a des licenses d'auto aussi, faudrait qu'on les barre, entre autres. Elle est assise toute seule là. Qu'est-ce que c'est ?

C'est drôle. J'tais dans l'autobus pis cette personne était en train de bummer de l'argent. Pis moi, quand j'me suis en allée chez Stella, je l'avais rencontrée. Tu voyais, j'voyais, moi que c'te personne là était en manque d'héroïne pis qu'elle avait faim. Ça ça a rapport avec le jugement, l'humiliation.

On va l'écrire en arrière.

Tsé, cé personnes là, sont pas considérées du monde correct. C'est des bummeux.

Mépris de la société.

C'est ça.

Mais, je l'ai pris de loin parce que j'étais dans l'autobus pis j'voulais pas attendre d'être direct en face parce que y'avait du monde assis là.

C'est capté sur le vif.

Ça c'est la rue St-Denis, ça c'est la rue du CEGEP.

Mais ça, pour toi, ça te faisais penser à...

A moé. Moé parce que moé j'ai déjà bummé de même.

Pis ça te faisais penser à l'humiliation que tu vivais. Le rejet que tu vivais.

Ben oui. C'est ça. Pis la faim pis la colère.

On peut-tu barrer des choses ?

Ben oui, ça me fait plaisir.

Au cas où. On va y barrer le visage même si on la voit pas. On va barrer les plaques d'autos. Toi, est-ce que ça veut dire d'autres choses pour toi ?

Pauvreté. Ça fait pitié pareil hen ? Pis c'est vrai, c'est de l'isolement en esti.

Pis quand tu vis une situation comme ça là, t'es vulnérable à toute sorte de chose mais comment ça te rend vulnérable spécifiquement par rapport au VIH ?

Parce que, ces jeunes-là, moi j'ai connu des jeunes dans l'quartier qui, des fois, y'ont fait des clients ... Bon, y pognent pas pis sont en manque là. Mais moé j'en ai vu des p'tites filles esti sucer pas de capote. Faire des clients pas de capote.

Ça ça peut être plutôt comme la prostitution de, comment on dis ça ?

De la rue.

RIRES

Oui, mais cette personne-là, peut-être qu'elle fait des clients mais elle ne se perçoit pas comme une travailleuse du sexe.

Mais, peut-être que c'te fille-là, elle a jamais fait de client. Pis là, à va être là des heures de temps parce que c'est là j'voulais en venir. Parce que moi, une fois, j'me su en venue chez Stella. Juste en face d'la Place Dupuis, collé au mur, y'avait une fille. Quand chu r'venue, chu r'venue à pieds, pis était encore là pis était dans son sleeping bag. Quand chu passée pour m'en aller chez Stella, elle r'gardait le monde passer. A parlait pas, à disait pas "Si vous plaît", n'importe quoi : "j'ai faim" n'importe quoi, à t'nait un verre de bière en plastique pis à disait pas un mot mais à r'gardait le monde passer. Moé, j'avais fait la journée au complet c'te journée-là pis j'm'en r'tournais à pieds. Des fois, j'm'en r'tournais à pieds, j'ai besoin de marcher, besoin de prendre de l'air. Etait dans son sleeping bag pis elle avait l'affaire de même pis était là. Calice que ça m'a fait de quoi. Ça m'a touchée au boutte. J'aurais aimé ça l'aider. J'avais pas d'argent. J'aurais aimé ça être capable de dire "viens manger, j'vas te payer quèque chose". Chu vulnérable à ça moé. Chaque personne qui bumme su la rue, j'aimerais ça être capable d'les aider.

Finalement, pour s'en sortir, à peut se mettre, dans des situations qui peuvent nous rendre vulnérables entre autres au VIH mais vulnérables à de la violence, vulnérables à toute sorte d'affaire.

Y'en a qui peut arriver dire "vient-en, on va aller manger" pis essayer de la manipuler pour s'en aller chez eux.

Ben c'est ça. Des fois, les jeunes de même...

A faim, à frette pis est fatiguée.

Tsé des fois, les jeunes y disent : "Mais le gars y m'a amené manger une fois ou deux pis après ça j'ai couché avec parce que j'avais rien à y offrir moé."

Parce qu'elle est démunie.

C'est ça. Est démunie.

Elle n'a comme rien d'autre que son corps.

Une femme hen.

O.K. Mais là, tout ce qu'on vient de discuter, c'est la photo 9. Alors j'ai juste à le ré-écouter après et je pourrai le mettre sur une petite carte. C'est plus facile. Ouais. Y'en avait du stock dans c'photo là. O.K. Y'en as-tu d'autres dans ton...

M a en a pas elle ?

Non parce qu'on les avait toutes mises ensemble la semaine dernière.

O.K. C'est beau.

On en a 13 à faire.

Ben let's go !

Comme celle-là, tu vois l'Abri du voyageur, des chambres de touristes. En fait, ça ça illustre une chose qu'on a discuté la semaine dernière, des différents lieux de travail où les travailleuses du sexe travaillent et puis, c'est pas nécessairement des endroits organisés pour protéger les travailleuses du sexe. Peut-être que c'est moins à risque dans les hôtels mais quand même c'est pas vraiment un endroit où on a planifié toute l'organisation. C'est pas comme un endroit, comme un bordel organisé par exemple où il doit y avoir quelqu'un qui surveille.

Non, non parce que si les filles sont comme au deuxième étage, y'a pas quelqu'un qui va monter, qui va aller cogner pour voir. Y'a ben des filles qui se font battre din tourist room.

Verbatim no. 3

Alors, dans le fond, moi c'que j'trouvais que ça illustrait ça, pis on en a parlé un petit peut, c'est que y'a pas de lieux de travail d'organisé pour les travailleuses du sexe où elles peuvent travailler en sécurité. C'est un peu ça qu'on peut retenir de celle-là. Ça rentre dans un des autres thèmes. Tiens, tu veux-tu écrire ?

Quoi ?

Ben, c'est des lieux de travail non sécuritaire parce que c'est pas organisé en fonction des besoins de santé et sécurité des travailleuses du sexe. Y'a pas de Commission des normes de santé et sécurité au travail.

C'est ça. Sont pas watchées les filles. Alors, ça c'est numéro 10. Là on est rendues où ? Tiens, on va prendre ça, le Terminus voyageur.

O.K.

Dans le fond, on avait pris ça le Terminus voyageur parce que c'est un endroit où souvent il y a des jeunes filles qui arrivent, comme des filles en fugue ou toutes seules au monde qui arrivent pis là y'a des gens qui sont là spécifiquement pour les identifier...

Les pogner, les faire travailler.

Alors, ça c'était numéro 11 ? Jeunes filles ou jeunes sans défense. Elles sont vulnérables. Comment ça s'appelle ces gens-là qui les attrapent, qui les enrolent ?

Des pimps. C'est toute des pimps, c'est le seul nom qu'on a trouvé pour eux autres. RIRES

Elles sont seules et sans moyen.

Des profiteurs.

Oui. O.K. C'est des bonnes cibles pour les profiteurs.

Viande fraîche. C'est ben ça. C'est de la viande fraîche pour eux autres. C'est écoeurant quand tu y penses. On a pu de chance...

Toi t'es trop vieille.

C'est comme un endroit qu'on voyait comme étant... Tiens, on voit la face de quelqu'un.

Comme étant un lieu de prédilections pour ces pimps là. Tu voyais-tu d'autres choses là-dedans toi quand on a pris ça S ?

Les vendeurs de drogues sont proches de d'là. Y sont vulnérables quand y'arrivent.

Ah oui ! O.K.

Pis y'a des chambres l'autre bord sur la rue Ste-Cath.

Qu'est-ce qu'on avait dit aussi, y'avait pas personne pour s'occuper... Le monde y s'criste d'eux autres.

L'indifférence.

O.K. En fait, c'est le fait d'être seule, sans défense, démunie, isolée, sans abri, les gens sont indifférents pis là toi t'as besoin de connecter avec quelqu'un, t'as besoin d'amour, t'as besoin de monde alors tu peux être prête à n'importe quoi.

Moé, c't'arrivé souvent dans ce terminus là de r'venir de travailler à Ottawa pis ... Tu rencontrais un beau gars dans l'autobus pis tu t'accotes dessus tout le long. Quand tu r'viens, tu t'accotes pas dessus, t'es pleine d'argent din culottes, dans brassière, dans tes bas. Là t'essaie de pas dormir. Mais quand tu t'en vas, t'as pas d'argent.

Mais tu fais pitié quand t'arrives pis personne t'attends.

Verbatim no. 3

On dirait que c'est pire dans les endroits comme ça.

Ça m'est arrivé moé là deux fois en avion. J'arrivais pis personne m'attendait.

Mais quand on se sent comme ça là, toute seule...

Là tu pognes tes valises. J'allais avec n'importe qui. Le premier qui me dirais "allo". Ah ! y'é v'nu m'chercher.

C'est vrai parce qu'on voit souvent ça un moment donné, ça attire peut-être plus notre attention. Moi, quand j'vais dans un aéroport pis j'vois un couple qui est en train de s'embrasser pis c'est soit lui ou elle qui s'en va, je r'garde ça pis ça me donne les larmes aux yeux. On dirait que c'est des endroits...

Nous autres, on s'fait débarquer à porte, "bye", y'é parti. Y garoche tes valises su l'bord d'la porte.

Y'a des endroits où on est plus sensible à la solitude.

Ben oui.

(On passe à une autre photo.)

Moé là, j'ai fait ben des clients à cet hôtel là. Moé, c'était mon hôtel. Pis y'a ben des descentes là-dedans. La police arrive là...

T'étais bien protégée toi. Tu me disais que t'allais souvent là, alors t'étais bien protégée.

Oui mais, en dernier, j'me suis faite arrêtée deux fois. Le pauvre bonhomme.

Pauvre bonhomme ?

Le pauvre bonhomme, c'était la première fois qu'il sortait pis y m'avait donné 100\$ icitte su c'photo-là pis quand j'avais fini de le faire, y'a sorti, la police l'attendait. Pis moé, ..., moé j'avais 100\$, ch'peux pas y r'mettre son argent là. On était su l'stress, ch'sais pas pourquoi, mais on était su l'stress tout le long. Mais oui, la police nous attendait toué deux. Ils l'ont arrêté pauvre bonhomme.

Ça y apprendra.

C'pas ça. Faut qu'y passe à cour c'bonhomme-là. Faut qu'y paie une amende.

Mais toi aussi !

Ben oui, mais moé j'ai fait du temps. J'ai fait deux jours, y m'ont mis dehors.

T'es chanceuse.

J'ai sauté par-dessus la table.

Mais toi, finalement, t'exprimes une compassion pour certains clients.

Mais oui. Pauvre eux autres. Tsé, y'ont pas c'qui veulent chez eux faque y vont ailleurs pis y s'font voler, des affaires de même. C'pas correct esti.

C'est vrai pareil que, des fois, y font pitié les clients. Y'en a qui sont pas méchants là.

Y'a des bons clients. Y'en a pu comme y'en avait avant là. Ch'sais pas si y'on eu peur ou quoi là. J'ai fait d'l'argent en crime moé. Ch'sais pas c'que j'ai fait avec esti. J'me suis gelée.

T'as fait quelque chose. Y'en as-tu d'autres ? Ça, qu'est-ce que c'est ? Celle-là, on pourrait la rajouter dans notre catégorie numéro 8, les lieux, les endroits non surveillés, les racoins cachés.

Ça pourrait être la continuation des autres photos là ?

C'est qu'on a beaucoup de photos qui parlent de lieux isolés, cachés.

Qu'est-ce qu'à dit celle-là S ? Elle a l'air à dire quelque chose.

C'est quoi la photo ?

A parle beaucoup de l'indifférence. Tu vois les filles icitte, tsé le monde icitte, y veulent quêter, y veulent travailler, y'a une fille icitte.

Du monde qui s'promène comme y serait chez eux.

C'est ça dans l'fond, parce que l'monde, c'est leur chez eux. Y'a du monde qui partent de leur chez eux, y viennent s'installer à 7 heures le matin su c'té bancs là. Pis à 11 heures le soir, des fois, y'ont pas d'argent, y'ont pas encore mangé mais y sont mieux là que chez eux.

Ben oui, y sont chez eux.

C'est triste le centre-ville l'hiver.

Pourquoi tu dis ça qu'ils sont mieux là que chez eux ?

Sont pas tout seul. Pis y voye tout ça passer.

Ça les désennuie en même temps ça les rend vulnérables au boutte. Ça les isole pareil, y sont isolés pareil.

Eux autres, c'est comme une famille. Y'ont pas de famille, y'ont pu de place. Y s'assise là pis y voye toute ce monde-là passer, y voye de l'action. Y'ont pas de TV, esti, y'ont rien. Eux autres, sont comme chez eux pis, eux autres, ben tsé c't'indifférent, y s'en vont. Pis aussi, y'a ben des scèneux, tu t'promènes le soir dans le centre-ville, essaie pas de t'pogner une place dans un restaurant su l'bord d'une fenêtre. Tout l'monde est là. Ça fait trois heures qui boive le même café, y r'garde les chars. Tsé, le centre-ville, c't'un centre d'attractions pour les gens pis y'en a qui sont chez eux. Pis ça les rends très vulnérables d'être chez eux.

Là tu m'fais capoter. Tu m'ramène loin en maudit.

Parce vu qui connaisse lui pis y connaisse elle pis y connaisse lui, bon là y vont échanger, tsé, y prendront pas le temps de nettoyer leur seringues. Premièrement, y vont là à soir, parce que tsé les quêteux, les gens de la rue, bon. Là, d'un coup, y faut qu'y alle se coucher. Là l'autre, y va demander, on va dire GX va demander à MX "tu viens-tu coucher avec moé dans l'tunnel ?" Mais c'est sa blonde pour à soir. Mais ça, sont souls, y vont baiser. Là, y sont habitués de passer la journée su l'banc. Y'a p't'être quelqu'un qui est atteint dans ces deux-là. Eux autres, y'ont besoin d'amour. Moé, une fois, j'travaillais dans rue, y m'faisaient des hugs, j'trouvais ça dur, beurk. Mais, après ça, ça m'dérange pu. Ces gens-là, ben le seul amour qu'y ont, ben ils l'ont su la rue. Des fois, on va leur donner un 2\$. Y sont contents en tabarnak là. Pis, des fois y vont s'échanger, entre jeunes de la rue, y vont s'échanger un genre d'amour, tsé y disent l'affectivité, la sexualité c'est la même chose. Ça tout le temps été la même chose. Si j'veux avoir de l'affectivité, ben j'vas donner mon cul, y va m'donner le sien, tu vas m'tenir dans tes bras mais j'vas avoir de l'affectivité. Pis toute les genre d'affectivité. Faque ça, ben c'est ça, ça parle beaucoup c'photo-là.

T'as parlé d'indifférence, t'as parlé de solitude, de besoin d'amour, du fait aussi que ces gens-là, ben c'est ça leur chez eux là. T'as parlé de beaucoup de choses. Mais dans le fond, quand les gens disent "la rue, c'est comme la jungle", c'est peut-être pas tout à fait ça. C'que tu viens de raconter là, c'est pas une jungle.

C'est la réalité.

C'est là où on habite. C'est là que ces gens-là habitent. C'est leur maison. C'est leur chez soi. Alors, c'est pas une jungle pour eux.

Ben non. Sont bien là-dedans.

Verbatim no. 3

Ah ! C'est la photo 12.

T'as rien à ajouter ? Elle a décrit c'qui fallait qu'elle décrive.

Besoin d'amour.

C'est ça. C'est toute cette affaire-là de besoin d'amour. On a toute besoin d'amour pis ça nous rend plus vulnérable.

Moé, j'pense que ça, ça devrait embarquer dans les lieux de tantôt, les lieux cachés. (une autre photo).

Ça là, les numéros 8.

Parce que ça a l'air d'un lieu à consommer, ça dit rien d'autre que cache toé là, personne va t'voir, tu s'ras pas jugée, tu t'fras pas voler ton stock.

Oui. Mais c'est des lieux cachés, isolés.

Tu peux écrire une cachette, consommer en cachette.

Si t'as besoin d'aide, si tu cries, y'as-tu quelqu'un qui t'entend ?

Non. T'es vraiment isolée.

T'en as-tu d'autres des photos qui parlent de ça ?

Mais ça, c'est juste à côté de d'là.

Mais ça, c'est pas un lieu caché, c'est un parc public.

Oui. Mais ça, c'est un lieu caché en arrière du parc public. Moé, j'allais icitte, su l'bord icitte, tu le vois pas, icitte à côté y'a l'arbuste, j'me piquais là.

Mais, un endroit public comme ça, y'a pas une surveillance ?

Non, y'a aucune surveillance. Si le monde, sur St-Christophe, le monde y'ont fait des pétitions contre les drogués, pis si y nous voye aller dans le parc pis on a l'air louche un peu, y'appellent la police tu suite.

Ah oui.

Tu suite, tu suite, tu suite. J'mé faite arrêtée là, j'tais là en train de me faire un hit.

RIRES

Mais là, ça parle du rejet aussi des personnes qui consomment des drogues.

L'humiliation, dégradation.

Ces deux-là, on va les appeler 13. J'va écrire "pare". En écoutant la cassette, c'est plus facile d'écrire derrière ou sur une petite fiche. Mais on revient encore à toute cette affaire d'humiliation pis de rejet de la société. Si on en parle souvent, ça doit être parce que c'est vrai hen ?

Sûrement.

Ça, qu'est-ce que ça disait, la station de métro.

C'est la même chose que le Terminus voyageur, c'est l'indifférence.

Pis moi, j'ai d'autres choses à ajouter là-dessus. Avant, dans mon temps, ça c'tait un gros parking. J'allais faire des clients dans c'parking-là.

Y'avais-tu des clôtures ? Tu pouvais faire des clients comme ça en plein jour ?

En plein jour. Y'a des filles qui faisaient des clients dans l'char, en plein jour, ... stationné là.

Ou ben, entre deux chars.

Moé, j'me changeais ben entre deux chars. J'pisse encore entre deux chars.

Mais là, maintenant, comme y'a pu d'auto, y'a pu rien, ben là.

Y'a beaucoup plus d'indifférence.

Moé, j'marquerais "le spot". Parce que tu débarques là, à c'te métro là.

Ben oui, quand les filles viennent travailler...

C'est hot all the way. Tu tombes dedans. T'arrive là pis tu tombe dedans.

Ça c'est numéro 14. O.K.

Moé, j'vas parler de c'vulnérabilité là. J'vas barré la face à P.

Mais, tu ne voulais pas la garder la photo ?

Non.

Sont bonnes ses photos.

Là, on parle du numéro 15.

Moé, dans tout ça, c'que moé ça faite hier quand j'ai r'gardé mes photos, ça faite "ayoye". Tsé là, un gars qui t'fait un souper aux chandelles, le vin, yé fin. Pas habituée à ça hen. Y'a pas tout le monde qui est habitué à ça là. On est habituée nous autres "envoye, va travailler", "comment t'a faite à soir ?", pis "fais la vaisselle", "fais-moi à manger pis ferme ta yeule".

RIRES

C'est ça les femmes. "Fais à manger, fais-moi un café, ferme ta yeule". Pis, tsé là, un gars fin de même, ça c'tait l'chum à mon chum, j'aurais dû pogner lui à place. Le chum au père à mon gars.

Pis tsé là, un gars fin. Y prend soin des femmes pis toute. Toé, t'a pas le choix là, tu baisses avec. Moé, en parlant des condoms, jamais utilisé ça. J'ai jamais baisé avec P non plus. Ça m'épate.

Non mais, un gars quand il est fin comme ça là, est-ce qu'on peut se sentir obligée de se plier à ses exigences ? Ou ben, c'est parce que yé fin pis, dans le fond, on y fait confiance.

On y fait confiance. On y fait tellement confiance tsé pis ça l'air tellement bon tsé. Passe une belle soirée agréable pis toute. Tu y fais confiance. Y'a de l'air propre. En tout cas, moé c'est de la vulnérabilité à moé. L'aiguille moé, ch'pas vulnérable à ça tsé. Mais ça, c'est la vulnérabilité de ben ben ben des femmes. En tant que femme, un gars qui est fin, y prend soin de toé.

Non mais c'est ça, moé ça fait, tsé... La vulnérabilité, ben comme la gentillesse pis la bonté, ça peut t'amener à la vulnérabilité. Parce que moé, j'en ai jamais pris de capote. J'ai couché avec Montréal et ses environs.

Quand tu travaillais, tu ne prenais pas de condom ?

Ben moi, j'ai pas été prostituée, j'étais danseuse. Mais, à tous les soirs j'ai couché avec un gars différent. J'faisais du bénévolat.

C'est bon tout ce que tu viens de dire : l'amour, l'intimité ou la confiance pis tout ça, mais y'a aussi le fait, comme toi, que tu ne t'identifiais pas comme travailleuse du sexe qui pouvait te rendre vulnérable au VIH.

Ben oui !

T'utilisais pas les outils du métier.

Ben moé, un moment donné, j'avais pas entendu parlé de ça des condoms. Moé des condoms, c'tait pour pas être enceinte. En tout cas, c'est ça que ça me disais là. Tsé, quelqu'un de bien. Moé, vue que ch'tais pas prostituée, j'ai jamais pris de condom. J'ai commencé à prendre des condoms quand j'ai commencé à mettre des annonces.

Mais quand tu faisais, quand t'as fait des annonces, là tu disais "bon ben là c'est un métier que j'lance".

Y'a quelqu'un qui me l'a dit "met-toé des condoms". J'm'avais acheté trois condoms pis j'ai mis une annonce. J'ai manqué de condoms à 11 heures le matin.

Mais oui. Pis là, qu'est-ce que t'as fait.

J'ai arrêté. J'ai été en acheter. J'avais 300\$ de faite. Bon, faut que j'aille m'acheter des condoms. RIRES

Mais, qu'est-ce que ça t'a fait tout d'un coup quand tu t'es mis à mettre des condoms, est-ce que ça t'a fait penser à ta vie avant ?

J'ai passé trois tests.

C'est énervant ça.

Oui. C't'énervant certain.

C't'énervant de passer ces tests là. Pis, c'pas ça, moé j'aurais pu mourir. Tu meures. C't'une maladie que tu meures. Un jour, tu meurs. Pis ça, ben moé j'me disais "merci mon dieu, j'l'ai pas eu" mais tsé, quand j'avais dit ça à un gars "j't'aller passer mon test pis j'ai pas le sida". Y m'a répondu "Montréal et ses environs te remercie".

C'est fin.

C'tait fin mais c'tait pas mal ... mais c'tait vrai. Moé j'avais pas pensé à ça que moé j'aurais pu pogner une maladie pis j'aurais pu la transmettre.

Mais, t'as jamais rien attrapé ? Même pas une gono.

Rien.

Chanceuse.

Rien.

T'es bien tombée.

Oui, oui, oui. Chu bien tombée pis ch'tombée su des estis de corps de vidanges en plus. Y'avaient fourré tous les corps de vidanges..

T'es bien tombée.

Ah oui.

Oui mais tsé, j'connaissais pas ça.

T'avais pas entendu parler des condoms ?

Verbatim no. 3

Ça, ça fait partie de ma vulnérabilité à moé. Moé, j'ai commencé à prendre des condoms, j'avais 30 ans, 31 ans. J'avais l'air môman. Parce que même après d'être môman, j'ai passé un autre test pis j'portais pas plus de condom. Faque c'est ça.

Mais, c'que tu mentionnes aussi, y'a d'autres choses comme facteur de vulnérabilité que tu mentionnes : t'avais pas l'information. On t'en avait pas parlé ?

Non, je l'avais pas l'information. Tsé quand j'avais partagé au congrès...

Comment ça se fait que l'information à se rend pas ? Parce que là, si t'avais 30 ans, ça fait pas longtemps ça là.

Non, ça fait 5 ans. J'vas avoir 35 la semaine prochaine.

Bon, mais, y'a 5 ans là, comment ça se fait donc que t'avais pas entendu parler de l'information. C'était dans les journaux, à la TV.

Moé j'lisais pas. Tsé, quand j'consommait là, moé j'lisais pas les journaux, j'écoutais pas la TV.

T'allais pas chez ton médecin pour des tests.

Non. J'tais au-dessus de ça. Moé, j'savais même pas c'tait qui le maire.

De Montréal. T'étais dans un autre monde, ton monde à toi.

Dans mon monde à moé, tout ce qui m'intéressait ben moé ch'savais toutes les jokes, les nouvelles jokes en ville. Moé, fallais que ch'fasse rire mes clients pis fallait pas que j'me déshabille surtout. Tsé, ch'savais toute c'que j'avais à faire dans ma job. Des condoms, on en parlait pas tant que ça. En tout cas, ben moins qu'aujourd'hui.

Mais, tu travaillais dans des bars. Pis y'avait pas de distributrices à condoms dans c'temps là encore ?

Non.

Ah non, t'as raison. Y'en avait pas dans c'temps là.

Y'en avait pas dans c'temps là.

Les clients, y'en parlaient pas ?

Ben non. Si y'en avaient parlé les clients, j'ai eu des relations avec des clients certain, y n'aurait eu des condoms. Dans le temps, moé j'ai fait tous les motels, les beaux motels, le Canada, pis toutes les suites qu'y avait à Canada, j'les ai toutes faites. Pis y'en avait pas plus de distributrices de condoms. Y'a des distributrices de pâte à dents, de chocolats...

Y'avait des tampons pis c'est affaires là.

Mais, tsé, y'aurait pu mettre des condoms à place de mettre du chocolat pis des bouteilles de champagne dégueulasse, y'aurait pu nous mettre des condoms. Le monde qui se tienne tous le temps dans les motels, dans les suites, c'est du monde qui écoute pas la TV. On écoute rien que des films de cul.

Ben tu vois, ben là aussi tu parles de d'autres choses. C'est que peut-être l'information ne circulait pas comme il faut pis les moyens de protection non plus n'étaient pas disponibles peut-être là où il faudrait qu'ils soient disponibles.

Ben c'est ça. Parce que tsé din pharmacies, y'en a din pharmacies O.K. mais din pharmacies y'a des Tylenol pis y'a du monde qui a jamais mal à tête.

C'est ça. Toi, t'allais dans une pharmacie, c'était pas nécessairement pour acheter des condoms.

Non, moé c'était pour m'acheter du maquillage, du parfum. Pas des condoms. Voyons donc, j'achèterais pas ça moé. Moé les condoms là, c'est faite pour pas tomber enceinte. Moé, vu que j'tais pas supposée d'avoir d'enfant.

Pourquoi t'étais pas supposée d'avoir d'enfant ?

Ben, à 18 ans, j'ai passé un test, à 19 ans, à 20 ans, à 21 ans, pis chu pas supposée d'avoir d'enfant. Pis là j'me suis dit ben j'prends pas la pilule, pourquoi j'prendrais des condoms, des capotes. La première fois que j'ai pris ça, j'ai aimé ça parce que j'étais restée couchée après.

T'as pas besoin de te lever pis ... ouais. Ben pratique.
Ça te colle pas entre les cuisses.

C'est plate ça quand sa colle.

Ben, c'est ça. C'est un des gros avantages du condom.

Ben oui.

O.K. Ça en dit beaucoup ça. C'est toute une discussion sur la photo numéro 15.

Bon. Y'en as-tu d'autres dans tes photos que t'aimerais ressortir ? On va continuer avec ceux là.

La photo des bars.

16

Tu peux enlever toutes les petites faces.

Ben là, tu ne veux pas la garder cette photo là ?

Non.

Bon, O.K. Il faudrait barrer leur face.

Barre pas la tienne par exemple.

Oui, j'vas la laisser. J'vas montrer aux filles comment chu maganée.

O.K. Comme tu veux.

Y t'crèront pas. Ch't'avais vraiment pas reconnue là-dessus.

Toi, c'est toi, pis là toi tu consens à ce que ta photo soit là. Mais les autres, y'ont pas consentis.

Je consens la main sur la bible.

O.K.

C'est ça. Moé, din bars, j'tais ben, ben, ben vulnérable. Comme j'te disais t'à l'heure, moé là, j'trippais avec c'te gros là. Y m'aimait au boutte esti pis moé, ce soir là, mais moé j'avais 4 chums dans c'temps là. Mon chum est pas v'nu m'chercher. Moé, j'me ramasse au bar rock pis c'est la veille de Noël pis j'ai été travailler au ... Pis là, j'capote. Mais là, en fin du compte, j'me ramasse...

Pourquoi tu capotes ? Parce que c'est la veille de Noël ? Parce que ton chum est pas venu te chercher ?

Ben, parce que c'est la veille de Noël pis chu pas dans ma famille. La veille de Noël, moé chu supposée d'être dans famille. Moé, j'ai tout le temps été dans famille la veille de Noël. Là, chu pognée pour travailler pis là, après ça, j'me ramasse au bar. Ch'sais que lui va être là mais là, ch'savais pas qu'y avait un beau chum de même. Moé chu chaude hen. Pis lui, ben moé je l'sais que j'vas l'avoir une autre fois pareil, que je l'ai quand j'veux tsé. Moé, Verbatim no. 3

j'décide de l'essayer lui. Pis moé, quand chu chaude, on trippe pis mais c'est ça. Moé, chu vulnérable à ça. Pis encore, ben j'ai pas pris de capote.

Alors, l'alcool.

L'alcool.

L'alcool, la solitude, le fait de pas être proche de ta famille, de te sentir éloignée...

Me sentir rejetée aussi.

Se sentir rejetée.

Rejetée par l'homme que t'aime. Parce que ça arrive ça aussi dans rue hen. Les filles icitte y m'disent ça des fois : "Ah, my fuckin boyfriend pis c'pas grave, j'en ai pogné un autre - pis lui je l'aime." Parce qu'y t'a montré un semblant d'amour.

Mais tu parles du rejet aussi pis tu parles, tu dis "Ah, mon chum..." Y'a tous les problèmes de communication qui a aussi entre les gens qui mènent à du rejet, qui mènent à des sentiments d'isolement, de solitude. C'est ça, on est plus vulnérable...

L'abandon.

Oui. A s'abandonner peut-être aussi au premier venu qui a l'air fin oui qui a l'air propre.

Pis qui est cute.

Tu te sentais seule. Ah pis y'avait aussi l'alcool. Ça on en a parlé un peu aussi, tes barrières tombent là.

Oui. Pis c't'encore... ça r'vient tout le temps à besoin d'amour.

Ben besoin d'amour revient souvent.

Parce que tsé tu t'dis bon ben lui y m'en donne pas, lui y va m'en donner. Pis dans le fond, ça nous rend vulnérable en esti c't'osti de besoins d'amour là. Parce que, crise, c'est ben sûr que le sida, ça se pogne pas rien que par l'aiguille là. Ça s'attrape par l'amour.

C'est ça qui est si difficile aussi à accepter ou à comprendre qu'on puisse attraper quelque chose de meurtrier à travers l'amour finalement.

On peut marquer "j'ai tellement besoin d'amour que chu prête à mourir".

Oui. Etre prête à mourir pour l'amour.

Mourir pour avoir un semblant d'amour.

Tu dis "un semblant d'amour".

Ben c't'un semblant certain. Ça dure pas ça là. Le lendemain, tu te lèves toué deux là. Tu dis "qu'est cé ça ?", ouash !

Oui. Ce besoin d'amour, la solitude, l'isolement, le rejet, les problèmes de communication, ça revient souvent.

Ça, j'en r'venais pas hier, j'me disais...

Ça ça s'rait quoi ? Ce serait numéro 17.

J'l'ai amenée parce que j'me suis dit "ça s'peux-tu tabarnac, si tu te ramasses su un bateau", un beau bateau, parce que r'garde, on est dans cabine, le bateau est queque chose là. D'mande moé pas comment y'é faite en dehors, j'm'en rappelle pu. J'me rappelle que ma chum est là, elle est dans chambre, elle à veut sucer le gars, la porte à

Verbatim no. 3

rouvre tout le temps... Le gars avait acheté du Napoléon, y voulait nous voir en esti hen, moé j'buvais juste du cognac. En tout cas, on est r'venues, on a vomi dans son char. RIRES. Pis ça r'vient à un esti de besoin d'amour pareil.

Mais ça, c'tais-tu des clients ? Ou c'tait des chums ?

Non, c't'un client d'où cé que j'dansais pis là y m'trouvait belle. Moé aussi, j'me trouve tellement belle quand j'me r'garde de même. RIRES Chèque moé donc la face.

J'voulais montrer comment ça peut changer esti si qu'un jour t'arrête de te geler. Parce que moé chu gelée là-dessus. R'garde comment chu maigre là-dessus, j'pesais 82 livres, 85 maximum. Là, j'en pèse 120 et quelques. La plupart du temps, j'dis 115. RIRES.

Pis c'est ça, tsé, tu fais des belles sorties. Moé, la femme aujourd'hui, quelqu'un m'amènerait su un bateau là, ben j'passerais pas 4 heures assis dans une cabine tsé. Pis, premièrement, y'a besoin de s'laver en esti pour je le suce tsé. Pis là, tsé, ben y t'amène su un bateau, y t'a acheté une grosse bouteille, y'a un once de poudre.

Faque tsé j'aurais pu me tuer en bateau parce qu'un moment donné, on s'en allait pis on était toute la gang là-dedans, pis le bateau, l'ancre était pas, on avait pas ben accroché l'ancre pis on a rasé de rentrer dans un autre bateau. On aurait pu se tuer. Premièrement, on aurait pu se tuer, rentrer dans un autre bateau, on sait pas nager, on est ben trop gelé pour nager premièrement pis on est su Memphremagog. Memphremagog y'é frette en esti. Pis, tsé là, m'semble, c'est les p'tite qui viennent icitte là pis qui passent leurs journées assis à l'Allouette. Hier, j'ai parlé un p'tit peu avec les filles, j'ai dit "Pourquoi vous mettez pas des annonces dans le journal ? Vous serez bien mieux." Moé, j'expliquais quand j'travaillais dans le journal comment qu'c'était. T'es ben. T'as pas besoin... T'es su l'coin, tu gèles en esti. A l'Allouette pis toute, pis t'es pognée là, tsé moé, y'a une bonne femme l'année passée, j'y ai faite mettre une annonce pis ça pas marché longtemps parce que sa fille reste avec pis toute ça, quand à m'a dit ça "S on est ben, chez nous sont propres, pis toute". Sont pas comme les gars à l'Allouette.

Alors, c'est pas la même clientèle.

C'est pas la même clientèle. Mais sauf qu'il faut en avoir un chez soi.

Je l'sais ben. Mais tsé, moé c'que j'dis c'est que, crisse, si j'avais pas été soûle pis gelée, premièrement j'aurais pas été assis à côté de c't'agrais là, y'avait même pas de dent en bas. Y'é pas beau c'gars là tu suite. Pis deuxièmement, j'avais profité d'un tour de bateau su l'bateau.

Ça s'peux-tu.

Pis c'est un besoin, ça c'est le besoin de me geler.

Besoin de te geler.

Pis le besoin de me sentir que quelqu'un, tsé ça fait deux semaines que moé chu là moé là, j'm'en va danser là pis là tsé, le sentiment de "Ouen, t'es belle, t'es fine, j'te trouve tellement belle". C't'un autre besoin d'amour. Parce que ça r'vient tout le temps au même besoin d'amour. C'faire faire un hit, c'est un besoin d'amour aussi. Pour montrer que t'es dans gang. Pour qu'eux autres y t'aiment parce que t'es aussi heavy qu'eux autres.

Besoin d'être acceptée.

Etre acceptée.

Pas rejetée.

C'est tout ça, ce besoin d'amour là. Le fait aussi de consommer aussi ça rend vulnérable. T'as dit beaucoup de choses à partir de cette photo là.

Ben, j'l'ai vécue c'te photo-là, c'est pour ça.

Oui, c'est ça. Toi, ça te dis-tu autres choses.

Exactement la même affaire.

Oui. Ben j'trouve que ça a ben du sens c'que tu viens de dire. Ça se tient bien là.

Ayoye ! Quand à dit "on aurait pu passer deux semaines su l'bateau au lieu d'être dedans là". On s'cachais-tu du soleil esti.

Pourquoi vous vous cachez du soleil.

Ben, y faisait clair, on était gelés, on était pas maquillées, dépeignées.

Y restes-tu encore des photos ?

On essaie de les finir.

Celles-là, y disent rien de spécifique là ? Ouen, c'est vrai, dans un parc, on savait pas quoi faire avec ça.

Ben, si tu penses qu'y a de quoi d'intéressant S dans ceux-là, dans celles que tu regardes.

Ben ça, c'est des endroits dangereux pour travailler parce que, r'garde...

Ça, ça serait le numéro 18.

...la réceptionniste est en bas. Celle qui travaille icitte ou ben là (aux étages supérieurs de l'hôtel), y'a ben des filles qui s'font battre. Qui s'font battre, qui s'font violer.
Parce qu'y a pas de sécurité.

Y'a pas de sécurité, est en bas. Y'a 4 étages. Ça c'est dangereux en esti c't'hôtel-là. Moé, j'en r'viens pas toutes les mauvais clients qu'on a pogné dans c't'hôtel-là.

Pis y vendent des condoms là.

Ouais.

Y vendent des condoms. C'est encore un lieu de travail non sécuritaire.

Ah oui. Pis très non sécuritaire.

O.K.

J'ai toujours eu peur quand j'allais là.

C'est super dangereux. Y changent même pas les draps entre les clients. Y'a une fille, à l'a pogné la galle là.

Mais, eux autres, y sont là pour faire de l'argent, qu'est-ce que tu veux. Hum ?

Le coin payant (autre photo).

Ben oui, c'est mon coin. Y'a personne, j'aurai sauté dessus pis j'aurais courru pour être la première su l'coin moé. C'est pour ça j'l'ai posé. Y'avait personne. Tu y penses-tu ? Ça se fait pas ça. RIRES

Si j'perds ma job, tsé on a une subvention pis toute, si j'perds ma job, ça c'est une place que je pourrais travailler. Y'en est pas question sur René-Lévesque...

Dans le temps, c'tait d'même : quand t'étais nouvelle là, tu commences sur René-Lévesque, après ça, tu montais.

Ben oui, y commencent à s'connaître un peu là pis là t'es dans gang.

Là tu peux rentrer dans gang. La fille à m'a dit "C'est ben d'valeur, S, même si ch't'aime ben. Y'en est pas question. Tu iras à ligne."

St-Denis/Dorchester, si tu te rapproches tranquillement (de Ste-Catherine).

C'est ça qui me surprend parce que y'a quand même un certain règlement on dirait dans l'organisation du travail mais...

Y'a pas de règlement parce que des fois les filles disent "Bon, t'as-tu vu, elle a dit de pas coupé les prix. Chu sûre qu'à les a couper parce qu'à faite 3 clients pis j'n'ai pas fait un."

"A faite mon régulier."

Tsé, y'a des règlements comme ... des affaires de même mais...

Les règlements, c'est plus par rapport au prix, au coin, pis à quoi là ?

Y'a quasiment pas de client, y'a quasiment pu d'argent. Y n'a pu d'argent comme y'avait avant. Y'a pu de client comme y'avait avant faque tsé, la clientèle, les clients, y'arrivent dans l'boutte, y savent quelle fille qu'y a là. Faque tsé, si le gars y s'en va voir sa régulière pis y'a une nouvelle deboute su l'coin, mais y va pogner la nouvelle. La régulière, à l'aura pas son argent, ça va faire de la chicane quand on traverse pis...

Mais le fait qui ait moins de clientèle pis tout ça, c'est peut-être ça aussi qui fait qu'il y a plus de compétition entre les filles pis qui s'tiennent moins pis y s'protègent moins.

Y'a d'la jalousie.

Pourquoi y'a moins de client ?

Ch'sais pas. Y'a pas autant d'argent qu'y avait avant.

Tu penses que c'est la situation économique générale globale peut-être qui fait que c'est comme ça.

Y'en a pu d'argent. Combien de monde travaille pu.

Le chômage peut-être.

Dans les maisons privées, on s'fait... Les clients ont moins peur dans les maisons privées, c'est ça qui disent. Pis là aussi, y peuvent peut-être faire une peu s'qui veulent parce que y s'feront pas poursuivre si y posent des actes dangereux dans les maisons privées.

Ah ben, t'as plus de risque dans les maisons privées là.

Comme travailleuse du sexe, ça peut être plus risqué.

Ça peut être risqué parce qu'on sait pas à qui on a affaire. Moé, personnellement, moé, j'laisse pas rentrer des jeunes chez nous. Tu sais jamais si y vont sortir un couteau.

Comment tu fais pour screener ton monde ?

La voix au téléphone.

Mais y'as-tu des gens autour ?

Tu discutes avec. C'est ça le métier. C'est de discuter. C'est celle qui a la voix la plus douce pis qui est pas énervée pis qui parle pas trop fort. C'est réceptionniste en réalité. Tu vends ton travail au téléphone.

Mais si y t'arrivait quelque chose, tu peux-tu cogner su l'mur pis la voisine à sait...

Ben, chez nous, c'est assez écho, j'lâche un cri pis j'entends... J'entends pisser à côté.

Ah oui ! Mais tu peux-tu appeler à l'aide facilement ?

Ben oui.

Est-ce que les gens autour savent ce que tu fais ?

Non, non, non.

Mais quand même, tu sens que tu pourrais appeler pour de l'aide si jamais...

Oh oui, j's'rais capable de me défendre. J'ai confiance en moé pis moé j'ai Dieu dans ma vie. Ça me fait rien de l'dire que j'ai mis Dieu dans ma vie. Moé, j'travaille. J'y d'mande de m'protéger pis de m'envoyer juste des bons clients. Si j'me sens pas ben à l'aise, je r'met l'argent pis "vas-t-en".

Ah oui !

Ch'travaille pas icitte pour me faire écoeurer. Chu chez nous. C'est toute. Va t'pogner une plote su la main. Y'en a ben là, souvent ça m'a arrivé le client arrivait chez nous pis "J'ai pas assez d'argent, j'vas aller au guichet automatique". J'y dit "Tant qu'à y être, tu t'en r'tournera su la main ..." Si t'as pas assez d'argent... T'es pas dans un hôtel. Mes draps sont propres. C'est pas sale icitte. C'est propre. T'as le bel accueil, la belle musique douce. Si t'es pas prêt à payer pour avoir ça, mais paie pour avoir moins. C'est toute. Moé, c'est mes prix pis j'coupe pas mes prix. C'est toute.

Pis, ça te cause pas de problème avec certains ?

Non. Moé, chu chez nous pis c'est toute. Chu autoritaire pis ça marche de même. Si ça marche pas, ben j'aime mieux tu prenne ton argent pis c'est condom seulement. C'est sûr que j'en fais moins là mais moé j'compte pas de mentries.

Pis t'as établi tes règlements.

That's it.

Y faut les suivre.

C'est toute. Moé, j'me respecte pis...

Premièrement, ça inspire beaucoup confiance ça de la part des clients aussi le fait que toi, t'as l'air à ton affaire, tu sais c'que tu veux, t'es propre.

J'donne un bon service. C'est pas stressant. C'est pas comme dans une chambre d'hôtel, t'as tant de temps pis y faut que tu sortes. C'est propre. Ma chambre de bain est propre pis c'est propre chez nous. Faque, ça aide. Ça veut pas dire que ça va marcher là. Y'a des journées, j'peux répondre à 50-60 téléphones pis ch'fais pas d'argent.

Ah oui !

C'est pareil comme tu peux être su la rue 4-5 heures de temps pis tu casses pas la glace. Y'a rien de sûr là-dedans.

C'est de la vente.

C'est ça. Y'a rien de sûr. Une journée, ça peut adonner mal que c'est des clients de Longueuil ou de Repentigny ou de Laval. C'est trop loin de venir chez nous. Y vont appeler toutes les autres.

Ouen. Parce que les annonces dans les journaux, on voit juste un numéro de téléphone.

C'est pas facile. Le client y dit "Donne-moi ton adresse". Tu y donne ton adresse mais y'appelle toutes les filles pis y prennent toute leur adresse pis après ça y décident après. C'est choquant. C'est très dur. J'me cherche d'autre chose là.

Tout ça, c'est stressant, tout ça là.

Ah oui, c'est stressant pis.

Tu peux ben être fatiguée quand tu dis...

J'travaille pas beaucoup. Chu malade de c'temps icitte. J'me rétablit de ma séparation. Ça pas rapport à ça là (les photos).

Y'en as-tu là-dedans qui sont pertinentes ?

Ben tsé. Y'a celle-là qui a une aiguille à terre.

Oui, oui. Mais celle-là, est-ce qu'à nous dit quelque chose de plus qu'on a pas discuté ?

J'pense pas.

On peut l'identifier. Ça serai numéro 20. Mais ça serai le thème de la...

Négligence.

Négligence par rapport à...

Ben VIH.

Rapport à une aiguille contaminée.

A part ça, ça pas été désinfecté ça. Dans un parc.

Moé, ça fesait 5 ans que j'avais pas été là. On va dire 4 parce que non 5 ans parce que M était déménagé. Pis moé j'ai r'tourné dans ces places-là parce que moé j'allais me piquer. Pis j'vas faire le tour de la ruelle. Les deux ruelles, j'ai ai fait. J'va aller faire un tour voir si ça avait peut-être changé tsé.

Ça avait-tu changé ?

Ça changé un peu. Le p'tit racoin qui était là dans le temps que j'allais là. Ben, y'a des clôtures. Tu vas voir des clôtures mais j'ai vu que aussi qu'y avait ben de la négligence pis que y avait des seringues, des sacs de coke qui traînaient icitte et là. Moins là mais le monde tsé y'ont fait un choix. Ecoute, nos enfants, c'est notre cour, c'est dangereux. C'est pour ça que je l'ai pris celle-là.

Sauf que, quand tu dis que les gens ont fait un choix, c'est notre cour, c'est dangereux mais... y'é ont repoussé ailleurs (les junkies).

Mais c'est ça.

Y font ça à chaque région, à chaque quartier.

Qu'est-ce qui arrive avec tout ça ?

La police... il les envoye ailleurs. Y sont rendus dans l'est.

Y va continuer à leur arriver la même affaire.

Y vont s'en r'venir icitte un moment donné. L'été prochain, y vont être r'venus icitte. Parce que la main, y'a pu rien. Y'é envoye. La main, c'est pu la main.

Verbatim no. 3

Pis ça, tous ces déplacements-là, quand on est déplacé comme ça, c'est parce qu'on est rejeté tout ça, mais en même temps, ça rend difficile de s'organiser entre nous autres aussi, si on est toujours dispersés, séparés, déplacés.

Ben, y faut que tu t'habitues dans un autre quartier, faut que tu r'connaisse un autre pusher, d'autres lieux pour aller boire. C'est très, très, très difficile changer de boutte. Moé, chu contente que chu pas changée de boutte.

Mais c'est difficile quand les gens sont dispersés. Comme, mettons, dans le contexte de Stella qu'on voulait aider à organiser les travailleuses du sexe ensemble mettons qu'il y ait une coalition de travailleuses du sexe ou comme un syndicat de travailleuses du sexe, ou j'sais pas quoi, pour qu'y s'tiennent plus entres elles sur la rue, qu'y se protègent plus, qu'y se surveillent ou quoi que ce soit. Si t'es toujours déplacée d'un bord pis de l'autre pis dispersé, ben tes réseaux sont toujours brisés. Y'a pas moyen de créer des liens avec les gens.

Tu peux pas avoir de liens fraternels, tu peux pas avoir...

Les liens fraternels, c'est ça. Y'en a pas.

La solidarité parce que t'es tout le temps séparé.

Ce manque de solidarité là, ben c'est ça, y'a plusieurs causes. Y'a des causes extérieures comme des déplacements mais y'a aussi...

La jalousie aussi.

...le mépris entre les gens.

Je jaisais avec une fille l'autre jour, la fille à l'a 22 ans. Les autres sur la rue ben y m'parlent pas qu'à dit. Fais-toi en pas, moé j'ai travaillé 6 ans avec ma soeur. Ma soeur est plus jeune mais à paraît plus vieille. J'me faisais plus de cash qu'elle. Pis ça c'est de la jalousie. De l'envie.

Pis là, ça vas-tu mieux avec ta soeur ?

Non, on s'parle pas.

Bon, pis ces deux-là (deux autres photos) ?

Ben ça c'est encore les celles du parc.

C'est encore des lieux de travail. J'va les appeler 8 encore. O.K. C'que j'vous suggère. Là on va arrêter. On a beaucoup jasé aujourd'hui. Ça été une réunion fructueuse.

C'est bon, j'ai aimé ça.

Là, ben c'est ça, on peut, pas aujourd'hui, mais on peut la semaine prochaine décider de mettre les photos sur une affiche.

Ça, on vas-tu corriger ça ensemble ? (transcription no.2)

Ben, la première c'est fait. Finalement, j'ai pris ceux que les gens avaient lues. Et H avait r'gardé un peu comme ça pis elle a dit que de toute façon, elle voulait tout garder. Toi t'as enlevé des choses, moi j'ai enlevé des choses. Mais on avait enlevé à peu près les mêmes affaires. Pis M elle dit qu'elle l'a lu mais finalement, elle a pas compris qu'on les nettoyait. Donc le premier (transcription no.1) c'est réglé. Alors, c'est la même chose pour le deuxième, dans le fond, c'est plutôt notre responsabilité, H, moi et M de faire ce nettoyage là et puis on va avoir une version corrigée après. Sauf que, ça peut être le fun pour toi de le lire.

Ouen, mais j'va faire du ménage dedans pareil.

O.K. C'est correct. Alors la semaine prochaine, on va le ramener la semaine prochaine (transcription no.2).

Y'a des affaires qui a pas rapport.

Verbatim no. 3

Mais, c'est pas grave. Alors, prenez une semaine pour le lire et puis la semaine prochaine, vous me remettez vos copies avec les marques dedans de ce que vous voulez enlever. Moi, la semaine prochaine, j'vas vous remettre la transcription d'aujourd'hui (transcription no.3) .

La semaine prochaine, quand je vais avoir la transcription d'aujourd'hui, j'vais la lire pis j'vas faire comme aujourd'hui. J'vas sortir les thèmes. J'peux peut-être les mettre par écrit sur des p'tits cartons.

Moé, la semaine prochaine, j'serai pas là.

C'est vrai, c'est M qui va être là. O.K. on va les mettre les thèmes sur des petits cartons.

Il faudra décider, si ça vous tente, on peut les mettre en affiche ces photos-là, ça pourrait être le fun.

Les filles, y r'gardent ça eux autres.

Alors, ça serait la job de la semaine prochaine de les mettre sur une affiche pour finaliser tout ça. Pour compléter l'autre affiche qui est là.

ANNEXE 10

**COPIES DES COMPTES-RENDUS
DES RENCONTRES DE DISCUSSION-RÉFLEXION**

**RÉSUMÉ DE LA PREMIÈRE RENCONTRE DU COMITÉ AVISEUR DU
PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA
2 octobre 1996 - 14h00 à 15h30**

Présence de quatre personnes sur six.

1. Distribution des cartables personnels
2. Présentations personnelles pour mieux se connaître et pour parler de nos attentes face au projet
3. Discussion de questions pratiques :
 - Horaire des rencontres - tous les mercredis jusqu'à la fin d'octobre ;
 - Garder le comité ouvert pour que de nouvelles participantes puissent s'y rajouter ;
 - La gestion des transcriptions – à remettre les lundis à toutes les membres du comité pour corrections.

Idée : un babillard pour présenter le déroulement du projet à l'ensemble des participantes de Stella

4. Discussion de notre vécu autour de l'expérience de prise de photos
5. Analyse des photos : description et recherche de thèmes pour décrire ce qu'est la vulnérabilité au VIH

Photo 1 : peur et solitude à cause de la géographie des lieux - endroits non-surveillés ; indifférence des gens si on crie à l'aide ;

Photo 2 : faire un wash avec une seringue usagée ;

Photo 3 : surveillance policière trop étroite ;

Photo 4 : cette photo peut en dire beaucoup : on parle des échanges de seringues avec les clients, du manque de responsabilité face à la protection (i.e. utilisation du condom), et de l'effet d'être en manque et de son impact sur l'adoption de comportements à risque...

Plans pour la prochaine rencontre :

On continue l'analyse des photos et on s'attend à ce que de nouvelles photos se rajoutent ;
On fera des efforts pour tenter de rejoindre les deux participantes qui ne se sont pas présentées aujourd'hui ;

On préparera une petite affiche pour décrire le déroulement du projet aux participantes de Stella.

**RÉSUMÉ DE LA DEUXIÈME RENCONTRE DU COMITÉ AVISEUR DU
PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA
9 octobre 1996 - 13H30 à 15h00**

Présence de trois personnes sur cinq invitées.

1. Discussion du babillard : à la fin de la rencontre, M a proposé d'exposer les photos analysées dans la cuisine chez Stella. Elle planifie mettre une phrase à côté de chaque photo pour décrire ce qu'elle dit en rapport avec la question de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Les participantes de Stella ont déjà démontré un intérêt pour les photos que les deux S avaient prises et exposées en septembre dernier.
2. La plupart des photos ont été discutées aujourd'hui, mais il en reste quelques unes à analyser. Aussi, M devrait apporter ses photos la semaine prochaine ; elle les prendra avec la caméra jetable qui reste.
3. Voici une liste des thèmes discutés et qui caractérisant la vulnérabilité des prostituées de rue qui travaillent dans les rues du centre-ville de Montréal :
 - endroits non-surveillés, recoins cachés, lieux dangereux (death traps) : mènent à des vols, viols, agressions de tout genre, injections sans consentement ;
 - consommation abusive de drogues et d'alcool : mène à des situations de manque, à des injections de drogues avec des seringues usagées, au partage de seringues avec des inconnus, dont des clients, à la négligence et à l'insouciance quant aux mesures de protection du VIH ; aussi, les barrières tombent, il y a perte d'équilibre et oubli de se protéger et de prendre soin de soi ; et il y a urgence de faire des clients et de consommer sans protection ;
 - surveillance policière trop étroite et harcèlement policier : diminuent le temps de négociation avec le client ou le temps nécessaire pour nettoyer sa seringue ;
 - répression, criminalisation et lois restrictives : il faut alors travailler vite pour faire de l'argent vite et payer ses amendes ;
 - mépris par la société, humiliation, jugement, stigmatisation et indifférence : mènent à une pauvre estime de soi et à l'autodestruction ;
 - lieux de travail non-sécuritaires : rues, ruelles, autos, vans, hôtels, maisons de chambre, etc. ;
 - compétition entre les travailleuses du sexe et peu d'entraide, donc pas "d'organisation du travail" en solidarité ou de respect de code d'éthique du travail ;
 - marché de la drogue plus présent dans le quartier qu'auparavant ;
 - mépris et division entre les travailleuses du sexe (souvent à cause de la drogue ;
 - l'amour et l'intimité avec le chum, le pimp, le client régulier ;
 - pauvreté des femmes ;
 - clients dangereux et fous ;
 - vision que les hommes ont des femmes dans la société et le besoin de domination de certains hommes face à la femme-objet.

Prochaine rencontre :

On termine l'analyse des photos et on les regroupe sur des affiches par thème.

**RÉSUMÉ DE LA TROISIÈME RENCONTRE DU COMITÉ AVISEUR DU
PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA
16 octobre 1996 - 14h30 à 16h00**

Présence de trois personnes.

1. Nous avons discuté de la rencontre de SG avec le comité d'éthique, plus particulièrement de leurs requêtes en ce qui concerne la gestion des photos. Voir la liste attachée en annexe.
2. S a apporté de ses photos choisies à même son album personnel pour alimenter la réflexion. M n'a pas pu prendre les photos souhaitées, la caméra jetable étant apparemment non-fonctionnelle. Elle apportera ses propres photos personnelles.
3. Nous avons revu le résumé de la dernière rencontre pour avoir un aperçu de l'ensemble des thèmes discutés en lien avec le sujet de la vulnérabilité au VIH.
4. Nous avons entrepris de terminer l'analyse des photos. Voici la liste des thèmes discutés :
 - être pauvre et démunie : donc on est mis en position de soumission face à la personne qui nous "aide" ;
 - mépris de la société, indifférence et rejet : ce qui engendre un sentiment de dégradation, d'humiliation et d'abandon ;
 - identité de travailleuse du sexe non-valorisée ;
 - ne pas se percevoir comme travailleuse du sexe : donc on ne prend pas les moyens de bien se protéger avec les clients ;
 - organisation du travail déficiente : lieux de travail non-sécuritaires et pas de reconnaissance des droits des travailleuses à la santé et à la sécurité ;
 - manque de solidarité entre les travailleuses du sexe et pas de réseaux d'entraide - parce qu'il y a de la compétition et les prostituées sont souvent déplacées par la police ou les comités de citoyens dans d'autres quartier où il faut se refaire continuellement de nouveaux réseaux ;
 - travail dans des quartiers défavorisés : ce qui attire moins de clients (donc plus de compétition entre les travailleuses) ;
 - intimité, besoin d'un sentiment d'appartenance, BESOIN D'AMOUR ;
 - consommation abusive de drogues et d'alcool ;
 - l'information ne circule pas quant aux moyens de protection du VIH ;
 - non-disponibilité des moyens de protection (i.e. pas de condoms dans les hôtels, etc.).
5. **Plans pour la semaine prochaine :**
Il est convenu de rassembler les photos qui restent sur une ou des affiches pour présenter le fruit de nos réflexions aux participantes de Stella.

Il nous reste deux rencontres !!!

ANNEXE : Questions du comité d'éthique concernant la gestion des photos

1. Quel est le but de prendre des photos ?
2. Comment les photos seront-elles utilisées ?
3. Qui prend les photos ?
4. Où les photos sont-elles prises ?
5. Est-ce que cette activité comporte des dangers ?
6. Quelles sont les consignes de sécurité afin d'éviter ces dangers ?
7. Quelles sont les consignes à suivre afin d'obtenir le consentement d'une personne que l'on veut photographier ?
8. Quelles sont les mesures prises au cas où des personnes apparaissent sur les photos ?
L'on doit cacher tout signe ou toute marque pouvant permettre de reconnaître une personne sur les photos.
9. Que fait-on des négatifs des photos ?
10. Qui a la responsabilité des photos et des négatifs durant toute la durée du projet ?
11. Est-ce que les photos et les négatifs, en tout ou en partie, seront conservées ou détruites à la fin du projet ?
12. Est-ce que les photos seront publiées ?

**RÉSUMÉ DE LA QUATRIÈME RENCONTRE DU COMITÉ AVISEUR DU
PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA
23 octobre 1996 - 17h00 à 18h15**

Présence de trois personnes.

1. Nous avons revu le résumé de la dernière rencontre pour avoir un aperçu de l'ensemble des thèmes discutés en lien avec le sujet de la vulnérabilité au VIH. SG a présenté chacun des thèmes sur une petite fiche individuelle.
2. Nous avons ensuite discuté de la manière de disposer les thèmes et les photos sur une affiche : nous nous sommes entendues sur un modèle, puis nous avons disposé les fiche-thèmes et des photos sur la table en fonction de notre modèle.

A la fin, nous avons discuté de la possibilité de créer des sous-sections (comme une tarte) dans chacun des cercles du modèle - plus particulièrement le cercle de "contexte-environnement" et celui de "société".

3. Vu notre manque de temps, M a suggéré de faire une première ébauche de l'affiche pour notre prochaine rencontre. SG l'a contacté deux jours plus tard pour lui suggérer de faire cet exercice au crayon à la mine, ce qui permettrait d'apporter des modifications lors de notre réunion du 30 octobre.
4. On s'est entendues sur le fait qu'il serait souhaitable que notre dernière rencontre du 30 octobre ait lieu avec l'ensemble des quatre participantes. Manon a laissé entendre qu'elle se chargerait avec Sylvie C. de faire les arrangements nécessaires pour que ce soit possible.

Plan pour la prochaine rencontre :

1. terminer notre discussion en ce qui concerne les demandes du comité d'éthique ;
2. faire un suivi du poster - le compléter pour l'afficher chez Stella ;
3. décider des suites à donner au projet ;
4. possibilités d'entrevues individuelles.

**RÉSUMÉ DE LA CINQUIÈME RENCONTRE DU COMITÉ AVISEUR DU
PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES DE STELLA
30 octobre 1996 - 14h30 à 17h00**

Présence de cinq personnes.

1. Le groupe s'est mis d'accord sur le fait qu'il était encore trop tôt pour formuler des recommandations à l'issue de notre réflexion. Chacune ressent le besoin de prendre un certain recul avant de formuler des recommandations. Aussi, les membres du groupe sont d'avis qu'il serait préférable d'obtenir le feedback et les idées des participantes de Stella pour enrichir leur propre réflexion.

Pour obtenir les commentaires des participantes on pourrait : présenter l'affiche et le fruit de nos réflexions lors d'une réunion des participantes et susciter une discussion ; demander aux participantes de noter leurs commentaires dans un petit cahier spécialement préparé à cet effet (placé tout près de l'affiche) ; ou noter les commentaires que l'on entend ou aller directement auprès des femmes pour leur demander leurs idées et les noter nous-mêmes dans le petit cahier. Nous pourrions également discuter du projet à l'intérieur de l'équipe et prendre note des idées et commentaires émergents. Enfin, il fut suggéré de visiter d'autres organismes fréquentés par les travailleuses du sexe avec notre affiche afin de susciter leurs commentaires. Cette dernière idée par contre serait à discuter au sein des comités pertinents et le CA de Stella puisque cela implique la circulation des photos hors Stella. En fait, cette idée pourrait faire partie de nos recommandations éventuelles.

Deux autres recommandations potentielles ont aussi fait surface lors de nos discussions :

- utiliser les photos pour dénoncer, auprès de la Ville de Montréal, l'existence des "death traps" ; et
- faire des campagnes d'information ou des publicités pour dire aux personnes démunies et pauvres où se procurer des condoms et d'autres moyens de protection.

À la fin, nous avons décidé de faire notre affiche et de l'exposer chez Stella jusqu'après le temps des Fêtes. A ce moment, nous pourrions tenir une rencontre pour tenter de formuler des recommandations. Donc on se donne environ 2 mois de "repêchage de commentaires".

2. Nous avons construit notre affiche. Elle fut placée bien en vue dans la salle principale de Stella. Un beau travail !!

Enfin, SG a avisé chacune des participantes qu'elle les solliciterait individuellement pour un entretien. Il s'agit pour elle de prendre note du vécu de chaque participante par rapport au projet.

Beaucoup de travail accompli lors de cette réunion.

ANNEXE 11

EXEMPLE DE FICHE PHOTO

ANNEXE 12

EXEMPLE DE FICHE CATÉGORIE

ANNEXE 13

LISTE DES CODES

HU : Vulnerability200599

File : [C :\ATLASTI\TEXTBANK\Vulnerability200599]

Edited by : Super

Date/Time : 2001/01/10 - 20 :48 :54

Code-Filter : All

Alcoolisme	Intimité
Amour	Jeunes filles
Barrières tombent	Laideur
Bas fond	Lieux de travail
Besoin d'argent	Manque d'information
Bonne police	Marché libre
Boucs émissaires	Marginalité
Chums-condoms	Mépris
Client+drogues	Négligence
Clients	Partage de seringues
Clients-condoms	Partenaires multiples
Clients réguliers	Pauvreté
Compétition	Perte de contrôle
Condom	Peur
Confiance	Pimps
Consommation drogue=VIH	Police secours
Contexte socio-économique	Pratiques d'hygiène
Contrôle policier	Pression subie
Criminalisation	Prévalence drogue
Death traps	Prostitution = transaction de services
Déchéance	Quartier détérioré
Déplacements	Racoins cachés
Désinformation	Rejet
Disponibilité de condoms	Résignation
Disponibilité de matériel d'injection	Risque
Division entre les travailleuses du sexe	S'en sortir
Domination	Santé et sécurité
Drogue	Sentiment d'invulnérabilité
Environnement insalubre	Séduction
Estime de soi	Société sexiste
Exercice de contrôle	Solidarité
Éthique du travail	Solitude
Être désirée	Stigmatisation
Être en manque	Surveillance policière
Être femme	Synergie alcool-drogue
Faire partie de la gang	Toxicomanie
Fantasmes	Trucs du métier
Fragilité	Vécu antérieur
Humiliation	Vigilance communautaire
Identité travailleuse du sexe	Violence
Ignorance	Vivre sur la rue
Indifférence	
Individualisme	
Interventions	
Intégration	

ANNEXE 14

EXEMPLE TIRÉ DU LEXIQUE DES CODES

HU : Vulnerability200599
 File : [C:\ATLASTI\TEXTBANK\Vulnerability200599]
 Edited by : Super
 Date/Time : 2001/01/11 - 08 :35 :05

 Code neighbors list
 Code-Filter : All

Alcoolisme

"1999/06/02 - 09: 49:35
 Habitude de vie qualifiée de néfaste souvent
 associée au travail du sexe.

1999/06/16 - 10: 29:57
 Code utilisé lorsqu'il est question
 d'alcool ;

Porte d'entrée à l'oubli de mesures de
 protection et de prévention... et à la perte de
 contrôle ; apéritif pour consommation
 supplémentaire d'alcool et de drogues ;
 donne surtout envie de consommer de la
 drogue.

L'alcool constitue un lien "indirect" avec
 la VIH ; tandis que la drogue constitue un
 lien "direct" avec le risque d'acquérir le
 VIH."

Amour

"1999/06/08 - 11:10:24
 Besoin d'amour et d'affection (un besoin
 assez fondamental !) ; un besoin de
 sentiment d'appartenance.

1999/06/16 - 10:33:28
 Besoin d'amour = un besoin universel et
 fondamental ;

Mais ce besoin d'amour constitue un
 problème en soi puisqu'il rend très
 vulnérable : don de soi et de ses avoirs,
 voire même oubli de soi ;

Mène à une moindre protection (voire
 une absence de toute mesure de
 protection i.e. no condoms dès qu'il y a
 intimité - (pourquoi se protéger de
 l'amour ?) et entraîne aussi une moindre
 capacité de négociation ;
 Souvent caractérisé comme un
 "semblant d'amour" ; en fait il s'agit d'un
 besoin qui ne semble pas vraiment

comblé (ou qui est très difficile à combler) et qui demeure un moteur important de vulnérabilité.

Ces femmes se disent "prêtes à mourir pour l'amour"...

L'amour rend aveugle ; l'amour fait risquer sa vie...

1999/06/17 - 09:42:34

Il semble y avoir une certaine confusion entre ce que constitue l'amour et la sexualité. Pour certains, cela semble être la même chose, puisque la sexualité représente une expression d'affectivité."

Barrières tombent

"1999/06/02 - 09 :52 :15 ; 1999/06/16 - 10 :37 :50

Drogues, alcool et amour (ou besoin d'amour) enlèvent toutes les inhibitions personnelles et mènent ainsi à des relations sexuelles non-protégées, à l'usage effréné de drogues, au travail sexuel dans des conditions moins ou pas du tout sécuritaires et au loss of self care.

Perte de défenses, barrières, inhibitions, contrôle, sens de protection..."

Bas fond

"1999/06/08 - 11:05:40

Le plus bas du plus bas de la déchéance ; on ne peut qu'y mourir ou y rebondir pour s'en sortir.

1999/06/16 - 10:46:11

Il s'agit d'un point tournant important."

Besoin d'argent

"1999/06/08 - 10 :57 :43 ; 1999/06/16 - 10 :46 :48

Travail du sexe pour subvenir à ses besoins économiques : "Ça me prend de l'argent à n'importe quel prix".

Donc on peut faire n'importe quoi pour de l'argent."

ANNEXE 15

**EXEMPLE TIRÉ DE LA LISTE ALPHABÉTIQUE
DES CODES ET *VERBATIM* ASSORTIS**

HU : Vulnerability200599
 File : [C:\ATLASTI\TEXTBANK\Vulnerability200599]
 Edited by : Super
 Date/Time : 2001/01/11 - 09:10:02

 Codes-quotations list
 Code-Filter : All

Code : Alcoolisme {8-0}~

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :1 (168 :172) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Alcoolisme] [vulnérabilité]

Memos : [Vulnérabilité]

Moe, j'ai pris une photo de ca parce que moe, dans mon actif, j'aurais parti apres pour voir si etait pleine ou etait vide (une bouteille d'alcool). C'est toujours mieux de la voir a moitie pleine que d'la voir a moitie vide. J'etais vulnérable a ca.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :2 (174 :180) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Alcoolisme] [Barrières tombent]

Pis, est-ce que, dans le fond... Ben moi ce que je vois ici c'est que peut-etre quand on prend plus d'alcool aussi la, on vient comme toutes nos defenses, nos barrieres, les inhibitions tombent pis ben on ne se protege pas. Prendre de l'alcool avant de faire l'amour, ben on pensera pas a mettre un condom.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2:10 (227:237) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Alcoolisme]

Oui. En somme, ca donne envie de consommer, c'est ben simple. C'est juste simple de meme mais on peut en parler 1 heure de temps pis c'est...

O.K. Comme une porte d'entree.

C'est un apéritif.

C'est le cas de le dire. Une bouteille de Bellini ! Un apéritif, ye la. Ca ouvre la porte a tout le reste.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2:76 (785:789) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Alcoolisme] [Négligence]

C'est vrai qu'est-ce qu'a dit parce que quand on est ... quand on est saouïle, on oublie la qu'y faut se proteger pis on oublie... On part avec n'importe qui...

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :6 (208 :212) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Alcoolisme] [Drogue] [Perte de contrôle]

Deuxiemement, on a beaucoup parle de consommation abusive,
 comme beaucoup, comme tu peux consommer des drogues ou de
 l'alcool un peu pis etre en contrôle mais abusive, un
 moment donne, tu peux perdre le contrôle.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3:10 (227:229) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Alcoolisme] [Drogue] [vulnérabilité]

Alors, y'a tout le theme de consommation de drogues et
 d'alcool qui augmente beaucoup, beaucoup notre
 vulnerabilite au VIH.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :105 (1246 :1247) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Alcoolisme]

C'est ca. Moe, din bars, j'tais ben, ben, ben vulnerable.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :109 (1265 :1277) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Alcoolisme]

Moe chu chaude hen. Pis lui, ben moe je l'sais que j'vas
 l'avoir une autre fois pareil, que je l'ai quand j'veux
 tse. Moe, j'decide de l'essayer lui. Pis moe, quand chu
 chaude, on trippe pis mais c'est ca. Moe, chu vulnerable a
 ca. Pis encore, ben j'ai pas pris de capote.

Alors, l'alcool.

L'alcool.

L'alcool,

ANNEXE 16

EXEMPLE TIRÉ DE LA LISTE DES CATÉGORIES

HU : Vulnerability200599
 File : [C:\ATLASTI\TEXTBANK\Vulnerability200599]
 Edited by : Super
 Date/Time : 2001/01/11 - 09 :51 :29

Code Family : Faire - Organisation du travail - Solidarité
 Created : 99/06/28 16 :26 (Super)

Comment :
 1999/06/28 - 16 :27 :34
 Il s'agit d'une sous-catégorie de Organisation du travail pour
 référer plus spécifiquement à la question de solidarité et
 d'entraide entre les travailleuses du sexe.

Codes (4)
 [Compétition] [Division entre les travailleuses du sexe]
 [Individualisme] [Solidarité]

Quotation(s) : 29

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt - 1 :2 (172 :178) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Individualisme]

C'est difficile de travailler en equipe. C'est pas evident.
 Tse quand tu travailles dans le journal, te toute seule sur
 ton telephone. Y'a personne avec toe. Tu travailles sur le
 coin pis c'est ton coin. Pis moe j'ai danse 7 ans, c'est
 mon banc. Touche pas a mon banc.

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt - 1 :4 (255 :256) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Solidarité]

Y'e temps crisse qu'on se tienne ensemble.

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt - 1 :16 (790 :793) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Solidarité]

Chaque fille avait son spot, personne allait la deranger.
 Quand elle partait, une autre arrivait. Elle attendait que
 l'autre parte. Y'avait plus de respect dans ce temps-la.

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt - 1 :17 (795 :797) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Compétition]

Parce qu'a c't'heure, ils sont 4-5 sur le coin pis elles se
 battent, elles se chicanent "C'tait mon client, tu me l'as vole". De la vengeance.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :52 (613 :627) (Super)
 Media : ANSI
 Codes : [Division entre les travailleuses du sexe]
 Memos : [Division entre les travailleuses du sexe]

J'ai fait le travail du sexe pendant 12 ans. J'me suis gelee comme une defoncee pis j'ai toujours l've le nez ce filles qui travaillaient su St- Laurent Ste-Cath parce que moi j'etais... Jusqu'au jour où j'ai commence a travailler avec les filles. Alors moe avec cette experience-la et ce bagage-la. Met un straight a côte de moe, y va clocher.

Ben la, tu parles de mepris meme entre les femmes.

Ah ben mais oui parce que moi-meme, j'veux dire, sont basses en tabarouette.

Mais toute la division qu'il y a entre les femmes aussi ca contribue a la vulnerabilite.

MEMO : Division entre les travailleuses du sexe
(Super, 1999/06/08 - 15 :23 :13)
Type : Commentary

1999/06/08 - 15 :23 :38
Il est à noter que les prostituées de rue, les plus vulnérables au VIH et les plus toxicomanes, sont considérées comme étant au bas de l'échelle hiérarchique des travailleuses du sexe.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :75 (776 :777) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité]

C'est tout des trucs que les filles devraient se passer.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :77 (795 :801) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité]

C'est tout des trucs que les filles pourraient se donner pour contrer cette vulnerabilite la, pour s'aider entres elles.

Oui mais...

Mais c'est chacun pour soi sur la rue.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :79 (815 :824) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité]

Non mais, est-ce qu'autour de toi, est-ce qu'il y avait comme des groupes des femmes qui s'organisaient plus ou qui se tenaient plus entre eux autres ?

On s'tenait toutes ensemble. Les filles, dans le temps que moe j'travaillais, on s'tenait toutes au meme restaurant, au meme bar, on se connassaient par noms, on savait a quel hôtel qu'on faisait nos clients, on savait où aller pour

travailler.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :82 (833 :845) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité]

Mettons, ch'sais pas, tout un coup tu te serais pas montre la face quand c'tait le temps, est-ce qu'y avait des filles qui disaient "Ecoute, ca fait 1/2 heure qu'on l'a pas vue elle la, c'est inquietant, on va aller voir où la chercher ?"

Oui.

Pis la, maintenant, est-ce que vous entendez parler de ca ?
Est-ce que ca se passe encore un peu comme ca ?

C'est moins proche qu'avant.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :83 (845 :850) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Compétition]

C'est moins proche qu'avant.

Comment ca se fait que c'est moins proche qu'avant ?

La competition. Les filles se gelent beaucoup. C'est chacun pour soi.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :84 (849 :854) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité] [Toxicomanie]

Les filles se gelent beaucoup. C'est chacun pour soi. Ou si y decident de tripper a deux, ben c'est cool. Y'en a une qui travaille, y vont s'acheter de la coke pis la y vont se surveiller. Y'a de la drogue en arriere de ca qui fait qu'y vont...

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :88 (873 :880) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Éthique du travail] [Solidarité]

Si y'en avait qui travaillaient gelees, est-ce que vous vous disiez entre vous autres "Ecoute, ca pas de bon sang".
C'etait-tu comme pas acceptable de travailler gelee ?

Non. C'etait juste de meme jusqu'a temps qu'on soit ben accrochee pis qu'on se calice de toute, on travaillait n'importe comment.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :91 (887 :891) (Super)
Media : ANSI
Codes : [Solidarité]

Mais c'est ca, c'est peut-etre que les filles ne se

tiennent pas aussi, un moment donne ca rend les filles plus vulnérables.

C'est pas qu'y veulent pas. Y's'gelent au boutte.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :96 (923 :927) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Drogue] [Solidarité]

Mais si y'en avait des filles, entre elles, mais pas se contrôler mais s'aidaient plus entre elles, se tenaient plus entre elles la, ca aiderais-tu ou pas vraiment ? C'que vous dites, a partir du moment où c'est la drogue, c'est la drogue.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :98 (943 :955) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Individualisme]

Moe c'est moe. J'parle pour moe la. J'parle pas pour les autres.

Finalement, ca vient de chacun, chacun, chacun pour soi.

C'est justement. C'est chacun nos points de vue, chacun nos expériences.

Mais c'est ca aussi, quand on est chacun pour soi dans notre coin, c'est ca qui nous rend aussi plus vulnérable.

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt - 2 :115 (1140 :1144) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Division entre les travailleuses du sexe]

Ces filles-la, c'était pas des filles qui travaillaient comme escorte.

Peut-etre avant d'arriver su a main, y'était dans des affaires d'escortes...

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :18 (263 :270) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Compétition] [Éthique du travail] [Individualisme] [Solidarité]

On a parle de la competition entre les travailleuses du sexe. Il y a peu d'entraide. C'est comme si les travailleuses du sexe n'étaient pas organisées ou n'avaient pas un code d'éthique face a leur travail. Le fait qu'il y a peu d'entraide pis que les femmes ne se tiennent pas, on est plus isolée et plus vulnérable.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :20 (272 :281) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Solidarité]

Avant, il n'y avait peut-etre pas autant de drogues pis les

gens se tenaient un peu plus ou, en tout cas, étaient peut-être plus en mesure de surveiller les uns et les autres.

C'tait plus les filles qui t'naient la rue que les pushers.

Oui.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :23 (295 :304) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Division entre les travailleuses du sexe] [Solidarité]

Plus spécifiquement, on a parlé beaucoup du mépris pis de la division entre les travailleuses du sexe souvent à cause de la drogue. Celles qui consomment de la drogue, on les met plus de côté. Ça, ça aide pas. Ça rejoint un peu finalement le point "compétition entre les travailleuses du sexe" le fait qu'il y a peu d'entraide. Quand on se méprise pis qu'on est divisée, comment veux-tu qu'on s'entraide ?

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :31 (383 :387) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Solidarité]

Y'en a plusieurs thèmes qui ne se rattachent pas directement à une photo : peu d'entraide, de surveillance ou de protection entre les femmes, y'a de la compétition, les filles ne se tiennent pas.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :123 (1393 :1405) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Division entre les travailleuses du sexe]

"Pourquoi vous mettez pas des annonces dans le journal ? Vous serez bien mieux." Moe, j'expliquais quand j'travaillais dans le journal comment qu'c'était. T'es ben. T'as pas besoin... T'es su l'coin, tu gèles en esti. A l'Allouette pis toute, pis t'es pognée la, tse moe, y'a une bonne femme l'année passée, j'y ai faite mettre une annonce pis ça pas marche longtemps parce que sa fille reste avec pis toute ça, quand a m'a dit ça "S on est ben, chez nous sont propres, pis toute". Sont pas comme les gars à l'Allouette.

Alors, c'est pas la même clientèle.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :138 (1541 :1546) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Compétition] [Solidarité]

Y'a pas de règlement parce que des fois les filles disent "Bon, t'as-tu vu, elle a dit de pas couper les prix. Chu sûre qu'a les a couper parce qu'a faite 3 clients pis j'n'ai pas fait un."

"A faite mon régulier."

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :142 (1564 :1569) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Compétition]

Mais le fait qui ait moins de clientele pis tout ca, c'est peut-etre ca aussi qui fait qu'il y a plus de competition entre les filles pis qui s'tiennent moins pis y s'protegent moins.

Y'a d'la jalousie.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :151 (1614 :1636) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Individualisme]

Mais si y t'arrivait quelque chose, tu peux-tu cogner su l'mur pis la voisine a sait... Ben, chez nous, c'est assez echo, j'lâche un cri pis j'entends... J'entends pisser a côte.

Ah oui ! Mais tu peux-tu appeler a l'aide facilement ?

Ben oui.

Est-ce que les gens autour savent ce que tu fais ?

Non, non, non.

Mais quand meme, tu sens que tu pourrais appeler pour de l'aide si jamais...

Oh oui, j's'rais capable de me defendre. J'ai confiance en moe pis moe j'ai Dieu dans ma vie. Ca me fait rien de l'dire que j'ai mis Dieu dans ma vie. Moe, j'travail. J'y d'mande de m'protéger pis de m'envoyer juste des bons clients.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :153 (1642 :1654) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Division entre les travailleuses du sexe]

Chu chez nous. C'est toute. Va t'pogner une plote su la main. Y'en a ben la, souvent ca m'a arrive le client arrivait chez nous pis "J'ai pas assez d'argent, j'vas aller au guichet automatique". J'y dit "Tant qu'a y etre, tu t'en r'tournera su la main ..." Si t'as pas assez d'argent... T'es pas dans un hôtel. Mes draps sont propres. C'est pas sale icitte. C'est propre. T'as le bel accueil, la belle musique douce. Si t'es pas pret a payer pour avoir ca, mais paie pour avoir moins. C'est toute. Moe, c'est mes prix pis j'coupe pas mes prix. C'est toute.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :162 (1806 :1823) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Solidarité]

Les liens fraternels, c'est ca. Y'en a pas.

La solidarite parce que t'es tout le temps separe.

Ce manque de solidarite la, ben c'est ca, y'a plusieurs causes. Y'a des causes exterieures comme des deplacements mais y'a aussi...

La jalousie aussi.

...le mepris entre les gens.

Je jaisais avec une fille l'autre jour, la fille a l'a 22 ans. Les autres sur la rue ben y m'parlent pas qu'a dit. Fais-toi en pas, moe j'ai travaille 6 ans avec ma soeur. Ma soeur est plus jeune mais a parait plus vieille. J'me faisais plus de cash qu'elle. Pis ca c'est de la jalousie. De l'envie.

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt - 3 :163 (1814 :1827) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Compétition] [Marché libre]

La jalousie aussi.

...le mepris entre les gens.

Je jaisais avec une fille l'autre jour, la fille a l'a 22 ans. Les autres sur la rue ben y m'parlent pas qu'a dit. Fais-toi en pas, moe j'ai travaille 6 ans avec ma soeur. Ma soeur est plus jeune mais a parait plus vieille. J'me faisais plus de cash qu'elle. Pis ca c'est de la jalousie. De l'envie.

Pis la, ca vas-tu mieux avec ta soeur ?

Non, on s'parle pas.

P 4 : projet vulnerability 23 oct pour Atlas.txt - 4 :13 (873 :893) (Super)

Media : ANSI

Codes : [Solidarité]

L'armee etait cantonnee dans le Red light parce qu'y avait le jeu, y'avait toute. Les gars se sont ramasses avec beaucoup de maladies veneriennes. Alors, le commandant de l'armee a fait une annonce que si on y voyait pas (les bordels), ses hommes auraient pas jamais la permission d'arreter par Montreal quand y s'raient dans l'boutte. Qu'est-ce qu'y ont fait, y'ont toute ferme. Les filles, pour faire la greve, qu'est-ce qu'y ont faite, y'ont ferme leur bordel, les filles se sont ramassees sur la rue pis un soir, l'hiver, en manteau de fourrure tout le kit, elles ont baise avec des gars de l'armee gratuitement.

Ayoye ! C'etait tout beau dans c'temps-la.

C'etait debile...

Les filles se tenaient dans c'temps-la ?

ANNEXE 17

EXEMPLE DE COMMENTAIRES

MEMO : Cycles (0 Quotations) (Super, 99/06/17 10 :18)

No codes

No memos

Type : Commentary

1999/06/17 - 10 :18 :37

Je constate, en révisant ma codification, qu'il est beaucoup question de cycles i.e. un évènement qui engendre une situation qui elle-même contribue à son engendrement...

Par exemple : une faible estime de soi entraîne à la consommation de drogues et l'autodestruction qui entraîne encore plus une faible estime de soi.

This could be an interesting category or even theme or a way of considering the whole issue of vulnerability.

MEMO : Échange sur la négligence (1 Quotation) (Super, 99/06/02 13 :42)

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt

1344-1408

Code(s) : [Négligence] [Sentiment d'invulnérabilité]

No memos

Type : Commentary

1999/06/02 - 13 :42 :24

Verbatim 2 octobre 1996

Il s'agit d'un échange sur la question de la négligence : on ne se comprend pas - ou bien je ne comprends pas tout à fait ce que la participante essaye de communiquer. Ce qui est intéressant ici, c'est que la négligence dont peut faire preuve une travailleuse du sexe en partageant sa seringue usagée avec un client et ce, même si elle utilise un condom avec lui pour se protéger elle-même lors de la transaction sexuelle... cette négligence donc, la rend vulnérable au VIH puisque lui peut devenir infecté si elle est porteuse du VIH (via partage de seringue usagée), et lui peut avoir d'autres contacts non-protégés avec son réseau à elle, ce qui risque de lui faire subir une ré infection. En tout cas, la négligence réside dans le fait que la chaîne de transmission du VIH se poursuit, risque d'infecter encore plus de gens, et ce faisant rend la TS vulnérable à une ré infection ou à une perte de ressources ou de support de son entourage. Donc elle demeure vulnérable à moyen et à long terme.

La négligence est associée à une forme de demie protection...

MEMO : Histoires personnelles de toxicomanes. (2 Quotations) (Super, 99/06/02 11 :58)

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt

1345-1356, 1381-1389

No codes

No memos

Type : Commentary

1999/06/02 - 11 :59 :10

Verbatim 2 octobre 1996

Il est beaucoup question d'histoires personnelles et autres reliées à la toxicomanie, à la vie de consommateur de drogues. Une des participantes semble d'ailleurs tirer beaucoup de satisfaction à parler de tout ça : "Moi j'aimais ça, chu honnête, j'aimais ça... [...] J'avais le goût de faire mon hit en esti moé...".

Dans un sens, les photos servent de reflet de la vie des participantes et de médium pour exprimer leurs idées. Leur vécu étant fortement teinté par leurs toxicomanies, il est difficile d'en faire abstraction. Je crois qu'elles réfèrent à leur expérience pour rendre compte d'idées en lien avec la vulnérabilité au VIH qu'elles ne sauraient exprimer autrement. Elles sont, par ailleurs, habituées au format des réunions AA et CA/NA où il est question de parler de soi et de ses expériences de vie. Donc on ne peut faire autrement ici.

Ainsi, c'est à travers leurs propres lentilles que l'on traite de la vulnérabilité au VIH. Leur propre lentille qui est aussi le reflet de leurs expériences avec les femmes rencontrées dans le cadre de Stella : des junkies, travailleuses du sexe toxicomanes... qui font le métier pour soutenir des habitudes de consommation et qui consomment à cause de leur vie telle qu'elle est... Donc, je pense bien que ce qui est rendu ici est assez "représentatif" du vécu des participantes de Stella.

1999/06/02 - 13 :34 :36

Verbatim 2 octobre 1996

Il est à noter aussi que lorsque l'on parle d'histoires de toxicomanie, certains propos sont difficiles à suivre, c'est pas toujours cohérent...

MEMO : Sentiment d'invulnérabilité->1 :63 (1 Quotation) (Super, 99/06/02 14 :07)

P 1 : projet vulnerability 2 oct pour Atlas.txt

1473-1474

Code(s) : [Prostitution = transaction de services] [Sentiment d'invulnérabilité]

No memos

Type : Commentary

1999/06/02 - 14 :07 :57

Verbatim 2 octobre 1996

Je reprends ici la phrase, puisque la transcription ne semble pas adéquate : "Je ne sais pas pourquoi, dans ma tête, yé client, pis y a c'qui veut, pis y s'en va".

J'attribue le code de sentiment d'invulnérabilité à cette phrase, mais en fait, est-il plutôt question de fatalisme, de manque de contrôle, où on ne peut rien, où c'est le client qui est roi et la travailleuse du sexe n'a rien à dire, donc doit subir... ce qui la rend vulnérable au-delà de toute espérance... Elle ne se sent donc pas invulnérable - mais sans contrôle sur sa destinée... Elle n'est pas participante dans la transaction.

Mais en regardant le contexte dans lequel fut dite cette chose : il était question de S qui a couché pendant 6 ans avec des gars pour des sacs de coke et qu'elle n'a jamais mis de condom. Elle a couché avec eux pour leur donner ce qu'ils voulaient pour avoir sa coke en retour. Pour elle il s'agissait d'un échange de services en termes d'appropriation de quelque chose que chacun veut... et non d'un échange de fluides corporels qui pourraient mener à autre chose (une infection) qui n'était pas souhaité... Je ne sais plus si c'est clair pour moi.

Mais l'idée ici c'est que la dépersonnalisation de l'acte sexuel (le sexe pour la drogue) fait qu'elle donne ce qu'il veut, et qu'elle a en retour ce qu'elle veut... et c'est tout. Toute autre considération n'entre pas en ligne de compte.

Il ne s'agit donc peut-être pas ni de sentiment d'invulnérabilité, ni de sentiment de fatalisme tel que suggéré plus tôt... mais d'un focus sur l'objet de la transaction et non sur les autres conséquences possibles. Une transaction à durée limitée et aux conséquences très limitées, voire absentes...

ANNEXE 18

EXEMPLE DE MÉMO THÉORIQUE

MEMO : Être prostituée de rue - Vécu, besoin d'amour (0 Quotations) (Super, 99/07/02 16 :07)

No codes

No memos

Type : Theory

1999/07/02 - 16 :08 :18

(Première mise en relation d'idées...)

Une des trois sous-catégories de **Besoin**, qui est une composante du **Vécu** de la prostituée de rue vulnérable au VIH.

Le besoin d'amour, aussi traité comme un besoin d'appartenance, se traduit par le besoin d'avoir des chums (ou de multiples chums en même temps ou en série : "...mais moé j'avais quatre chums dans ce temps-là") et d'être acceptée dans un groupe à tout prix ("S'faire faire un hit c'est un besoin d'amour aussi. Pour montrer que t'es dans gang. Pour qu'eux autres y t'aiment parce que t'es aussi heavy qu'eux autres").

En ayant un ou des chums (relations amoureuses) et en se dotant d'une communauté d'appartenance, comme une famille où il y a aussi l'intimité, on devient plus vulnérable : pourquoi se protéger de quelque chose, de gens dont on a besoin, même s'ils présentent des risques d'acquisition du VIH : (...) où qu'y va pendant la journée pendant qu'a travaille elle... y'en saute une couple durant la journée". Il est même question d'avoir des relations sexuelles non-protégées avec le chum, même si on sait qu'il est VIH+. En fait, dès qu'il y a intimité, l'on ne met plus de condoms (création de sens) : "Faque leu chum (qui peut aussi être leur pimp), avec les clients y vont mettre des condoms, mais avec les chums y n'en mettront pas. C'est la même chose dans la communauté d'appartenance (la famille reconstituée) : "Tsé, le centre-ville (...) y'en a qui sont chez eux. Pis ça les rend très vulnérables d'être chez eux. (...) (C'est leur maison). Parce que vu qu'y connaisse elle pi y connaisse lui, bon là y vont échanger tsé, y prendront pas le temps de nettoyer leurs seringues (...) Là, d'un coup, y faut qu'y alle se coucher. Là (...)G va demander à M tu viens-tu coucher avec moé dans le tunnel. Ben c'est sa blonde pour à soir... y vont baiser. Y sont habitués à passer la journée su'l banc. Y a peut-être quelqu'un qui est atteint dans ces deux-là.

Comme "l'état de manque" lorsqu'il est question du besoin de drogues ou encore du besoin d'argent, c'est un besoin essentiel à combler, comme un puits sans fond et qui brouille notre sens critique (création de sens) et mène à un "oubli de soi", à un don de soi et de ses avoirs : " si le gars y donne le moindrement d'affection, le condom, y'en est pas question. Pis son argent a va y donner. Son chèque, a va y donner si a n'a un". Ces femmes se disent prêtes à mourir pour l'amour : "Pis dans le fond, ça nous rend vulnérable en esti c't'osti de besoin d'amour là. Parce que crise, c'est ben sûr que le sida, ça se pogne pas rien que par l'aiguille là. Ça s'attrape par l'amour". C'est ça qui est si difficile à accepter... qu'on puisse attraper quelque chose de meurtrier à travers l'amour. J'ai tellement besoin d'amour que chu prête à mourir pour ça."

Le point important : c'est un besoin important et quasi irrémédiable, comme une soif interminable à assouvir, par tous les moyens. Un besoin à combler pour soi, la réalisation de son être, mais qui, ce faisant, conduit à une plus grande vulnérabilité et à l'oubli, la destruction de soi. C'est pourtant un besoin que l'on a tous, ce besoin d'amour et d'affiliation. Pourquoi est-il si destructeur chez ces femmes ?

ANNEXE 19

EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD MÉTHODOLOGIQUE

(...)

19 mai 99

J'ai préparé mes textes (les 5 *verbatim* de nos rencontres de groupe de réflexion-discussion) pour qu'ils soient des « primary documents » dans un « hermeneutic unit » dans Atlas (le 20-05-99) :

1. Organiser les documents en WORD : le font = Courier 12 ; simple interligne ; marges : gauche=1 po, droite=2.5 po ; hyphenation est à off (ne pas couper les mots) ; j'ai remplacé les caractères accentués par des non-accentués (è ; é ; ê ; à ; Ç ; ç ; î) – plus tard j'ai compris que j'aurais pu régler le problème via les « general preferences » i.e. display primary text with ANSI character set... mais bon !
2. Le tout fut sauvegardé avec WORD 7.0 en *format texte seulement avec saut de ligne*. À noter que j'ai les copies originales de Manon en WP51, des copies en WORD avec Windows 95 (février 1999 – avec marges pour ma lecture sur papier), des copies en WORD avec Windows 98 (mai 1999) i.e. textes préparés à l'étape 1 ci haut et des copies de mes 5 primary documents tels que assignées dans Atlas i.e. en format texte seulement avec saut de ligne (donc le tout sur 3 disquettes...). Sur mon disque dur j'ai : les copies en WORD (février 1999 et mai 1999) et les copies en format texte dans C:\Atlasti\textbank. Avec tout ça, je devrais être OK. J'ai aussi fait les changements dans « general preferences » pour le automatic back-up path : le tout se sauve automatiquement (le HU) dans C:\Atlasti\textbank.
3. J'ai créé la HU pour le projet (Vulnerability200599.hpr). Il contient pour le moment les 5 primary documents, que je dois commenter et pour lesquels je pourrai, sous peu, écrire les premiers mémos. Prof. Van Der Maren suggère de dater nos HU chaque jour de travail (un suffixe différent) pour suivre l'évolution du dossier – je vais faire ceci, quoique je trouve que ça peut tout de même prendre pas mal d'espace disque !

Alors voilà ! Ça commence enfin ! ! Voici, en fin de compte, ma série de mémos méthodologiques pour la poursuite de mes analyses et la constitution de traces écrites pour assurer une certaine imputabilité procédurale.

À faire pour le moment :

1. Relecture intégrale de mes 5 *verbatim* des rencontres de groupe et rédaction de comments et des premiers mémos genre interprétatifs. La lecture devrait aussi être assortie de la lecture du journal de bord afférent en cours de route et des compte rendus i.e. tout ce qui a été écrit pendant la durée de l'analyse faite en groupe. J'ai donc mis de l'ordre dans toute cette paperasse, ce qui sûrement aidera à la rédaction des premiers mémos.
2. Par ailleurs, je veux relire ma section sur la rigueur (voir protocole) pour m'assurer que je fais tel que dit que je le ferais... !
3. Ensuite, je commencerai la codification – sûrement sur papier pour commencer, puis avec Atlas pour favoriser la gestion des données.

27 mai 1999

Lecture de mes écrits sur la rigueur :

Mes mémos méthodologiques aident à assurer une imputabilité procédurale et aussi à illustrer le potentiel confirmatif (l'objectivité) de la démarche.

En regard de ce dernier critère, ne pas oublier les points suivants :

- Processus récursif de codification et catégorisation ;
- Exercice de double codage intra-codeur ;
- Confrontation de mes interprétations à l'ensemble des données...

31 mai 1999

J'ai terminé la lecture des *verbatim* et la rédaction de petits commentaires descriptifs dans Atlas pour chaque primary document. Par ailleurs, j'ai relu mon journal de bord pour la période couvrant la phase active de cueillette et d'analyse de données (août à novembre 1996). Il y a un certain nombre d'informations et de nuances sur le thème de la vulnérabilité qu'il serait intéressant de considérer pour mes analyses. Donc, il s'agit maintenant de procéder à la codification de mes *verbatim* et avec une analyse presque finalisée ; ensuite je pourrais appliquer mes codes ou catégories au journal de bord. Mes résumés de rencontres peuvent servir d'outil de validation une fois mes analyses en marche – une forme de vérification.

Je commence ma codification aujourd'hui – manuellement, avec une liste assortie de codes et leur signification...

1 juin 1999

J'ai procédé à une codification manuelle du premier *verbatim*. C'est une longue tâche remplie d'incertitudes... mais il faut bien prendre des décisions !

J'ai attribué des codes à des segments pertinents à travers plusieurs relectures pour assurer une certaine stabilité dans mes idées et un sentiment de satisfaction avec ce qui est là. Les codes furent inscrits selon le contenu, la forme, la fonction et la voix (voir mon protocole). Et j'ai commencé à noter mes idées pour des mémos. Par ailleurs, chaque code fut assorti d'une description sommaire – pour savoir de quoi il est question !

2 juin 1999

J'ai joué avec Atlas !

J'ai commencé par entrer la liste de mes codes et les commentaires assortis – avant même d'attribuer les codes aux segments donc.

J'ai imprimé le output : la liste de codes et les descriptions assorties (comments = descriptive memos).

J'ai procédé à la codification (drag and drop from the existing list), et parallèlement, j'ai rédigé des mémos.

À faire :

- Trouver le moyen de sauvegarder mon HU ailleurs sur mon disque dur (pour en faire une copie disquette et une copie réseau) ;
- Imprimer la liste des codes avec les segments assortis – pour vérifier que c'est à peu près OK et aussi pour raffiner mes commentaires/mémos descriptifs ;
- Imprimer mes mémos et vérifier que les liens appropriés sont faits... et poursuivre la rédaction de mémos appropriés ;
- Poursuivre la codification des 4 autres *verbatim*.

Il pourrait aussi être intéressant de lire les sections se rapportant au networking et à la théorisation dans mon document Atlas – pour des idées supplémentaires pouvant être utiles.

(...)

ANNEXE 20

EXEMPLE DE MÉMO THÉORIQUE SUR LA NOTION DE VULNÉRABILITÉ

MEMO : Vulnérabilité (10 Quotations) (Super, 99/06/08 11 :35)

P 2 : projet vulnerability 9 oct pour Atlas.txt
168 - 172, 270 - 278, 290 - 293, 322 - 330, 355 -
358, 360 - 361, 362 - 363

P 3 : projet vulnerability 16 oct pour Atlas.txt
20 - 20

P 4 : projet vulnerability 23 oct pour Atlas.txt
90 - 98, 330 - 354

Code(s) : [Laideur] [vulnérabilité]

No memos

Type : Theory

1999/06/08 - 11 :35 :52

Il s'agit d'un mémo pour noter la manière dont on utilise le mot vulnérabilité à travers nos discussions.

On en parle d'une perspective personnelle, basée sur une expérience de vie. La vulnérabilité renvoie à un besoin à combler. Ce besoin, par contre, est plus ou moins relié à des conséquences négatives i.e. les conséquences de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Les participantes en parlent comme s'il s'agissait de quelque chose qui est hors de leur contrôle ; il s'agit d'une faiblesse de sa propre nature.

Il y a aussi la question de la peur... la vulnérabilité est fréquemment associée au sentiment de peur chez les personnes qui emploient le terme "vulnérable".

On utilise aussi le terme pour référer aux gens qui n'ont pas de protection, et qui en ont besoin.

Il est aussi question d'être exposé au danger et d'être moins en contrôle de ses moyens, de ne pas avoir de contrôle sur soi et sur son environnement.

La notion de vulnérabilité est aussi fortement liée au "craving" physique et psychologique de la personne toxicomane ; donc, en ce sens, liée aux notions d'obsession, d'urgence, de manque, de besoin à combler à tout prix...

La notion de vulnérabilité comme étant une porte d'entrée est une image intéressante, où la vulnérabilité est une ouverture sur un autre domaine, un autre univers ; une fois que la porte est ouverte, il peut aussi être difficile d'empêcher l'entrée du danger, de la violence, etc.

La vulnérabilité est aussi quelque chose à vaincre, que l'on peut vaincre et contrôler. En ces termes, la vulnérabilité réfère à un sens très personnel...

La question des barrières qui tombent, et qui, ce faisant, contribuent à la vulnérabilité, laisse entrevoir la perte d'une certaine bulle protectrice. C'est toute la question de la protection perdue.

Lien avec *verbatim* no.4 (page 3) : Pour comprendre pourquoi on parle beaucoup de vulnérabilité d'un point de vue personnel : peut dépendre, en partie, de l'activité de photographie en soit i.e. le fait de prendre les photos qui représentent son point de vu personnel de la vulnérabilité ramène chaque personne à sa propre vulnérabilité (it just makes sense !)

Lien avec *verbatim* no.4 page 11 : On commence, puisque c'est la fin de l'analyse et qu'on en est à commencer à identifier des zones d'intervention possibles, à parler des différents niveaux de vulnérabilité des travailleuses du sexe, qui font référence à divers niveaux de contrôle pouvant être exercé par les TS. On va du contrôle pouvant être possiblement exercé aux conditions incontrôlables...

La question de laidur : ce code est souvent associé à la notion de vulnérabilité et décrit les environnements et les circonstances dans lesquels ont à évoluer les travailleuses du sexe, particulièrement les junkies.

Les mots utilisés par M dans son poster pour parler de vulnérabilité :

danger, tentations, coupé du monde, isolé,... Il est question de choses qui nous "rendent" vulnérables... est-ce quelque chose qu'on attrape ? une situation dans laquelle on peut entrer et ensuite de laquelle on peut sortir ? un état modifiable qui est aussi hors de notre contrôle ?

1999/06/18 - 13 :49 :06

Après avoir lu et relu les 66 quotations codées 'vulnérabilité' et relu le mémo amorcé, voici quelques réflexions sur le sens attribué au concept de vulnérabilité :

La vulnérabilité est essentiellement un processus en devenir, une sorte de destin auquel les participantes sont conviées, mais duquel on peut se sortir à tout moment si on exerce le contrôle nécessaire pour rééquilibrer les forces qui engendrent ce cycle, qui a tendance à s'emballer tout seul, à avoir une vie qui lui est propre. Cet état dépend à la fois du contexte, des circonstances, de l'environnement dans lequel on évolue, et qui nous rend vulnérable... et dépend aussi d'une certaine prédisposition personnelle, prédisposition ancrée dans notre histoire personnelle. Le moteur du 'devenir vulnérable' est à la fois en soi et hors soi.

Lorsqu'il est question de prédispositions personnelles (également modulées par l'environnement dans lequel elles évoluent), il est surtout question de tentations, d'obsessions, d'une certaine attirance, d'un appel, d'un état de manque, d'un besoin à combler (à tout prix). Il s'agit d'une faiblesse à laquelle on succombe pour l'atteinte d'un objet qui, à la fois, comporte des conséquences positives et négatives... mais où le négatif le remporte sur le positif.

L'état de vulnérabilité est décrit de différentes manières ; c'est un état à la fois imminemment personnel et universel ou plutôt partagé avec un groupe élargi de semblables. C'est également un état à la fois modifiable et hors contrôle. Il est question de fragilité, de sensibilité, d'être à fleur de peau, de vivre dans la peur, de ne voir que la laideur, de ne pas se sentir en sécurité, d'être sans défenses, sans barrières protectrices, de devenir une porte d'entrée à un ensemble d'agressions potentielles et quelque peu imprévisibles. De cette manière, la vulnérabilité est vécue comme une potentialité. On n'est pas certain de ce qui nous attend, mais on se sait, on se sent vulnérables (quoiqu'il soit également question de ne pas être tout à fait conscients de l'ampleur de notre vulnérabilité dans bien des cas... peut-être faut-il se déconnecter de 'la réalité' à certains moments pour survivre à cet état précaire que constitue la vulnérabilité ?). C'est un phénomène à la fois indescriptible, multidimensionnel, et ayant sa propre vie... qui s'exprime aussi selon un gradient : on peut être un peu vulnérable ou même excessivement vulnérables. Par ailleurs, il est question de sentiment d'isolement, d'être coupé de soi et du monde qui nous entoure, d'avoir perdu la maîtrise et le contrôle de son univers... contrôle qu'il importe de rétablir pour retrouver un certain équilibre - puisque la vulnérabilité, où l'on est constamment aux aguets, en tension, ... est un phénomène déséquilibrant.

Quoique l'état de vulnérabilité semble avoir sa propre vie, hors de l'exercice de notre contrôle, il semble, par ailleurs que l'on peut se sortir de cet état à tout moment (?) si on exerce le contrôle nécessaire sur soi ou sur son environnement ou contexte. Par ailleurs, il semble que des agents extérieurs puissent également nous aider à sortir de ce cycle. Ce qui est intéressant ici, c'est le lien entre la vulnérabilité et l'exercice de contrôle. Ce lien a une certaine résonance avec les écrits (peu élaborés) sur la question de vulnérabilité sociale de J. Mann. Il y a une tension entre les concepts de vulnérabilité et d'*empowerment*... que les propos des participantes laissent entrevoir ici.

1999/06/24 - 13 :14 :46

Bon, je recommence ma petite histoire sur le concept de vulnérabilité. Ma première petite histoire est basée sur un petit modèle qui a des allures quelque peu linéaires. Alors là, j'ai décidé d'organiser les idées en fonction des quatre pôles, quoique je ne sois pas certaine d'y trouver du nouveau, mais tout de même, ça me permet d'illustrer autrement.

La vulnérabilité peut être conçue comme un processus en devenir, à la fois comme un destin inévitable qui se dessine malgré tout et malgré nous et comme une condition modifiable, d'où on

peut se sortir, seule ou avec une aide extérieure. Il s'agit d'une potentialité qui émerge de notre histoire de vie et du contexte dans lequel on vit et qui, de plus, est modulée par notre capacité d'endiguer son développement (métho). La vulnérabilité prend donc forme en l'absence d'exercice de contrôle de l'individu sur son monde vécu et s'exprime selon un gradient proportionnel à la capacité de l'individu (ou du groupe) d'exercer un contrôle sur son développement. Et plus on devient vulnérable, donc moins en contrôle de la situation dans laquelle on se retrouve, plus nombreuses sont les répercussions sur les diverses dimensions de nos vies. Le degré de vulnérabilité est donc proportionnel à la capacité de l'individu (ou du groupe) d'exercer un contrôle sur les diverses facettes de son monde vécu, lui permettant ainsi de s'actualiser au meilleur de ses capacités. Ainsi, la contrepartie conceptuelle de la vulnérabilité pourrait être l'idée d'*empowerment*. Il s'agit, en effet, d'une conceptualisation déjà proposée par J. Mann en 1992. Il est intéressant pour moi de retrouver cette idée dans les propos des participantes, et ce bien avant, notamment, ma lecture des propos de Mann.

Plus concrètement, la vulnérabilité renvoie à la fois à un vécu (être) imminemment personnel et universel (ou reconnaissable de tous). Elle puise ses forces dans une faiblesse de la nature humaine, telle une pauvre estime de soi ou, plus souvent, dans l'existence d'un besoin à combler à tout prix (tel le besoin de drogues (état de manque) ou le besoin, la soif d'amour) (téléo). Et c'est à travers l'action de combler ce besoin à tout prix que prend forme la vulnérabilité, à travers des "gaffes" et des "erreurs" ayant des conséquences somme toutes négatives sur le bien-être de la personne (i.e. consommer des drogues dans des conditions insalubres, faire l'amour sans condoms - puisqu'on ne met pas de barrières entre soi et l'être "aimé"). Ces conséquences sont conçues comme étant potentiellement négatives puisque engendrées dans un contexte où il a eu un moindre ou une absence d'exercice de contrôle pour assurer le bien-être à long terme de l'individu (il peut certainement y avoir un état de bien-être immédiat, à très court terme). Et associées à ces conséquences se retrouvent les sentiments (épistémo) de fragilité, de peur, de danger, d'isolement, de manque de protection, de violence et de honte... à la fois issues et moteurs de la vulnérabilité.

Par ailleurs, la vulnérabilité peut également prendre forme en fonction de circonstances et d'agents externes (onto) qui rendent l'individu (ou le groupe) vulnérable. Il s'agit en fait de contextes auxquels l'on se retrouve exposés (harcèlement policier) et qui font entrave à notre capacité d'exercer le contrôle nécessaire pour assurer notre bien-être.

Évidemment, c'est fort probablement la conjonction du vécu personnel et du contexte dans lequel on se retrouve qui nourrissent le potentiel de vulnérabilité et minent la capacité d'exercer le contrôle nécessaire pour équilibrer les forces à la fois internes et externes, sources de vulnérabilité. Ceci étant, il n'est pas surprenant de constater que la vulnérabilité se vit comme un état de tension, de déséquilibre... fruit de la rencontre de potentiels incapacitants... et qu'elle s'estompe lorsqu'il y a exercice de contrôle et de pouvoir rétablissant le bien-être de l'individu. À noter que la notion de bien-être reste ici ouverte, le bien-être étant défini en fonction des valeurs des individus et groupes concernés. J'y reviendrai...

ANNEXE 21

**TABLEAU SYNTHÈSE
DES THÈMES, CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET CODES
ISSUS DE L'ANALYSE EFFECTUÉE *A POSTERIORI***

THÈMES (4)	CATÉGORIES (8)	SOUS-CATÉGORIES (22)	CODES (86)
Systèmes de croyances	Connaissances	Connaissances adéquates :	
		i. Modes de transmission du VIH	Chums-condoms Clients-condoms Clients réguliers Disponibilité de matériel d'injection Partage de seringues
		Connaissance incomplètes :	
		i. Mesures de protection	Amour Condom Désinformation
		ii. Critères	Confiance Pratiques d'hygiène
	Non-reconnaissance de soi	Histoire de vie	Vécu antérieur
		Identité de travailleuse du sexe	Identité travailleuse du sexe Jeunes filles Sentiment d'invulnérabilité Toxicomanie
		Résignation	Estime de soi Humiliation Résignation
Monde vécu d'exclusions	Réalités sociales d'exclusion	Réalités socio-économiques et sexistes	Boucs émissaires Contexte socio-économique Domination Être femme Pauvreté Société sexiste
		Ignorance, indifférence et stigmatisation	Désinformation Humiliation Ignorance Indifférence Marginalité Mépris Quartier détérioré Rejet Santé et sécurité Solitude Stigmatisation

THÈMES (4)	CATÉGORIES (8)	SOUS-CATÉGORIES (22)	CODES (86)
Monde vécu d'exclusions (suite)	Réalités sociales d'exclusion (suite)	Criminalisation	Criminalisation Déplacements Humiliation Santé et sécurité Vigilance communautaire
	Exclusion vécue dans le milieu de la prostitution de rue	Inadéquation des interventions préventives	
Les principaux protagonistes :			
i. Les autres travailleuses du sexe			Compétition Division entre les travailleuses du sexe Drogue Identité travailleuse du sexe Individualisme Solidarité
ii. Les <i>pimps</i> , les <i>pushers</i> et les protecteurs			Jeunes filles Pimps Prévalence drogue
	iii. Les clients		Boucs émissaires Clients Clients-condoms Clients réguliers Domination Fantasmes Violence
	iv. La police		Bonne police Contrôle policier Criminalisation Humiliation Peur Police secours Surveillance policière

THÈMES (4)	CATÉGORIES (8)	SOUS-CATÉGORIES (22)	CODES (86)
Monde vécu d'exclusions (suite)	Exclusion vécue dans le milieu de la prostitution de rue (suite)	Les conditions de travail :	
		i. Lieux de travail isolés et dangereux	Death traps Environnements insalubres Laideur Lieux de travail Peur Racoins cachés Santé et sécurité Violence
		ii. Marché compétitif de la prostitution	Compétition Lieux de travail Marché libre Peur
		iii. Prévalence accrue de drogues dans le milieu	Compétition Division entre les travailleuses du sexe Éthique du travail Prévalence drogue Solidarité Toxicomanie Vigilance communautaire
Projets (dé)constructeurs et en interférence	Projets (dé)constructeurs	Besoin de drogues	Alcoolisme Barrières tombent Déchéance Drogue Être en manque Perte de contrôle
		Besoin d'argent	Besoin d'argent Être en manque Pauvreté Toxicomanie
		Besoin d'amour et d'appartenance	Amour Barrières tombent Chums-condoms Être désirée Faire parti de la gang Intimité Partenaires multiples Rejet Solitude Vécu antérieur Vivre sur la rue

THÈMES (4)	CATÉGORIES (8)	SOUS-CATÉGORIES (22)	CODES (86)
Projets (dé)constructeurs et en interférence (suite)	Projets (dé)constructeurs (suite)	Projet de survie	Bas fond Déchéance S'en sortir
	L'interférence des projets	Catégorie développée à partir du constat de l'interrelation des multiples projets	Code cheville : Criminalisation
Pratique dérégulée	Transgression des règles de pratique		Compétition Estime de soi Éthique du travail Exercice de contrôle Identité travailleuse du sexe ; Intégration Négligence Santé et sécurité Sentiment d'invulnérabilité Trucs du métier
	Capacité de régulation		Alcoolisme Barrières tombent Besoin d'argent Client+drogues Déchéance Être en manque Exercice de contrôle Négligence Perte de contrôle Pression subie Risque Séduction

Note : Les codes sont présentés par ordre alphabétique et non par ordre d'importance.

ANNEXE 22

RÉSUMÉ D'UNE RECENSION DES ÉCRITS :

**LES PRINCIPAUX FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ AU VIH
POUR HUIT GROUPES SÉLECTIONNÉS**

Cette annexe constitue le résumé d'une recension d'écrits publiés principalement depuis 1996 en santé publique et en sciences sociales et portant sur des questions apparentées au thème de la vulnérabilité au VIH parmi d'autres groupes que les travailleuses du sexe. Tel que mentionné au septième chapitre, les groupes suivants ont été retenus, soit pour leur pertinence à titre de comparaison avec le groupe des travailleuses du sexe, soit parce qu'ils figurent parmi ceux les plus souvent mentionnés : les travailleurs du sexe masculins ; les femmes en général ; les usagers de drogues par injection ; les personnes transsexuelles et travesties ; les jeunes de la rue ; les minorités ethniques et les peuples autochtones ; les hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes ; et la population générale. Il importe de noter, toutefois, que ces divers « groupes » ne sont pas mutuellement exclusifs et qu'ils incluent une hétérogénéité d'individus dont l'expérience de vie ne se résume pas uniquement aux propos qui suivent.

Les travailleurs du sexe masculins

Une compilation de documents traitant de la problématique du VIH/sida parmi les travailleurs du sexe masculins au Canada (Allman, 1999) signale plusieurs similitudes avec la situation de femmes prostituées vulnérables au VIH. Ces personnes subissent tout autant de discrimination sociale ; signalent des enfances difficiles ; doivent continuellement transiger avec des clients qui réclament des services sexuels sans condoms¹ ; et font un usage différentiel du condom selon le type de pratique sexuelle et de partenaire. Et comme les femmes, les plus vulnérables au VIH ont tendance à être plus défavorisés économiquement et mènent des vies désorganisées par la drogue (à titre d'exemple, voir : Roy, 2000).

En revanche, il semble que les travailleurs du sexe masculins soient moins criminalisés puisque moins souvent inculpés que les prostituées féminines, soit 0,37 versus 1,37 fois par an en moyenne pour les hommes et les femmes respectivement (Groupe de recherche d'intérêt public de l'Université McGill, 1996). Cette conjoncture serait principalement le fruit de leur moins grande visibilité que les femmes et du fait que les agents de police auraient tendance à limiter leurs contacts avec ces hommes. Par ailleurs, le peu d'études disponibles² suggèrent que les travailleurs du sexe masculins sont plus autonomes et subissent généralement moins de rapports de force dans leur travail que leurs contreparties féminines. Aussi, leurs carrières sont moins longues que celles des travailleuses du sexe ; ils travaillent davantage à temps partiel et moins régulièrement qu'elles ; et ils ont plus souvent d'autres emplois légitimes. De plus, ils se retrouvent moins fréquemment que les femmes à exercer une prostitution de survie, diminuant ainsi leur potentiel d'exposition à la violence.

¹ À noter que ce sont plutôt les clients masculins que féminins qui demandent à recevoir des services sexuels sans condom.

² À titre d'exemple, voir : Shaver (1996).

Néanmoins, malgré certains avantages par rapport à la situation des femmes prostituées, ce qui les rendrait à prime abord moins vulnérables au VIH, il appert que ces hommes, qu'ils soient UDI ou non, sont davantage infectés par le VIH que les femmes. Ceci serait attribuable au fait qu'ils se livrent à une plus grande variété d'actes sexuels à haut risque d'infection incluant, notamment, une fréquence élevée de relations anales non protégées. De plus, ils auraient tendance à passer plus de temps avec leurs clients, ce qui contribue alors au potentiel plus important de relations sexuelles non sécuritaires.

À la lumière de ces observations, certains croient que les messages en matière de prévention du VIH ne sont pas bien adaptés à cette clientèle. D'une part, bien que la plupart de ces hommes ont des clients masculins, ils ne paraissent pas se sentir concernés par l'information divulguée eu égard aux relations sexuelles entre hommes (Allman, 1999 ; Davies & Feldman, 1997). En fait, ils ne se considèrent pas homosexuels et semblent même adopter une attitude homophobe. D'autre part, ces messages témoignent du fait que ce groupe d'hommes demeure, en somme, peu connu et peu rejoint. Cette réalité est d'autant plus concevable que la majorité de ces travailleurs exerce son métier dans la marginalité sous le sceau de l'opprobre sociale.

Bref, les travailleurs du sexe masculins semblent être mieux placés que les prostituées féminines pour exercer une plus grande capacité de régulation que ces dernières. Par contre, leur expérience vécue d'exclusion perdure à divers niveaux, ce qui contribue inévitablement à leur vulnérabilité accrue au VIH.

Les femmes

Selon les statistiques officielles de l'OMS, près de la moitié des adultes séropositifs à travers le monde sont des femmes (ONUSIDA, 2000). À cet égard, une bonne part des chercheurs et des praticiens s'accorde résolument sur le fait que l'infection par le VIH chez les femmes constitue l'expression biologique d'une constellation de dynamiques relationnelles, économiques, politiques, culturelles et environnementales (Farmer, Connors, & Simmons, 1996 ; Hankins, 1996 ; Kellington & Listen Up ! Project Advisory Group, 1999 ; Schneider & Stoller, 1995 ; Zierler & Krieger, 1998). Qui plus est, ces dynamiques seraient plus déterminantes encore que les facteurs de risque les plus souvent mentionnés tels l'usage de drogues par injection, la non-utilisation du condom, ainsi que le faible sentiment d'efficacité personnelle, puisqu'elles sont sous-jacentes aux comportements et aux caractéristiques psychosociales des individus.

Parmi les dynamiques constitutives les plus souvent mentionnées, il est notamment question des normes sociosexuelles établies ainsi que de l'inégalité quasi-universelle entre les sexes qui

font en sorte qu'une majorité de jeunes filles et de femmes sont socialement et économiquement dépendantes, et donc peu outillées en vue de s'assurer des relations sexuelles sécuritaires et exemptes de violence (Amaro, 1995 ; Carovano, 1991 ; Gollub, 1999 ; Gupta & Weiss, 1993 ; Hankins, 1996 ; Kellington & Listen Up ! Project Advisory Group, 1999 ; Pequegnat & Stover, 1999 ; Travers & Bennett, 1996). Fait à signaler, celles qui sont victimes d'abus sexuels dans leur enfance ou à l'âge adulte – violences en quelque sorte cautionnées par les codes socioculturels de la masculinité – ont davantage tendance à devenir infectées par le VIH que leurs consœurs (Harlow et al., 1998 ; Kalichman, Williams, Cherry, Belcher, & Nachimson, 1998 ; Leenerts, 1999 ; Maman, Campbell, Sweat, & Gielen, 2000 ; Miller, 1999 ; Miller & Paone, 1998 ; Pequegnat & Stover, 1999 ; Thompson, Potter, Sanderson, & Maibach, 1997 ; Wingood & DiClemente, 1997 ; Wingood & DiClemente, 1998).

En outre, il est clairement établi que les femmes vivant en situation de pauvreté, une tendance qui s'accroît d'ailleurs considérablement sur un plan global, sont davantage vulnérables au VIH étant donné la combinaison de certaines stratégies de survie ; les réseaux fermés et à haut risque dans lesquels elles ont tendance à évoluer ; ainsi que l'isolement et le faible capital social dont elles font les frais, signes d'un support social quasi-inexistant (Gollub, 1999 ; Kellington & Listen Up ! Project Advisory Group, 1999 ; Miller & Paone, 1998 ; Nyamathi, Flaskerud, Leake, & Chen, 1996 ; Nyamathi, Keenan, & Bayley, 1998 ; Sikkema, Heckman, & Kelly, 1997 ; Somlai, Kelly, Wagstaff, & Whitson, 1998). Parmi les stratégies de survie les plus souvent mentionnées figurent la consommation de drogues qui aiderait à transiger avec un quotidien exigeant, mais qui, toutefois, augmenterait la stigmatisation à l'endroit de ces femmes (Klee, 1996) ; ainsi que le recours à des relations sexuelles non-protégées avec son partenaire afin de maintenir la relation de laquelle dépend sa survie économique et affective¹. Il est à noter que la conjoncture vulnérabilisante nommée ici serait pire pour celles ayant des problèmes de santé mentale (Gearon & Bellack, 1999 ; Gordon, Carey, Carey, Maisto, & Weinhardt, 1999 ; Weinhardt, Carey, & Carey, 1998).

Enfin, il appert que la vulnérabilité des femmes est fonction de diverses formes de discrimination qui font en sorte que leurs besoins en matière de services sociaux et de santé ne sont pas adéquatement traités (Kellington & Listen Up ! Project Advisory Group, 1999 ; Oliva, Rienks, & McDermid, 1999). Par exemple, le nombre limité de services de désintoxication qui, en outre, exigent que les enfants soient mis en famille d'accueil pour une durée plus ou moins longue ou déterminée réduisent grandement l'accessibilité et l'attrait envers de tels services pour les mères toxicomanes qui continuent alors à être exposées à un

¹ Cette stratégie serait d'ailleurs facilitée par une image idéalisée de la fidélité du partenaire ainsi que de sa relation avec lui (Pivnick, 1993 ; Sobo, 1993 ; Zierler & Krieger, 1998).

potentiel élevé d'infection par le VIH ; ou encore, les politiques et les structures faisant en sorte qu'il soit difficile pour les femmes, tant sur un plan économique que légal, de sortir de relations de couple abusives et violentes font perdurer la vulnérabilité de bon nombre d'entre elles à la violence et au VIH (Gollub, 1999). Cette inadéquation des services est d'autant plus exacerbée que les personnes les plus vulnérables se sentent généralement incomprises et stigmatisées par les intervenants des réseaux de services sociaux et de la santé.

Bref, dans la mesure où les femmes sont maintenues dans la dépendance et exclues, totalement ou en partie, des processus de prise de décision entourant, d'une part, les pratiques sociales, politiques, économiques, légales, culturelles, environnementales et religieuses et, d'autre part, l'allocation de ressources ; et dans la mesure où elles ne partagent pas, équitablement, l'exercice de pouvoir avec les hommes, tant dans les sphères publiques que privées de leurs vies... il y a consensus à l'effet qu'elles demeureront vulnérables au VIH et à la violence (Carovano, 1991 ; Farmer et al., 1996 ; Gollub, 1999 ; Hankins, 1996 ; Travers & Bennett, 1996 ; Zierler & Krieger, 1998). Cette exclusion, à la fois aux niveaux sociostructurels et personnels, restreint certainement la capacité des femmes d'exercer leurs choix et de réguler leurs actions et leurs destinées comme elles l'entendent.

Les personnes faisant usage de drogues par injection (UDI)

Au-delà de l'intérêt porté aux comportements sexuels et d'injection des UDI, les années quatre-vingt-dix ont amené les chercheurs à s'intéresser davantage aux contextes ayant une incidence sur leur risque d'acquisition du VIH (Wang, Siegal, Falck, & Carlson, 1998).

En particulier, il a été abondamment question des réseaux sociaux des UDI. Ces études révèlent, notamment, que la configuration de ces réseaux, ainsi que le support social qu'ils procurent à leurs adeptes, exercent une influence importante sur les dynamiques de transmission du VIH (El-Bassel, Cooper, Chen, & Schilling, 1998 ; Friedman, Neaigus, & Jose, 1997 ; Friedman et al., 1997 ; Latkin, Knowlton, Hoover, & Mandell, 1999 ; Neaigus et al., 1994 ; Noël, Côté, Godin, Alary, & Bélanger, 2000 ; Rothenberg et al., 1998 ; Suh, Mandell, Latkin, & Kim, 1997). De manière générale, plus un réseau comprend des individus adoptant des comportements à risque et évoluant dans des milieux à haute prévalence du VIH, et plus il apporte du soutien social à ses membres, plus les individus faisant partie de ce réseau seraient vulnérables au VIH. En outre, plus une personne endosse une diversité de rôles indispensables dans un réseau, tels ceux de vendeur ou d'acheteur de matériel d'injection ou

de drogues, de gérant de *shooting galleries*, ou encore de *hit doctor*¹, plus elle serait vulnérable au VIH (Friedman et al., 1998).

Par ailleurs, les réseaux plus intimes des UDI font également l'objet d'une meilleure compréhension (Metsch et al., 1998 ; Rhodes & Quirk, 1998). Plus précisément, outre le potentiel de transmission d'infections que présentent les relations sexuelles non-protégées entre conjoints, il s'avère que les partenaires des UDI sont particulièrement vulnérables au VIH étant donné l'influence quotidienne qu'ils ou elles subissent afin de s'initier ou de se ré-initier à l'usage de drogues. De plus, ces relations intimes auraient un effet défavorable sur les tentatives de réduction ou d'arrêt de la consommation de drogues chez les conjoints, où ils auraient plus de difficultés à s'accompagner dans l'interruption que dans la poursuite de leurs habitudes toxicomaniaques.

Outre l'examen des réseaux sociaux élargis et plus intimes des UDI, d'autres éléments tels des antécédents d'abus sexuels (Strathdee et al., 1997), l'image négative de soi et de ses perspectives d'avenir (Perreault et al., 2000), les dynamiques inhérentes à l'injection effrénée (Bourgeois, 1997) et chronique (Alary et al., 2000) de la cocaïne, ainsi que les habitudes de consommation de drogues (Noël et al., 2000) sont également associés à leur vulnérabilité au VIH. Par ailleurs, les politiques publiques rendant difficile l'accès au matériel d'injection stérile (Lurie & Drucker, 1997 ; Singer, 1997), le nombre inadéquat de seringues stériles en circulation (Remis, Bruneau & Hankins, 1998), le statut légal de la drogue, la criminalisation des toxicomanes, ainsi que l'inadéquation de services sociaux et de santé à leur égard (Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999) et l'extrême marginalité sociale des UDI (Bourgeois, 1998) contribuent également à cet état de vulnérabilité. Par exemple, l'illégalité des drogues au Canada aurait pour conséquence une vulnérabilité accrue des toxicomanes au VIH puisqu'elle serait un incitatif important à l'injection qui figurerait parmi les moyens les plus invisibles, rapides et efficaces de consommation. Par ailleurs, le potentiel quotidien de criminalisation refoulerait les toxicomanes vers la clandestinité, ce qui complique alors la tâche de les rejoindre et de développer des services de prévention et de traitement en fonction de leurs besoins. Peu rejointe, il y a, de surcroît, persistance d'une profonde méconnaissance du vécu de cette clientèle stigmatisée, et l'état de la recherche ainsi que la formation des intervenants demeurent inadéquats.

Ceci étant, il importe de saisir que les diverses formes d'exclusion sociale et institutionnelle recensées se conjuguent à un environnement traversé par de multiples violences quotidiennes

¹ Une personne expérimentée qui effectue les injections pour ceux en sont incapables vu leur expérience ou leur état général.

qui sont le lot du monde interlope de la drogue. En l'occurrence, il s'avère cohérent qu'un nombre important d'UDI, à la recherche de stratégies de survie et de soutien social en réponse à un vécu d'exclusions multiples et vulnérabilisant, soient portés à adhérer à des réseaux sociaux composé de leurs pairs. Paradoxalement, ce sont pourtant ces mêmes réseaux de « protection » qui mènent au partage de leur matériel d'injection et à une vulnérabilité accrue au VIH parmi les UDI.

En somme, la littérature rend compte d'une multiplicité de facettes d'un vécu d'exclusions qui contribue à la vulnérabilité des UDI. Par contre, il est peu fait mention de leur capacité de régulation, celle-ci étant principalement modulée par le besoin de consommation de drogues. Cependant, dans la mesure où la contribution active des UDI à la formulation, à la prestation et à l'évaluation de services de prévention et de soutien auprès de leurs pairs est envisagée (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies & l'Association canadienne de santé publique, 1997 ; Rhodes & Hartnoll, 1996), il est possible d'entrevoir la possibilité que puisse s'exprimer et se développer cette capacité de régulation.

Les personnes transsexuelles ou les travestis

À prime abord, il y a peu d'études portant sur les personnes transsexuelles ou les travestis. Toutefois, puisque les écrits publiés en lien avec la problématique du VIH comportent quelques références aux femmes transsexuelles ou travesties¹ qui pratiquent la prostitution, il s'est avéré pertinent d'examiner la littérature disponible. Dès lors, l'aperçu présenté ici est nécessairement partiel, d'autant plus que ces personnes ont des expériences de vie hétérogènes et multiples étant donné une certaine propension à migrer entre différentes catégories d'identité et d'orientation sexuelle dans le temps (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998).

Dans l'ensemble, il appert que les femmes transsexuelles ou travesties rapportent généralement plus de comportements à risque pour l'acquisition du VIH que les hommes homo ou bisexuels, les hommes transsexuels ou travestis, ou les femmes hétérosexuelles (Bockting et al., 1998 ; Chew, Tham, & Ratnam, 1997 ; Nemoto, Luke, Mamo, Ching, & Patria, 1999). Aussi, les femmes transsexuelles ou travesties pratiquant la prostitution auraient des taux d'infection au VIH significativement plus élevés que ceux de travailleurs du sexe masculins ou féminins, que ces derniers soient UDI ou non (Bockting et al., 1998 ; Modan et al., 1992).

¹ Il s'agit de personnes nées hommes, mais s'identifiant en tant que femmes de manière permanente ou temporaire.

La vulnérabilité accrue de ce groupe en regard du VIH serait attribuable à plusieurs facteurs. Il est notamment fait mention d'une plus grande fréquence de relations anales réceptives non protégées que dans d'autres « groupes à risque » ; de la peau irritée du pénis replié vers l'anus chez les personnes désirant cacher cette partie de leur anatomie ; de la fragilité des vagins reconstruits¹ ; et du partage de seringues pour l'injection d'hormones ou de silicone (Bockting et al., 1998 ; Namaste, Laframboise, & Brady, 1997 ; Welzer-Lang, Barbosa & Mathieu, 1994 ; Yep & Pietri, 1999).

Lorsqu'il est spécifiquement question de prostitution, plusieurs considérations s'ajoutent à cette liste. D'une part, il s'avère que les travailleuses transsexuelles et les prostitués travestis figurent parmi les plus stigmatisés des travailleurs du sexe, donc seraient les plus exclus et marginalisés du milieu (Boles & Elifson, 1994). D'autre part, il semble que la prostitution s'inscrit souvent dans une dynamique de promiscuité sexuelle pour ces personnes et à travers laquelle il serait possible d'expérimenter et d'affirmer sa transsexualité sous le couvert de l'anonymat. En revanche, étant incognito, il peut être d'autant plus difficile de négocier des relations sexuelles sécuritaires en fonction de ses besoins particuliers par crainte de rejet et de violences, surtout de la part de clients qui ne se doutent pas de l'identité de la prostituée. Dans un autre ordre d'idées, il semble que le contexte d'employabilité réduite pour ces personnes fait en sorte que la prostitution devient un moyen de survie économique où prime le gain de capital plutôt que la sécurité. La vulnérabilité à la violence et au VIH s'en trouve d'autant plus décuplée qu'à cet impératif de survie s'ajoutent les coûts faramineux de thérapies hormonales, de traitements d'électrolyse et de chirurgies diverses permettant d'incorporer sa transsexualité.

À ce contexte de vie difficile s'additionne une multitude de formes d'exclusion à l'endroit des personnes transsexuelles et des travestis dans notre société. Ces exclusions constituent d'ailleurs un moteur important de vulnérabilité au VIH en ce sens qu'elles exercent des contraintes sur la disponibilité de ressources pouvant contribuer à leur bien-être. À titre d'exemple, les services sociaux et de santé négligent cette clientèle en n'offrant pratiquement pas de services adaptés, ce qui peut rendre particulièrement difficiles la gestion médicale et psychosociale de sa transsexualité ainsi que l'intégration de pratiques sexuelles sécuritaires. Par ailleurs, lorsque ces personnes parviennent à accéder à des services, il n'est pas inhabituel

¹ À titre informatif, les vagins peuvent être construits via l'inversion de la peau du pénis. En revanche, cette partie de l'épiderme ne produit pas de lubrification naturelle, ce qui augmente le potentiel d'irritation et de formation de lésions lors de rapports sexuels. De plus, les poils enlevés par électrolyse autour du scrotum au stade préopératoire peuvent repousser dans le néo-vagin créant ainsi de l'inflammation et le fragilisant davantage. En l'occurrence, certains chirurgiens ont recours à une partie du colon pour la construction du vagin. La lubrification naturelle serait alors possible. En revanche, cette membrane est encore plus fragile à la formation de fissures lorsqu'il y a pénétration, augmentant ainsi les risques de contraction du VIH lorsqu'il y a relation sexuelle avec une personne infectée.

qu'on leur refuse le droit de vivre comme elles l'entendent (en tant que femmes) et qu'on leur demande de ne pas dévoiler leur identité trop ouvertement. Dès lors, à la marginalité, ainsi qu'à l'incertitude et aux tabous liés à son identité sexuelle, viennent s'ajouter un vécu d'aliénation et d'absence de support de la part des ressources d'aide dont se dotent nos sociétés. Et presque invariablement, ce vécu d'exclusion contribue au cumul de culpabilité, de faible estime de soi et d'abus d'alcool et de drogues qui aiguisent la vulnérabilité au VIH à travers la non-reconnaissance de soi et la poursuite de projets destructeurs.

Les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue incluent des fugueurs, des décrocheurs scolaires, ainsi que des jeunes abandonnés par leurs familles, qui n'arrivent pas à être pris en charge par le réseau des services sociaux, qui sont à la recherche d'aventures, ou qui proviennent de familles qui n'ont pas de domicile fixe... bref, des jeunes vivant dans la marginalité et l'exclusion (Walters, 1999). Encore ici, il s'agit généralement d'une population hétérogène composée d'une diversité de cultures d'appartenance, en transition géographique et résidentielle, et peu étudiée (Bourgeois, 1997 ; Roy et al., 1996 ; Roy, Fournier, Haley, & Boivin, 1999, 2000).

Règle générale, les études dénotent une fréquence élevée de comportements sexuels et de pratiques liées à la consommation de drogues qui présentent des risques importants pour l'acquisition du VIH parmi les jeunes de la rue (Clatts, & Davis, 1999 ; MacDonald, Fisher, Wells, Doherty, & Bowie, 1994 ; Martinez, et al., 1998 ; Read et al., 1993 ; Roy et al., 1996 ; Roy, Haley, Boivin, Frappier, & Claessens, 1998 ; Smart, Adlaf, Walsh, & Zdanowicz, 1994 ; Walters, 1999). À Montréal, environ 2% de ces jeunes seraient infectés au VIH, ce qui révèle un taux deux fois plus élevé que dans la population québécoise du même âge (Roy, 1999). Cette infection serait principalement associée à l'injection de drogues, ou plus précisément aux contextes qui induisent le partage de seringues (Roy, Nonn, & Haley, 2000). De plus, le fait d'avoir des partenaires sexuels à haut risque d'infection ainsi que la prostitution masculine constitueraient d'importants facteurs de risque. Nonobstant, parmi ceux recevant une rémunération en échange de rapports sexuels, la plupart ne se considèrent pas travailleurs du sexe. Il s'agit plutôt d'une tactique de survie afin d'obtenir de la nourriture, de la drogue, ou un toit, aussi temporaire soit-il (Roy et al., 1997 ; Roy, Haley et al., 2000).

Par ailleurs, outre les considérations reliées à leurs comportements, il appert que les jeunes les plus vulnérables au VIH ont peu ou pas de contacts avec les ressources d'aide ou les services sociaux et de santé, ce qui contribue à aiguiser davantage leur vulnérabilité (Kennedy, 1991 ; Walters, 1999). En effet, ces jeunes sont, plus souvent qu'autrement, méfiants à l'endroit des services disponibles et de la société en général, ayant déjà subi des refus d'aide ou de soutien

soit par incompréhension ou par manque de ressources. Dès lors, au chaos et au danger que présentent la vie sur la rue des grands centres urbains s'ajoutent de multiples formes de rejet vécus sur un plan sociétal et institutionnel qui, par ailleurs, se conjuguent aux traumatismes affectifs et physiques subis par nombre de ces jeunes dans leur enfance (Anderson, 1993 ; Bourgeois, 1997 ; Kennedy, 1991 ; Rotheram-Borus, Koopman, & Ehrhardt, 1991 ; Roy et al., 1996 ; Roy et al., 1999 ; Smart et al., 1994). En l'occurrence, ils ont donc intégré depuis longtemps une expérience vécue d'exclusion et le sentiment d'avoir peu de contrôle sur le parcours de leur vie. Le taux élevé de près de 60% des jeunes de la rue ayant déjà pensé sérieusement à se suicider (Roy et al., 1998) témoigne avec éloquence de l'acuité de leur vulnérabilité.

Les minorités ethniques et les peuples autochtones

Un survol de la littérature indique que les réalités des minorités ethniques et des peuples autochtones face au VIH demeurent peu connues (O'Brien & Khan, 1996 ; Thomas & Bandyopadhyay, 1999). Cependant, les écrits disponibles laissent tout de même entrevoir le lien indéniable entre l'expérience vécue d'exclusion, qui réduit le potentiel d'autodétermination tant au plan personnel que social, et la vulnérabilité au VIH (Sabatier, 1996). Je prends ici pour exemple quelques informations disponibles au Canada.

En ce qui concerne les minorités ethniques du Canada, l'imprécision des données de surveillance du VIH/sida quant à l'appartenance ethnique des personnes infectées ne permet pas d'obtenir un portrait clair de la situation (Santé Canada, 2000a). Une série d'études menées durant la première moitié des années quatre-vingt-dix a néanmoins permis d'élucider quelques caractéristiques associées à la problématique du VIH/sida chez plusieurs groupes vivant dans de grands centres urbains à travers le pays (Adrien et al., 1996 ; Maticka-Tyndale et al., 1996). Des réalités comme l'homophobie, le maintien de stéréotypes sexuels, ainsi que l'autonomie mitigée de bon nombre de femmes immigrantes furent identifiées au titre de facteurs contribuant à la vulnérabilité sexuelle au VIH (Manson- Singer et al., 1996). Par ailleurs, ces études ont révélé l'isolement social et la discrimination vécus par les personnes s'identifiant à des minorités ethniques et qui contribueraient à leur vulnérabilité au VIH. Par exemple, étant en marge de la société, il y aurait une faible circulation d'informations et de matériel de prévention adaptés aux réalités particulières de ces divers groupes, d'où leurs connaissances limitées et certaines pratiques inadéquates en matière de prévention du VIH. Aussi, lorsque ces communautés, déjà stigmatisées par leur différence, sont confrontées à des ennuis et à des problèmes importants, ils auraient plutôt tendance à se replier sur eux-mêmes afin de ne pas devenir l'objet de discrimination, voire d'expérience vécue d'exclusion, supplémentaires. Finalement, l'information et les actions préventives se rendant plus difficilement auprès de ces groupes, ceci aurait pour conséquence de miner davantage la

capacité de ces communautés de s'adapter aux réalités du VIH (Sullivan, 1991), perpétuant ainsi la dynamique de la vulnérabilité.

En ce qui concerne les communautés autochtones du Canada¹, les écrits soulignent presque invariablement à quel point ces peuples figurent parmi les groupes les plus marginalisés du pays et sont particulièrement vulnérables à de nombreux problèmes sociaux et de santé (Matiation, 1999a). À ce titre, l'*Enquête nationale sur la santé des Premières Nations et des Inuits* menée en 1997 confirme que pour chacun des indicateurs, l'état de santé des peuples autochtones se situe largement en dessous de l'état de santé de l'ensemble des populations québécoises et canadiennes (Groupe de travail des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH et le sida, 2000). En ce qui a spécifiquement trait à la problématique du VIH, malgré le fait que les données ne soient pas exhaustives, il se trouve que cette infection atteint des proportions inquiétantes parmi les peuples autochtones, en particulier parmi les personnes habitant dans les grandes villes à travers le pays (Santé Canada, 2000b). Dans l'ensemble, il ressort des écrits que cette vulnérabilité au VIH serait directement liée à la discrimination systémique dont sont victimes ces collectivités. Il s'agit d'une discrimination enracinée dans un passé de colonialisme et de dévastation culturelle, en outre porteur de multiples problèmes sociaux, politiques et économiques qui se traduisent en taux de chômage élevé, en logement médiocre, en dépendance chronique à l'égard de l'aide sociale, en ressources communautaires limitées, ainsi qu'en multiples problèmes sociaux et de santé qui, tous, aiguïssent la vulnérabilité au VIH. Par exemple, des problèmes de toxicomanies diverses, qui participent sans contredit à l'acquisition du VIH, sont très présents au sein des populations autochtones ayant intériorisé, en quelque sorte, leur oppression (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies & l'Association canadienne de santé publique, 1997). Aussi, les incessantes querelles politiques quant au partage de compétences constitutionnelles en matière de santé nuisent au financement et au développement de programmes et de services coordonnés, concertés et complets pour ces groupes, faisant alors en sorte que l'intervention en matière de prévention et de soins en VIH/sida demeure mitigée (Matiation, 1999b). Du reste, à la discrimination subie par l'ensemble des peuples autochtones s'ajoute celle émergeant directement de ces collectivités à l'endroit des leurs qui sont vulnérables au VIH ou déjà infectés (Groupe de travail des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH et le sida, 2000). Dans ces circonstances, les personnes les plus vulnérables à acquérir ou transmettre le VIH ont donc peu de soutien, ce qui contribue à faire perdurer l'épidémie.

¹ La population autochtone du Canada est divisée en quatre catégories : les Indiens d'Amérique du Nord (membres des Premières Nations) inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens* ; les Indiens d'Amérique du Nord qui ne sont pas inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens* ; les Métis ; ainsi que les Inuits (Commission Royale sur les Peuples Autochtones, 1996). Ainsi, le terme « autochtone » ne désigne pas un seul groupe homogène, mais une variété de collectivités qui se différencient aux plans culturel, linguistique et géographique.

Les hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes

Depuis le début de l'épidémie du VIH, il s'agit certainement d'un des groupes les plus touchés par cette infection, s'étant le plus mobilisé pour réagir, et ayant suscité une bonne partie de la recherche scientifique dans le domaine du sida, du moins dans les pays occidentaux¹. Fait à signaler, il semble désormais que l'épidémie ne frapperait plus ces hommes avec la même intensité qu'elle le faisait au début et au milieu des années quatre-vingts. À titre d'exemple, une comparaison effectuée entre deux cohortes d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes (HARSAH), lesquelles furent constituées à Vancouver en 1982-1984 et depuis 1995, indique que les participants de la première cohorte étaient neuf fois plus sujets à adopter des comportements à risque que les membres de la deuxième cohorte sous examen (Craib et al., 2000). Par ailleurs, bien que le potentiel d'acquisition du VIH demeure encore élevé chez les jeunes HARSAH, diverses études suggèrent que, dans l'ensemble, une tendance générale se dessine depuis les dix dernières années vers la diminution de la proportion d'hommes ayant des relations anales non-protégées et vers l'augmentation de la fréquence d'utilisation du condom (de Wit, 1996 ; MSSS, 1999 ; Myers et al., 1993 ; Strathdee et al., 1998).

Au delà de la considération de pratiques sexuelles et de comportements liés à l'usage de drogues, il appert que la vulnérabilité de ces hommes au VIH serait significativement associée à des facteurs qui renvoient tantôt à une faible capacité de régulation, tantôt à différentes facettes d'un vécu d'exclusions, soit : l'incapacité de négocier des relations sexuelles sécuritaires ainsi que d'adopter et de maintenir des comportements préventifs (Gilbart, et al., 2000 ; Kippax et al., 1996) ; un faible sentiment de contrôle ou d'efficacité personnelle (Dilley, McFarland, Sullivan, & Discepola, 1998 ; George et al., 2000) ; l'absence de soutien social de la part de la famille ou d'amis (Dilley et al., 1998 ; Kimberly & Serovich, 1999 ; Strathdee et al., 1998) ; des difficultés en regard de l'acceptation de son orientation sexuelle ou encourues lors de son processus de sortie (Jalbert, 1998 ; LeClerc et al., 2000) ; des antécédents d'abus sexuels (Otis et al., 2000 ; Strathdee et al., 1998) ; un système légal qui refuse de reconnaître les droits humains fondamentaux de personnes homosexuelles ou bisexuelles (Bochow et al. ; 1994 ; Macovei & Coman, 1999) ; ainsi que l'isolement et divers indicateurs de marginalité sociale (Godin, Carsley, Morrisson, & Bradet, 1993 ; Weber et al., 2000). Par ailleurs, une recherche participative menée à Vancouver et ayant spécifiquement explorée la vulnérabilité de jeunes hommes gais au VIH illustre comment la conjugaison de différentes dimensions d'une expérience vécue d'exclusions aux plans personnel,

¹ En revanche, les connaissances et les interventions demeurent limitées pour certains sous-groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, notamment ceux : qui vivent en milieu semi-urbain ou rural ; qui s'injectent des drogues ; qui sont en processus de sortie ; qui ne s'identifient pas comme homosexuels ou bisexuels ; et qui font partie de communautés ethnoculturelles ou autochtones.

interpersonnel et sociétal donne lieu à des conditions qui compromettent la pratique de relations sexuelles sécuritaires pourtant valorisées par ces jeunes (Trussler, Perchal, & Barker, 2000). En particulier, ce projet signale que le parcours parfois ardu du développement identitaire et de l'acceptation de soi aux différents stades de sa vie ; que l'homophobie et l'exclusion sociale qui perdurent sur fond de fragmentation de la communauté gaie ; ainsi que le nombre restreint d'espaces physiques et sociaux permettant à la culture gaie de prendre de la vigueur, ont une incidence sur la vulnérabilité sexuelle au VIH.

Bref, la littérature consultée rend compte de quelques éléments qui renvoient à des idées apparentées à l'(in)capacité de régulation des individus. Par ailleurs, elle signale tout un ensemble d'expériences personnelles et de résistances culturelles, sociales et politiques qui contribuent à une histoire vécue d'exclusions diverses parmi les personnes homosexuelles et bisexuelles, d'où leur vulnérabilité accrue au VIH. Dans cette optique il est intéressant de constater l'orientation générale du *Cadre de référence québécois pour la prévention de la transmission de l'infection à VIH pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Ce document stipule notamment que « ...la lutte contre l'infection au VIH doit être conjointe à la lutte contre la discrimination à laquelle ces hommes se heurtent et dont l'impact est négatif sur leur santé et leur bien-être. La promotion des droits des personnes homosexuelles permettra à la fois de les démarginaliser (sic), tout en reconnaissant leur spécificité, et conduira à intervenir auprès d'elles de façon appropriée et efficace. » (MSSS, 1999, p. 21).

La population générale

À titre de point final de comparaison, quelques études examinant des populations dans leur ensemble, à l'échelle d'une agglomération géographique donnée, furent recensées. Ainsi, au lieu de prendre pour point de départ un groupe spécifique, ces études tentent d'identifier des facteurs étant associés à une prévalence ou à une incidence accrues du VIH et d'autres MTS à une échelle populationnelle. Il est d'ailleurs possible d'identifier des contextes particuliers de vulnérabilité au VIH pour des communautés géographiques entières à partir de l'examen de statistiques de surveillance ou d'indicateurs sociodémographiques et économiques ; d'entrevues menés auprès d'informateurs clefs ; ainsi que de l'analyse critique de rapports issus d'agences de développement international, de gouvernements locaux ou encore d'équipes de recherche évaluant diverses dimensions de l'état de santé des populations (Kalipeni, 2000 ; Purevdawa et al., 1997 ; Rhodes et al., 1999 ; Thomas & Thomas, 1999 ; Wallace & Wallace, 1997).

À l'issue de telles études et analyses, les conjonctures suivantes sont associées à une prévalence ou à une incidence accrues du VIH : l'instauration de politiques publiques réduisant les services sociaux et municipaux dans des quartiers défavorisés afin de déplacer des gens et de reconstruire de nouveaux quartiers destinés à des résidents plus fortunés ; la réduction du financement et le démantèlement des infrastructures allouées à la santé publique et aux services de santé ; la poursuite de conflits armés, de restructurations économiques ou de transitions politiques, idéologiques et culturelles qui favorisent la migration des populations ; et, de plus, l'application de politiques ségrégationnistes en matière d'emploi, d'allocation de ressources financières et d'attribution de logements. Bref, ces études font ressortir tout un ensemble de situations et de conditions associées à la vulnérabilité au VIH. Or, il s'agit essentiellement de circonstances qui reflètent de profonds changements sociaux et qui contribuent, d'une part, à réduire le potentiel de capital social de nos sociétés, et d'autre part à accroître les disparités, la marginalité, ainsi que l'expérience vécue d'exclusions, tant individuelle que sociale.

À juste titre, Singer (1994) propose la notion de « syndémie » afin de nommer l'ensemble synergique des problèmes sociaux et de santé ayant une incidence déterminante sur la distribution de l'infection par le VIH à l'échelle populationnelle. Qui plus est, elle signale que cette syndémie serait fonction de l'ampleur des iniquités sociales dans une collectivité, lesquelles traduisent essentiellement un contexte historique, politique et culturel de multiples formes d'exclusions. En l'occurrence, le sida ne serait nullement une maladie « démocratique » pouvant affecter n'importe qui dans la population générale. Il s'agit plutôt d'une « maladie transmise socialement » qui touche plus particulièrement les personnes vivant au bas de l'échelle dans nos sociétés inégalitaires et qui n'ont pas la capacité de mener leur vie selon leur entendement.



RÉFÉRENCES

- Adrien, A., Godin, G., Cappon, P., Manson-Singer, S., Maticka-Tyndale, E., & Willms, D. (1996). Overview of the Canadian study on the determinants of ethnoculturally specific behaviours related to HIV/AIDS. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (Suppl.1), S4-S10.
- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Claessens, C., & The SurvUDI Working Group. (2000). Risk factors for HIV acquisition among IDUs in the SurvUDI network : Long term cocaine injectors are the most at risk. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11 (Suppl.B), 54B.
- Allman, D. (1999). *A pour Actes, M pour Mutuels. Le travail du sexe au masculin et le sida au Canada*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
- Amaro, H. (1995). Love, sex and power. Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- Anderson, J. (1993). *A study of « out-of-the-mainstream » youth in Halifax, Nova Scotia*. Ottawa : Health and Welfare Canada.
- Bochow, M., Chiarotti, F., Davies, P., Dubois-Arber, F., Dur, W., Fouchard, J., Gruet, F., McManus, T., Markert, S., & Sandfort, T. (1994). Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. *AIDS Care*, 6, 533-549.
- Bockting, W.O., Robinson, B.E., & Rosser, B.R. (1998). Transgender HIV prevention : A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10, 505-524.
- Boles, J., & Elifson, K.W. (1994). The social organisation of transvestite prostitution and AIDS. *Social Science & Medicine*, 39, 85-93.
- Bourgeois, P. (1997). *Report on ethnographic visit to Montréal – March 1997*. Prepared for the Division of HIV Epidemiology Research, Bureau of HIV/AIDS and STD, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada.
- Bourgeois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts : Confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance Use & Misuse*, 33, 2323-2351.
- Carovano, K. (1991). More than mothers and whores : Redefining the AIDS prevention needs of women. *International Journal of Health Services*, 21, 131-142.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, & l'Association canadienne de santé publique. (1997). *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. Un plan d'action national*. Ottawa : Auteurs.
- Chew, S., Tham, K.F., & Ratnam, S.S. (1997). Sexual behaviour and prevalence of HIV antibodies in transsexuals. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*, 23, 33-36.
- Clatts, M.C., & Davis, W.R. (1999). A demographic and behavioral profile of homeless youth in New York City : Implications for AIDS outreach and prevention. *Medical Anthropology Quarterly*, 12, 365-374.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *À l'aube d'un rapprochement : Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada.
- Craib, K.J., Weber, A.C., Cornelisse, P.G.A., Martindale, S.L., Miller, M.L., Schechter, M.L., Strathdee, S.A., & Hogg, R.S. (2000). Comparison of sexual behaviors, unprotected sex, and substance abuse between two independent cohorts of gay and bisexual men. *AIDS*, 14, 303-311.
- Davies, P., & Feldman, R. (1997). Prostitute men now. In Scambler & Scambler (Eds.), *Rethinking prostitution : Purchasing sex in the 1990s* (pp. 29-53). London : Routledge.

- de Wit, J. (1996, July). *The epidemic of HIV among young gay men* [Plenary session]. Paper presented at the XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Dilley, J.W., McFarland, W., Sullivan, P., & Discepola, M. (1998). Psychosocial correlates of unprotected anal sex in a cohort of gay men attending an HIV-negative support group. *AIDS Education and Prevention, 10*, 317-326.
- El-Bassel, N., Cooper, D.K., Chen, D.R., & Schilling, R.F. (1998). Personal social networks and HIV status among women on methadone. *AIDS Care, 10*, 735-749.
- Farmer, P., Connors, M., & Simmons, J. (Eds.). (1996). *Women, poverty and AIDS : Sex, drugs and structural violence*. Monroe, ME : Common Courage Press.
- Friedman, S.R., Furst, R.T., Jose, B., Curtis, R., Neaigus, A., Des Jarlais, D.C., Goldstein, M.F., & Ildefonso, G. (1998). Drug scene roles and HIV risk. *Addiction, 93*, 1403-1416.
- Friedman, S.R., Neaigus, A., & Jose, B. (1997). Network and sociohistorical approaches to the HIV epidemic among drug injectors. In J. Catalan, L. Sherr, & B. Hedge (Eds.), *The Impact of AIDS : Psychological and social aspects of HIV infection* (pp. 89-113). Amsterdam : Harwood Academic Publishers.
- Friedman, S.R., Neaigus, A., Jose, B., Curtis, R., Goldstein, M., Ildefonso, G., Rothenberg, R.B., & DesJarlais, D.C. (1997). Sociometric risk networks and HIV risk. *American Journal of Public Health, 87*, 1289-1296.
- Gearon, J.S., & Bellack, A.S. (1999). Women with schizophrenia and co-occurring substance use disorders : An increased risk for violent victimization and HIV. *Community Mental Health Journal, 35*, 401-419.
- George, C., Alary, M., Otis, J., Remis, R., Mâsse, B., Turmel, B., LeClerc, R., Lavoie, R., Vincelette, J., Parent, R., & The Omega Study Group. (2000). Predictors of regular and intermittent risky sex among men having affective and sexual relations with men (MASM) in Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 11* (Suppl. B), 59B.
- Gilbart, V.L., Williams, D.I., Macdonald, N.D., Rogers, P.A., Evans, B.G., Hart, G., & Williams, I.G. (2000). Social and behavioural factors associated with HIV seroconversion in homosexual men attending a central London STD clinic : A feasibility study. *AIDS Care, 12*, 49-58.
- Godin, G., Carsley, J., Morrisson, K., & Bradet, R. (1993). *Les comportements sexuels et l'environnement social des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Enquête québécoise : Entre hommes 91-92*. Québec : Université Laval, Faculté des Sciences infirmières.
- Gollub, E.L. (1999). Human rights is a US problem, too : The case of women and HIV. *American Journal of Public Health, 89*, 1479-1482.
- Gordon, C.M., Carey, M.P., Carey, K.B., Maisto, S.A., & Weinhardt, L.S. (1999). Understanding HIV-related risk among persons with a severe and persistent mental illness : Insights from qualitative inquiry. *Journal of Nervous & Mental Disease, 187*, 208-216.
- Groupe de recherche d'intérêt publique de l'Université McGill. (1996). *Participation kit*. International conference on prostitution and other sex work, Montréal, Québec, Canada.
- Groupe de travail des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH et le sida. (2000). *Le cercle de l'espoir. Stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida*. Wendake, Québec : Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et de Labrador.
- Gupta, G.T., & Weiss, E. (1993). Women's lives and sex : Implications for AIDS prevention. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*, 399-412.
- Hankins, C. (1996). Sexual transmission of HIV to women in industrialised countries. *World Health Statistics Quarterly, 49*, 106-114.

- Harlow, L.L., Rose, J.S., Morokoff, P.J., Quina, K., Mayer, K., Mitchell, K., & Schnoll, R. (1998). Women HIV sexual risk takers : Related behaviors, interpersonal issues, and attitudes. *Women's Health, 4*, 407-439.
- Jalbert, Y. (1998). Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez les jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal. Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Québec, Canada.
- LeClerc, R., Otis, J., Lavoie, R., Turmel, B., Noël, R., Alary, M., Remis, R., Vincelette, J., Parent, R., Gaudreault, M., Mâsse, B., & The Omega Study Group. (2000). Coming out : Its meaning(s) in the age of AIDS. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 11* (Suppl. B), 87B.
- Kalichman, S.C., Williams, E.A., Cherry, C., Belcher, L., & Nachimson, D. (1998). Sexual coercion, domestic violence, and negotiating condom use among low-income African American women. *Journal of Women's Health, 7*, 371-378.
- Kalipeni, E. (2000). Health and disease in southern Africa : A comparative and vulnerability perspective. *Social Science & Medicine, 50*, 965-983.
- Kellington, S., & Listen Up ! Project Advisory Group. (1999). *Listen Up ! Women are talking about... The social determinants of women's risk for HIV infection and illness progression in Lower Mainland British Columbia*. Women's Health Research Project, Phase 1 Report. Vancouver : AIDS Vancouver & Positive Women's Network.
- Kennedy, M.R. (1991). Homeless and runaway youth mental health issues : No access to the system. *Journal of Adolescent Health, 12*, 576-579.
- Kimberly, J.A., & Serovich, J.M. (1999). The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men. *AIDS Education and Prevention, 11*, 465-475.
- Kippax, S., Noble, J., Prestage, G., Crawford, J., Campbell, D., Baxter, D., & Cooper, D. (1996). Sexual negotiation in the AIDS era : Negotiated safety revisited. *AIDS, 11*, 191-197.
- Klee, H. (1996). Women drug users and their partners. In L. Sherr, C. Hankins, & L. Bennett (Eds.), *AIDS as a gender issue : Psychosocial perspectives* (pp. 163-176). London : Taylor & Francis.
- Latkin, C.A., Knowlton, A.R., Hoover, D., & Mandell, W. (1999). Drug network characteristics as a predictor of cessation of drug use among adult injection drug users : A prospective study. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 25*, 463-473.
- Leenerts, M.H. (1999). The disconnected self : Consequences of abuse in a cohort of low income White women living with HIV/AIDS. *Health Care for Women International, 20*, 381-400.
- Lurie, P., & Drucker, E. (1997). An opportunity lost : HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *The Lancet, 349*, 604-608.
- MacDonald, N.E., Fisher, W.A., Wells, G.A., Doherty, J.A., & Bowie, W.R. (1994). Canadian street youth : Correlates of sexual risk-taking activity. *Pediatric Infectious Disease Journal, 13*, 690-697.
- Macovei, M., & Coman, A. (1999). Implications for HIV/AIDS of laws affecting men who have sex with men in Romania. *Medicine & Law, 18*, 335-349.
- Maman, S., Campbell, J., Sweat, M.D., & Gielen, A.C. (2000). The intersections of HIV and violence : Directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine, 50*, 459-478.
- Manson-Singer, S., Willms, D., Adrien, A., Baxter, J., Brabazon, C., Leaune, V., Godin, G., Maticka-Tyndale, E., & Cappon, P. (1996). Many voices – Sociocultural results of the Ethnocultural communities facing AIDS study in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 87* (Suppl. 1), S26- S32.

- Martinez, T.E., Gleghorn, A., Marx, R., Clements, K., Boman, M., & Katz, M.H. (1998). Psychosocial histories, social environment, and HIV risk behaviors of injection and noninjection drug using homeless youths. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 1-10.
- Matiation, S. (1999a). *La discrimination, le VIH/sida et les autochtones* (2e éd.). Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida & Réseau canadien autochtone sur le sida.
- Matiation, S. (1999b). *Le VIH/sida et les autochtones : problèmes de compétence et de financement*. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/sida & Réseau canadien autochtone sur le sida.
- Maticka-Tyndale, E., Godin, G., LeMay, G., Adrien, A., Manson-Singer, S., Willms, D., Cappon, P., & Bradet, R. (1996). Canadian ethnocultural communities facing AIDS : Overview and summary of survey results from phase III. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (Suppl. 1), S38-S43.
- Metsch, L.R., McCoy, C.B., McCoy, H.V., Shultz, J., Inciardi, J., Wolfe, H., & Correa, R. (1998). Social influences : Living arrangements of drug using women at risk for HIV infection. *Women & Health*, 27, 123-136.
- Miller, M. (1999). A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 11, 3-20.
- Miller, M., & Paone, D. (1998). Social network characteristics as mediators in the relationship between sexual abuse and HIV risk. *Social Science & Medicine*, 47, 765-777.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (1999). *Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection à VIH*. Québec : Direction générale de la santé publique.
- Modan, B., Goldschmidt, R., Rubinstein, E., Vonsover, A., Zinn, M., Golan, R., Chetrit, A., & Gottlieb-Stematzky, T. (1992). Prevalence of HIV antibodies in transsexual and female prostitutes. *American Journal of Public Health*, 82, 590-592.
- Myers, T., Godin, G., Calzavara, L., Lambert, J., & Locker, D. (1993). *L'enquête canadienne sur l'infection à VIH menée auprès des hommes gais et bisexuels : Au Masculin*. Ottawa : Société canadienne du sida.
- Namaste, K., Laframboise, S., & Brady, D. (1997). *La transsexualité, le travestisme, et le VIH/sida. Une introduction à la santé des personnes transsexuelles et travesties face au VIH/sida*. Vancouver : High Risk Project Society.
- Neaigus, A., Friedman, S.R., Curtis, R., DesJarlais, D.C., Furst, R.T., Jose, B., Mota, P., Stepherson, B., Sufian, M., & Ward, T. (1994). The relevance of drug injectors's social and risk networks for understanding and preventing HIV infection. *Social Science & Medicine*, 38, 67-78.
- Nemoto, T., Luke, D., Mamo, L., Ching, A., & Patria, J. (1999). HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. *AIDS Care*, 11, 297-312.
- Noël, L., Côté, N., Godin, G., Alary, M., & Bélanger, D. (2000). Le partage du matériel d'injection : environnements et situations à risque pour la transmission du VIH. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11 (Suppl. B), 74B.
- Nyamathi, A., Flaskerud, J., Leake, B., & Chen, S. (1996). Impoverished women at risk for AIDS. Social support variables. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 34, 31-39.
- Nyamathi, A., Keenan, C., & Bayley, L. (1998). Differences in personal, cognitive, psychological, and social factors associated with drug and alcohol use and nonuse by homeless women. *Research in Nursing and Health*, 21, 525-532.

- O'Brien, O., & Khan, S. (1996). Stigma and racism as they affect minority ethnic communities. In M. Haour-Knipe & R. Rector (Eds.), *Crossing borders : Migration, ethnicity and AIDS* (pp. 102-117). London : Taylor & Francis.
- Oliva, G., Rienks, J., & McDermid, M. (1999). What high risk women are telling us about access to primary and reproductive health care and HIV prevention services. *AIDS Education & Prevention, 11*, 513-524.
- Otis, J., Noël, R., Lavoie, R., LeClerc, R., Turmel, B., Alary, M., Remis, R., Vincelette, J., Parent, R., Gaudreault, M., Mâsse, B., & The Omega Study Group. (2000). Non-consensual sexual experiences among gay and bisexual men in Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 11* (Suppl. B), 75B.
- Pequegnat, W., & Stover, E. (1999). Considering women's contextual and cultural issues in HIV/STD prevention research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 5*, 287-291.
- Perreault, M., Fournier, F., Alarie, S., van Caloen, B., Bellot, C., Vassal, A., & Bruneau, J. (2000). Low risk versus chronic risk models among Montreal cocaine IDUs : A qualitative comparative analysis. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 11* (Suppl. B), 74B.
- Pivnick, A. (1993). HIV infection and the meaning of condoms. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*, 431-453.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (2000). *Le point sur l'épidémie de sida – décembre 2000*. Genève : Auteur.
- Purevdawa, E., Moon, T.D., Baigalmaa, C., Davaajav, K., Smith, M.L., & Vermund, S.H. (1997). Rise in sexually transmitted diseases during democratization and economic crisis in Mongolia. *International Journal of STD & AIDS, 8*, 398-401.
- Read, S., Dematteo, D., Bock, B., Coates, R., Goldberg, E., King, S., Major, C., McLaughlin, B., Millson, M., & O'Shaughnessy, M. (1993). *HIV prevalence in Toronto street youth*. Toronto : The Hospital for Sick Children.
- Remis, R., Bruneau, J., Hankins, C.A. (1998). Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal ? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 18* (Suppl. 1), S57-S59.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. (1999). *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*. Montréal : Auteur.
- Rhodes, T., Ball, A., Stimson, G.V., Kobysheva, Y., Fitch, C., Pokrovsky, V., Bezruchenko-Novachuk, M., Burrows, D., Renton, A., & Andrushchak, L. (1999). HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe : The social and economic context of epidemics. *Addiction, 94*, 1323-1336.
- Rhodes, T., & Hartnoll, R. (Eds.). (1996). *AIDS, drugs and prevention : Perspectives on individual and community action*. London : Routledge.
- Rhodes, T., & Quirk, A. (1998). Drug users' sexual relationship and the social organisation of risk : The sexual relationship as a site of risk management. *Social Science & Medicine, 46*, 157-169.
- Rothenberg, R.B., Potterat, J.J., Woodhouse, D.E., Muth, S.Q., Darrow, W.W., & Klovdahl, A.S. (1998). Social network dynamics and HIV transmission. *AIDS, 12*, 1529-1536.
- Rotheram-Borus, M.J., Koopman, C., & Ehrhardt, A.A. (1991). Homeless youths and HIV infection. *American Psychologist, 46*, 1188-1197.
- Roy, E. (1999). Hepatitis-B infection among street youths in Montreal. *Canadian Medical Association Journal, 161*, 689-693.

- Roy, E., Fournier, L., Haley, N., & Boivin, J.-F. (1999). *Étude descriptive des jeunes de la rue âgés de 14 à 17 ans. Rapport no. 1 : Étude transversale de description des jeunes à l'entrée de la cohorte*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Roy, E., Fournier, L., Haley, N., & Boivin, J.-F. (2000). *Étude descriptive des jeunes de la rue âgés de 14 à 17 ans. Rapport no. 2 : Étude longitudinale de description des changements de comportements au cours de la première année de suivi*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Roy, E., Haley, N., Boivin, J.-F., Claessens, C., Frappier, J.-Y., & Lemire, N. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Roy, E., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. (1998). *Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal. Rapport numéro 1*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Roy, E., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C., Lemire, N., & Fournier, L. (1997). Suivre les jeunes à la rue pour mieux connaître leurs comportements à risque d'infection par le VIH. *Sida : Réalités*, 9, 12-13.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Boivin, J.-F., Cédras, L., & Claessens, C. (2000). HIV risk and survival sex among males in the Montreal street youth cohort. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11 (Suppl. B), 58B.
- Roy, E., Nonn, E., & Haley, N. (2000). The importance of context in needle sharing practices among street youth who inject drugs. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 11 (Suppl. B), 54B.
- Roy, J.-L. (2000). *Description des caractéristiques et facteurs associés au risque d'infection au VIH chez les participants de la cohorte Oméga ayant eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou de biens ou services*. Mémoire de maîtrise non-publié, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Sabatier, R. (1996). Migrants and AIDS : Themes of vulnerability and resistance. In M. Haour-Knipe & R. Rector (Eds.), *Crossing borders : Migration, ethnicity and AIDS* (pp. 86-101). London : Taylor & Francis.
- Santé Canada. (2000a). Le sida et l'appartenance ethnique au Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- Santé Canada. (2000b). Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie.
- Schneider, B.E., & Stoller, N.E. (Eds.). (1995). *Women resisting AIDS : Feminist strategies of empowerment*. Philadelphia : Temple University Press.
- Shaver, F.M. (1996). Prostitution : On the dark side of the service industry. In T. O'Reilly-Flemming (Ed.), *Post-critical criminology* (pp. 42-55). Scarborough, Ontario : Prentice-Hall.
- Sikkema, K.J., Heckman, T.G., & Kelly, J.A. (1997). HIV risk behaviors among inner city African-American women. The Community Housing AIDS Prevention Study Group. *Women's Health*, 3, 349-366.
- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor : The perspective of critical anthropology. *Social Science & Medicine*, 39, 931-948.
- Singer, M. (1997). Needle exchange and AIDS prevention : controverses, politiques and research. *Medical Anthropology*, 18, 1-12.

- Smart, R.G., Adlaf, E.M., Walsh, G.W., & Zdanowicz, Y. (1994). Similarities in drug use and depression among runaway students and street youth. *Canadian Journal of Public Health, 85*, 17-18.
- Sobo, E.J. (1993). Inner city women and AIDS : The psychosocial benefits of unsafe sex. *Culture, Medicine & Psychiatry, 17*, 455-485.
- Somlai, A.M., Kelly, J.A., Wagstaff, D.A., & Whitson, D.P. (1998). Patterns, predictors, and situational contexts of HIV risk behaviors among homeless men and women. *Social Work, 43*, 7-20.
- Strathdee, S.A., Hogg, R.S., Martindale, S.L., Cornelisse, P.G., Craib, K.J., Montaner, J.S., O'Shaughnessy, M.V., & Schechter, M.T. (1998). Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 19*, 61-66.
- Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Archibald, C.P., Ofner, M., Cornelisse, P.G., Rekart, M., Schechter, M.T., & O'Shaughnessy, M.V. (1997). Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. *Addiction, 92*, 1339-1347.
- Suh, T., Mandell, W., Latkin, C., & Kim, J. (1997). Social network characteristics and injecting HIV-risk behaviors among street injection drug users. *Drug & Alcohol Dependence, 47*, 137-143.
- Sullivan, C. (1991). Pathways to infection : AIDS vulnerability among the Navajo. *AIDS Education and Prevention, 3*, 241-257.
- Thomas, J., & Bandyopadhyay, M. (1999). Ethnic minorities and their vulnerability to AIDS in a border state of India. *AIDS Care, 11*, 45-60.
- Thomas, J.C., & Thomas, K.K. (1999). Things ain't what they ought to be : Social forces underlying racial disparities in rates of sexually transmitted diseases in a rural North Carolina county. *Social Science & Medicine, 49*, 1075-1084.
- Thompson, N.J., Potter, J.S., Sanderson, C.A., & Maibach, E.W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse & Neglect, 21*, 149-156.
- Travers, M., & Bennett, L. (1996). AIDS, women and power. In L. Sherr, C. Hankins, & L. Bennett (Eds.), *AIDS as a gender issue : Psychosocial perspectives* (pp. 64-77). London : Taylor & Francis.
- Trussler, T., Perchal, P., & Barker, A. (2000). « Between what is said and what is done », cultural constructs and young gay men's HIV vulnerability. *Psychology, Health and Medicine, 5*, 295-306.
- Wallace, R., & Wallace, D. (1997). Socioeconomic determinants of health : Community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States. *British Medical Journal, 314*, 1341-1345.
- Walters, A.S. (1999). HIV prevention in street youth. *Journal of Adolescent Health, 25*, 187-198.
- Wang, J., Siegal, H.A., Falck, R.S., & Carlson, R.G. (1998). Needle transfer among injection drug users : A multilevel analysis. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 24*, 225-237.
- Weber, A.E., George, C., Remis, R.S., Chan, K., Hogg, R.S., Otis, J., Martindale, S., Vingelette, J., Mâsse, B., Miller, M.L., LeClerc, R., Craib, K.J.P., Lavoie, R., Turmel, B., Parent, R., Schechter, M.T., & Alary, M. (2000). Risk factors associated with HIV positive serostatus among young gay and bisexual men in Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 11* (Suppl. B), 58B.
- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., & Carey, K.B. (1998). HIV-risk behavior and the public context of HIV/AIDS among women living with a severe and persistent mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease, 186*, 276-282.
- Welzer-Lang, D., Barbosa, O., & Mathieu, C. (1994). *Prostitution : Les uns, les unes et les autres*. Paris : Métailié.

Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (1997). Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women. *American Journal of Preventive Medicine, 13*, 380-384.

Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (1998). Rape among African-American women : Sexual, psychological, and social correlates predisposing survivors to risk of STD/HIV. *Journal of Women's Health, 7*, 77-84.

Yep, G.A., & Pietri, M. (1999). In their own words : Communication and the politics of HIV education for transgenders and transsexuals in Los Angeles. In W.N. Elwood (Ed.), *Power in the blood : A handbook on AIDS, politics and communication* (pp. 199-213). Manwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Zierler, S., & Krieger, N. (1998). HIV infection in women : Social inequalities as determinants of risk. *Critical Public Health, 8*, 13-32.

ANNEXE 23

GRILLE D'ENTRETIEN UTILISÉE AU TERME DU PROJET AUPRÈS DE MES CO-CHERCHEURES PRINCIPALES

Cet entretien semi-dirigé a pour double objectif d'offrir l'opportunité aux participantes de réfléchir sur leur expérience avec le projet et de me donner un aperçu de leurs points de vue et réflexions sur le processus.

Je leur présente l'entrevue comme un entretien pouvant durer entre 20 et 30 minutes et qui a pour but de savoir ce qu'elles pensent du processus entrepris à date. Je leur dis aussi que c'est une façon pour moi de fermer la boucle pendant mon congé de maternité. L'entrevue est enregistrée sur cassette audio et transcrite *verbatim*. Chaque participante a ensuite l'opportunité de relire sa transcription et d'apporter les modifications qu'elle juge pertinentes.

Les questions, pouvant certes être modifiées en cours d'entrevue, se lisent comme suit :

1. En premier lieu, je demande à la participante comment elle a vécu le projet à date ?
2. La métaphore du voyage :
Nous avons planifié et entrepris ce projet un peu de la même manière que s'il s'agissait d'un voyage. Je demande de réfléchir aux différents types de personnages qui sont impliqués dans la planification d'un voyage ainsi que son actualisation, soit : les organisateurs ; le personnel de soutien (chauffeur d'autobus, cuisinier, gestionnaires,...) ; les voyageurs qui participent à toutes les activités proposées et qui proposent aussi des changements à l'itinéraire ; les voyageurs qui suivent l'itinéraire sans vraiment poser de questions ou exprimer leurs opinions et suggestions d'idées ; les voyageurs qui ne savent pas trop vraiment ce qu'ils font là avec ce groupe, ne comprennent pas comment ils en sont arrivés là ; et les observateurs qui voient les touristes arriver ; etc. Une fois la métaphore proposée, je demande à la participante de tenter de se situer en tant que personnage dans ce voyage ; quel rôle occupe-t-elle ?
3. Je demande ensuite comment elle qualifierait, plus spécifiquement, sa participation au projet ?
4. Quels sont les éléments qu'elle a trouvé le plus difficile dans notre voyage/projet ? Qu'aurait-on pu faire pour que le voyage soit plus harmonieux ? Que pourrait-on faire autrement à l'avenir ?
5. Par ailleurs, je cherche à savoir si sa participation à date a changé sa façon de se percevoir ? Est-ce que cette participation a changé quelque chose en soi ?
6. Enfin, est-ce que sa participation a changé sa vision en ce qui concerne la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH (ou bien a-t-elle seulement confirmé ce qu'elle savait déjà) ?

ANNEXE 24

CORRESPONDANCE INITIALE AVEC LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

Montréal, le 3 juillet 1996

Madame Odette Cloutier, présidente
Comité d'éthique de Stella
a/s PASSAGES
1414 Succ. Desjardins
Montréal (Québec)
H5B 1H3

OBJET : Soumission d'un projet de recherche au comité d'éthique de Stella

Madame Cloutier,

Vous trouverez ci-joint une description d'un projet de recherche-action actuellement en développement chez Stella et dont je suis la répondante principale. J'inclus également une copie de mon curriculum vitae ainsi que des versions en anglais et en français des formulaires de consentement que je propose. Tel que vous le constaterez, ces derniers sont inspirés du formulaire développé pour les besoins de l'évaluation de Stella.

Ce projet de recherche ne s'insérant pas dans le cadre des activités d'évaluation de Stella et servant de point de départ pour ma thèse de doctorat en Santé Publique entreprise à l'Université de Montréal, je souhaite vivement obtenir l'avis des membres du comité d'éthique de Stella.

Évidemment je suis disponible pour répondre à toute question relative à ce projet et concernant ma requête d'approbation éthique. Vous pouvez soit me télécopier un message au 932-1502 ou encore me rejoindre par téléphone au 487-9952. Si vous avez accès au courrier électronique, mon adresse est la suivante : gendrosy@ere.umontreal.ca. Je serai à l'extérieur dans la semaine du 8 au 12 juillet et en vacances du 22 juillet au 2 août. Si vous devez me rejoindre pendant ces deux périodes, n'hésitez pas à laisser un message à Madame Sylvie Gauthier au 932-3055, poste 4594. Elle saura où me rejoindre.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette affaire, votre agenda estival étant sûrement déjà bien rempli. Dans l'attente de vos nouvelles, il me fait plaisir de vous transmettre, chère Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sylvie Gendron

Titre :	Projet vulnérabilité femmes
Personne responsable :	Sylvie Gendron, étudiante au Ph.D. en Santé publique, Université de Montréal
Collaboratrices :	Sylvie Caron et Manon Galipeau, travailleuses de liaison de Stella

Description sommaire du projet

Objectif : Ce projet vise à mieux comprendre les conditions de vie des travailleuses du sexe et les dynamiques pouvant accroître leur vulnérabilité à l'acquisition du VIH et sur lesquelles les membres de l'équipe et les participantes de Stella pourraient agir ensemble pour améliorer la sécurité et la qualité de vie des travailleuses du sexe évoluant dans les rues du centre-ville de Montréal.

Contexte et finalités : Proposé au membres de l'équipe de Stella en mars 1996, ce projet correspond à un des mandats principaux de l'organisme et s'insère dans sa philosophie d'action. En effet, un des mandats de Stella consiste à contribuer à la prévention de la transmission du VIH parmi les travailleuses du sexe du centre-ville de Montréal. Par ailleurs, tel que le prescrit la philosophie de l'organisme, ce projet favorise la participation des travailleuses du sexe. A cet égard, celles-ci seront sollicitées pour participer à un processus d'examen critique de leurs conditions de vie et de situations présentant des risques d'acquisition pour le VIH. Ceci permettra de dégager une meilleure compréhension des dynamiques de vulnérabilité en jeux et d'établir un agenda d'actions qu'elles pourront ensuite mettre en oeuvre de pair avec les membres de l'équipe de Stella. Il s'agit donc pour l'équipe de Stella de se doter d'une programmation élargie en matière de prévention du VIH tout en favorisant la participation des travailleuses du sexe. Outre la possibilité de contribuer à la mission de Stella, ce projet pourra également contribuer à l'avancement des connaissances créant ainsi un pont entre l'intervention et la recherche. Les données recueillies dans le cadre de ce projet serviront de point de départ à une thèse de doctorat en Santé publique proposant une réflexion sur l'apport de la recherche-action à la pratique de la santé publique.

Méthodologie :

Stratégie : Il s'agit d'une recherche-action de type participatif suscitant la collaboration de travailleuses du sexe à un processus de réflexion critique et de planification (Foote-Whyte, 1991 ; Reason, 1994). L'objectif étant de comprendre et non de vérifier des hypothèses, le cadre du projet est celui de la recherche qualitative. L'unité d'analyse sera le groupe dont les propos seront rapportés sous forme d'étude de cas. Plus particulièrement, le devis proposé est celui d'étude de cas instrumental qui permet de raffiner notre compréhension du phénomène (Stake, 1994, 1995).

Les participantes : Les participantes auront tous une expérience de travail sexuel dans les rues du centre-ville de Montréal. Nous ferons appel à la participation de six femmes étant en lien

avec Stella, ayant des expériences de vie variées et reconnues pour leur leadership et leur capacité d'articuler leur pensée. Le recrutement des participantes potentielles est actuellement en cours. Les collaboratrices de ce projet établissent un contact direct avec des participantes potentielles qui fréquentent Stella sur une base régulière, leur proposent de s'impliquer dans le projet et les invitent à une session d'information où sera servi un goûter et présentée la personne responsable. Nous prévoyons une série de trois sessions d'information pour atteindre notre objectif de six participantes. Les femmes approchées sont également incitées à inviter une amie qui serait intéressée à prendre part à ce projet (technique boule de neige). Pour le moment, il a été exclu d'organiser des rencontres individuelles entre les participantes potentielles et la personne responsable du projet, les collaboratrices estimant que cette approche serait trop intimidante pour les travailleuses du sexe.

Processus proposé : Une fois les participantes recrutées, nous planifions une série de six à sept rencontres de groupe d'environ une heure trente chacune pour amorcer un dialogue et un processus de réflexion critique en vue de proposer un plan d'action à Stella. Ces rencontres seront animées par la personne responsable et les collaboratrices. Des activités déclencheurs inspirées des pratiques de conscientisation de Freire (1983, 1988) et de pratiques d'éducation populaire (Ampleman et al., 1987 ; Colin et al., 1992) seront proposées pour amorcer la réflexion sur la question de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Les participantes prendront part au processus de décision quant à la fréquence des rencontres et aux activités déclencheurs qui seront entreprises. Outre les rencontres de groupe, il est possible que des rencontres individuelles aient lieu avec la personne responsable du projet pour approfondir des thèmes soulevés. En bref, il s'agit d'amener les participantes à : 1) réfléchir sur leur réalité ; 2) identifier ensemble des conditions et dynamiques qui les rendent vulnérables au VIH, tant dans le contexte de leur vie professionnelle que personnelle ; 3) examiner la source de ces conditions et dynamiques et leurs implications et conséquences ; et 4) développer un plan d'action pour faire face à la situation et à ses causes sous-jacentes sur une base collective.

Collecte et analyse de données : Le choix des activités n'étant pas arrêté, l'on ne peut prédire avec exactitude la totalité du matériel qui sera disponible pour l'analyse. Depuis l'instauration du projet en mars dernier, la personne responsable tient un journal de bord détaillant toutes les rencontres préparatoires ayant eu lieu avec les collaboratrices et compte poursuivre cette pratique tout au long du projet, y incluant éventuellement ses observations quant à la mise en œuvre du plan d'action qui sera proposé à Stella. Le contenu de chaque rencontre relative à ce projet ainsi que les observations et idées de la personne responsable sont notées. Par ailleurs, chaque rencontre de groupe avec les participantes (et entrevue individuelle s'il y a lieu) sera enregistrée sur cassette audio et transcrite. A ces transcriptions seront ajoutées les notes et observations de la responsable du projet et des collaboratrices pour qualifier davantage le contenu. Enfin, tout dépendant des activités entreprises, d'autre matériel pourra être disponible tels des photographies et le plan d'action proposé par exemple. L'analyse des données recueillies aura lieu entre chaque rencontre de groupe et sera entreprise par la responsable du projet. Il s'agira de relever les thèmes émergents, et si possible, d'intégrer progressivement les divers éléments sous forme de modèle pour refléter la complexité du phénomène et alimenter la réflexion (Checkland, 1981 ; Huberman & Miles, 1991 ; Strauss & Corbin, 1990 ; Tesch, 1990).

Rigueur de la démarche : Pour l'analyse des données, il s'agira de faire appel au « contrôle par des pairs ». Parallèlement aux analyses menées par la personne responsable du projet, une personne extérieure au projet procédera à la lecture et à la codification des transcriptions. De

plus, l'expertise des collaboratrices sera mis à profit pour mettre en perspective les résultats des analyses. Enfin, la présentation aux participantes des thèmes relevés et des analyses effectuées au début de chaque rencontre de groupe permettra de valider ou d'invalider les analyses. Par ailleurs, le journal de bord de la personne responsable du projet comportera une description des méthodes d'analyse utilisées et des critères de décision guidant certains choix (lors de la codification des informations et de l'analyse des données par exemple). Ce journal servira « d'audit » pour vérification externe (Huberman & Miles, 1991). A noter qu'il ne semble pas y avoir de consensus à ce jour quant aux critères de rigueur auxquels doit répondre la recherche de type qualitatif (Guba & Lincoln, 1989 ; Leininger, 1992 ; Pourtois & Desmet, 1989). Le protocole de recherche étant actuellement en développement, une revue de la littérature plus poussée permettra de se prononcer plus explicitement à ce sujet. A noter que la notion de rigueur ne doit pas se limiter exclusivement à l'application rigoureuse de méthodes d'analyse. Elle devrait plutôt être conçue en tenant compte de tous les choix qui interviennent dans la formulation d'un protocole de recherche (Ratcliffe & Gonzalez-del-Valle, 1988).

Diffusion et transfert des résultats : Ce projet étant considéré comme faisant partie du champ de la programmation de Stella, les membres de l'équipe et du Conseil d'administration de l'organisme sont informées de son développement sur une base régulière. Un rapport final décrivant la démarche suivie par les participantes, les différentes facettes des conditions suscitant la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH et les pistes d'action suggérées par le groupe sera préparé par la personne responsable à l'intention de l'équipe et des membres du Conseil d'administration dans un format jugé acceptable par les collaboratrices et les travailleuses du sexe impliquées. Les modalités de diffusion des résultats émanant de ce projet à l'endroit des participantes de Stella feront l'objet de discussions au sein du groupe de réflexion. La diffusion de ce rapport à d'autres instances et le format que devra prendre sa présentation lors de communications scientifiques feront également l'objet de discussions au sein de l'organisme.

Considérations éthiques : Dans un premier temps, l'autorisation des membres du Conseil d'administration et de la coordonnatrice de Stella ont été obtenues pour procéder à la mise en œuvre de ce projet. De plus, il a été convenu de la nécessité de prévoir des mécanismes pour assurer un suivi au processus de réflexion entrepris par les femmes afin que les actions trouvées pertinentes soient entreprises. Dans un deuxième temps, ce projet doit être soumis pour approbation à un comité d'éthique établi et pertinent. Une proposition de formulaire de consentement, inspiré de celui déjà en vigueur pour l'évaluation de Stella est inclus à l'Annexe 2. Celui-ci devra être rempli pour chaque participante impliquée dans le groupe de réflexion.

Considérations budgétaires : Ce projet s'insérant dans le cadre de la programmation de Stella, l'organisme assure le salaire des deux collaboratrices et couvre les frais pour l'achat de matériel nécessaire aux activités et la préparation de collations lors des rencontres de groupe. La responsable du projet est boursière du Conseil québécois de la recherche sociale et a également obtenu une bourse du GRIS de l'Université de Montréal pour défrayer les coûts de transcription, du salaire d'une personne extérieure pour la lecture des transcriptions et le double codage, de photocopies et de matériel tels les cassettes audio.

Directeur de thèse : Ron Levy, Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal. Téléphone : 343-2035.

RÉFÉRENCES

- Ampleman, G., Barnabé, J., Comeau, Y., Doré, G., Duhaime, R., Gaudreau, L., Humbert, C., Lacroix, J., Leboeuf, L., & Matte, M. (1987). *Pratiques de conscientisation - 2 - Logement, alphabétisation, aide sociale, féminisme, syndicalisme, santé, politique*. Montréal : Collectif québécois d'édition populaire.
- Checkland, P. (1981). *Systems thinking, systems practice*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Freire, P. (1983). *Education for critical consciousness*. New York : Continuum Press.
- Freire, P. (1988). *Pedagogy of the oppressed*. New York : Continuum Press.
- Guba, E.G., & Linclon, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park : Sage.
- Huberman A.M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Leininger, M. (1992). Current issues, problems and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. *Qualitative Health Research*, 2, 392-415.
- Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55-56-57, 13-35.
- Ratcliffe, J.W., & Gonzalez-del-Valle, A. (1988). Rigor in health-related research : Toward an expanded conceptualization. *International Journal of Health Services*, 18, 361-392.
- Reason, P. (Ed.). (1994). *Participation in Human Inquiry*. London : Sage.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). Thousand Oaks : Sage.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks : Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park : Sage.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research : Analysis Types & Software Tools*. New York : Falmer Press.
- Whyte, W.F. (1991). *Participatory action research*. Newbury Park : Sage.

PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Le *Projet vulnérabilité femmes* de Stella vise à aider l'équipe de Stella à mieux comprendre les conditions de vie des travailleuses du sexe pouvant les rendre vulnérables au VIH (virus du sida) et sur lesquels nous pourrions agir ensemble pour améliorer leur sécurité et leur qualité de vie. Les participantes sont invitées à prendre part à ce projet sur la base des critères suivants: être capable de travailler en groupe et d'articuler sa pensée et être connue comme étant une personne fiable, ouverte à parler du VIH et qui s'identifie comme étant une travailleuse du sexe. Il s'agit d'une série d'environ 5 rencontres hebdomadaires de groupe où des activités seront proposées pour réfléchir à la question de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Les participantes prendront part au processus de décision quant aux activités qui seront entreprises. Il est possible que des rencontres individuelles aient lieu avec la personne responsable du projet si le groupe décide qu'il est pertinent de le faire. À la fin, le groupe proposera un plan d'action à Stella pour aider à protéger les travailleuses du sexe du centre-ville du VIH. Par la suite, les participantes du groupe pourront contribuer activement à la mise sur pied des activités proposées si elles le désirent. Ce projet offre la possibilité aux participantes de contribuer à la mission de Stella et d'améliorer les conditions de vie des travailleuses du sexe du quartier. Les données recueillies serviront également de source de réflexion à la responsable du projet dans le cadre de sa thèse de doctorat en Santé publique à l'Université de Montréal. La thèse portera sur la contribution de la recherche de nature participative à la pratique de la santé publique.

À compléter par la personne responsable du projet. Un formulaire doit être rempli pour chaque participante. Un «X» à chaque endroit désigné atteste de la réalisation de la procédure de consentement. La procédure doit être réalisée en anglais ou en français dans un langage clair et accessible selon la langue d'usage courant de la participante:

- () Les objectifs du projet, les raisons pour lesquelles la participante a été invitée à y prendre part ainsi que son rôle ont été explicités et compris.
- () La personne responsable a présenté à la participante le processus projeté et les bénéfices potentiels mais non garantis pour la participante et pour d'autres personnes et a répondu de manière satisfaisante pour la participante à toutes ses questions concernant le déroulement du projet.
- () La participante connaît la durée du projet.
- () La participante sait qu'elle peut refuser ou cesser de participer en tout temps au projet sans préjudice. Il n'est pas nécessaire pour la participante de dévoiler des informations qu'elle veut garder secrètes.
- () La participante sait et comprend qu'elle conserve tous ses droits légaux.
- () La participante comprend que toutes les informations recueillies sont colligées de manière à assurer la confidentialité et à conserver l'anonymat de toutes les participantes. Les enregistrements effectués lors des rencontres seront transcrits dans la semaine qui suit. L'enregistrement sera conservé sous clef et sera détruit dès sa transcription terminée. Lors de la transcription, toutes les informations permettant d'identifier une participante seront effacées et les prénoms ou les noms des

participantes, si utilisées par d'autres personnes durant l'enregistrement, seront substitués afin de conserver l'anonymat.

- () La participation se fait sur une base volontaire.
- () La participante donne son consentement volontairement.
- () Un numéro de téléphone pour rejoindre la personne responsable du projet est remis à la participante. La personne responsable est disponible pour fournir toute information supplémentaire concernant le projet ou la participation de la participante.
- () Une copie de ce formulaire dûment complété est remis à la participante.

Personne responsable du projet:

**Sylvie Gendron
tel : 875-1854 (chez Stella)**

Signature de la personne responsable attestant que le consentement volontaire et éclairé de la participante a été obtenu:

Date: _____

Nom du témoin (en lettres moulées s.v.p.): _____
(N.B. Le témoin ne doit pas être un collaborateur de la recherche)

Signature du témoin: _____ **Date:** _____

Les données recueillies dans le cadre de ce projet peuvent faire l'objet de vérifications de la part du Comité d'éthique de Stella afin de s'assurer qu'elles ont été obtenues selon les standards concernant les procédures de recherche impliquant des personnes humaines.

WOMEN'S VULNERABILITY PROJECT

CONSENT FORM

Stella's *Women's Vulnerability Project* is designed to help the staff at Stella better understand sex workers' life circumstances which can make them vulnerable to HIV (the AIDS virus) and upon which we could act together to improve sex workers' safety and quality of life. Participants are invited to take part in this project based on the following criteria: able to function as part of a group and to clearly articulate one's thoughts and being known as a reliable person, willing to discuss issues around HIV and who self-identifies as a sex worker. A series of about 5 weekly group meetings will take place during which some activities will be proposed to reflect upon the issue of sex workers' vulnerability to HIV. Participants will take part in the decision as to which activities will be undertaken. It is possible that some one-to-one interviews be conducted with the person in charge of the project if the group decides that it is pertinent to do so. In the end, the group will present an action plan to Stella which could help protect downtown sex workers from HIV. If they wish, group members may eventually decide to actively participate in the implementation of their proposed action plan. This project offers participants the possibility to contribute to Stella's mission and to improve the quality of life of sex workers in the neighbourhood. In addition, information will be gathered by the person in charge of the project which she will use as a starting point for her doctoral thesis in Public Health at the University of Montreal. The thesis will focus on the study of the contribution of participatory research approaches to public health practice.

The following must be completed by the person in charge of the project. One form must be filled out for each participant. A check mark in each of the designated spaces confirms that the consent procedure has been followed. Consent must be obtained either in English or in French, using clear and appropriate terms in the participant's spoken language:

- () Project objectives, reasons for which the participant was invited to take part in the project and her expected role have been explained and understood.
- () The person in charge discussed with the participant the anticipated process and the potential but not guaranteed benefits for the participant and for others and answered all questions pertaining to the project to the satisfaction of the participant.
- () The participant is aware of the duration of the project.
- () The participant knows she can refuse to participate or withdraw from the project at any time with no negative effects for herself. It is not necessary for the participant to unveil information she prefers to keep secret.
- () The participant knows and understands that she does not give up any of her legal rights.
- () The participant understands that all the collected information is processed so as to ensure confidentiality and to preserve the anonymity of all the participants. Tape recordings carried out during meetings will be transcribed within one week. Tapes will be kept secure in a locked cabinet and will be destroyed upon completion of the transcription. During the transcription, any identifying information will be erased and

participant names, if used by other persons during the recordings, will be substituted to ensure anonymity.

- () Participation is voluntary.
- () The participant provides voluntary consent.
- () The participant is provided with a telephone number to reach the person in charge of the project. The person in charge remains available to provide any additional information concerning the project or the participant's involvement.
- () A copy of this document filled out in due form is given to the participant.

Person in charge of the project:

**Sylvie Gendron
Tel.: 875-1854 (Stella's)**

Signature of the person in charge attesting that voluntary and informed consent was obtained from the participant:

_____ **Date:** _____

Name of witness (please print name): _____

(N.B. The witness must not be a research collaborator)

Witness signature: _____ **Date:** _____

All data collected in the course of this project could be submitted, upon request, to the Stella ethics committee to ensure that they have been obtained following accepted standards for research with human subjects.

ANNEXE 25

**PROCÈS VERBAL DE LA RENCONTRE TENUE
AVEC LE COMITÉ D'ÉTHIQUE**

ANNEXE 26

**FORMULAIRES DE CONSENTEMENT
(VERSION FINALE)**

PROJET VULNÉRABILITÉ FEMMES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le *Projet vulnérabilité femmes* de Stella vise à aider l'équipe de Stella à mieux comprendre les conditions de vie des travailleuses du sexe pouvant les rendre vulnérables au VIH (virus du sida) et sur lesquelles l'organisme et les participantes pourraient agir ensemble pour améliorer leur sécurité et leur qualité de vie. Les participantes sont invitées directement chez Stella à prendre part à ce projet sur la base des critères suivants: être une personne qui fréquente l'organisme Stella régulièrement, qui est disponible une fois par semaine pour participer à des rencontres de groupe, qui est ouverte à parler du VIH et qui s'identifie comme étant une travailleuse du sexe. Il s'agit d'une série d'environ 5 rencontres hebdomadaires de groupe chez Stella où des activités seront proposées pour réfléchir à la question de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Les participantes prendront part au processus de décision quant aux activités qui seront entreprises. Il est possible que des rencontres individuelles aient lieu avec la personne responsable du projet si le groupe décide qu'il est pertinent de le faire. À la fin, le groupe proposera un plan d'action à Stella pour aider à protéger les travailleuses du sexe du centre-ville du VIH. Par la suite, les participantes du groupe pourront contribuer activement à la mise sur pied des activités proposées et entérinées par l'organisme si elles le désirent. Ce projet offre la possibilité aux participantes de contribuer à la mission de Stella et d'améliorer les conditions de vie des travailleuses du sexe du quartier. Les données recueillies serviront également de source de réflexion à la responsable du projet dans le cadre de sa thèse de doctorat en Santé publique à l'Université de Montréal. La thèse portera sur le déroulement et la contribution de la recherche de nature participative dans le cadre de la pratique de la santé publique.

À compléter par la personne responsable du projet. Un formulaire doit être rempli pour chaque participante. Un «X» à chaque endroit désigné atteste de la réalisation de la procédure de consentement. La procédure doit être réalisée en anglais ou en français dans un langage clair et accessible selon la langue d'usage courant de la participante:

- () Les objectifs du projet, les raisons pour lesquelles la participante a été invitée à y prendre part ainsi que son rôle ont été explicités et compris.
- () La participante comprend que les informations issues de ce projet serviront à deux fins:
 1. La co-production et la soumission d'un plan d'action que l'organisme Stella pourra considérer dans sa mise en oeuvre d'activités visant à aider à protéger les travailleuses du sexe du quartier du VIH;
 2. Une réflexion dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat en Santé publique entreprise par la responsable du projet au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- () La personne responsable a présenté à la participante le processus projeté et les bénéfices potentiels mais non garantis pour la participante et pour d'autres personnes et a répondu de manière satisfaisante pour la participante à toutes ses questions concernant le déroulement du projet. La participante comprend que le processus de recherche auquel elle collabore comprend des imprévus, étant donné que le

déroulement du projet dépend des décisions du groupe de participantes tout au long du projet.

- () La participante connaît la durée de son implication dans le projet.
- () La participante sait qu'elle peut refuser ou cesser de participer en tout temps au projet sans préjudice. Il n'est pas nécessaire pour la participante de dévoiler des informations qu'elle veut garder secrètes.
- () La participante sait et comprend qu'elle conserve tous ses droits légaux.
- () La participante comprend que toutes les informations recueillies sont colligées de manière à assurer la confidentialité et à conserver l'anonymat de toutes les participantes. Les enregistrements effectués lors des rencontres seront transcrits dans la semaine qui suit. L'enregistrement sera conservé sous clef et sera détruit dès sa transcription terminée. Lors de la transcription, toutes les informations permettant d'identifier une participante seront effacées et les prénoms ou les noms des participantes, si utilisées par d'autres personnes durant l'enregistrement, seront substitués afin de conserver l'anonymat.
- () La participation se fait sur une base volontaire.
- () La participante donne son consentement volontairement.
- () Un numéro de téléphone pour rejoindre la personne responsable du projet est remis à la participante. La personne responsable est disponible pour fournir toute information supplémentaire concernant le projet ou la participation de la participante.
- () Une copie de ce formulaire dûment complété est remis à la participante.

Personne responsable du projet:

**Sylvie Gendron
tel : 875-1854 (chez Stella)**

Signature de la personne responsable attestant que le consentement volontaire et éclairé de la participante a été obtenu:

_____ **Date:** _____

Nom du témoin (en lettres moulées s.v.p.): _____
(N.B. Le témoin ne doit pas être un collaborateur de la recherche)

Signature du témoin: _____ **Date:** _____

Les données recueillies dans le cadre de ce projet peuvent faire l'objet de vérifications de la part du Comité d'éthique de Stella afin de s'assurer qu'elles ont été obtenues selon les standards concernant les procédures de recherche impliquant des personnes humaines. Le Comité d'éthique sera consulté à chaque fois qu'un développement majeur est apporté au projet afin d'obtenir son avis et son approbation.

WOMEN'S VULNERABILITY PROJECT
CONSENT FORM

Stella's *Women's Vulnerability Project* is designed to help the staff at Stella better understand sex workers' life circumstances which can make them vulnerable to HIV (the AIDS virus) and upon which the staff and participants could act together to improve sex workers' safety and quality of life. Participants are invited directly at Stella to take part in this project based on the following criteria: being a person who attends Stella on a regular basis, who is available once a week to participate in group meetings, who is willing to discuss issues around HIV and who self-identifies as a sex worker. A series of about 5 weekly group meetings will take place during which some activities will be proposed to reflect upon the issue of sex workers' vulnerability to HIV. Participants will take part in the decision as to which activities will be undertaken. It is possible that some one-to-one interviews be conducted with the person in charge of the project if the group decides that it is pertinent to do so. In the end, the group will present an action plan to Stella which could help protect downtown sex workers from HIV. If they wish, group members may eventually decide to actively participate in the implementation of their proposed action plan to the extent that it has been ratified by the organization. This project offers participants the possibility to contribute to Stella's mission and to improve the quality of life of sex workers in the neighbourhood. In addition, the information gathered will be used by the person in charge of the project as a starting point for her doctoral thesis in Public Health at the University of Montreal. The thesis will focus on the development and the contribution of participatory research approaches in the context of public health practice.

The following must be completed by the person in charge of the project. One form must be filled out for each participant. A check mark in each of the designated spaces confirms that the consent procedure has been followed. Consent must be obtained either in English or in French, using clear and appropriate terms in the participant's spoken language:

- () Project objectives, reasons for which the participant has been invited to take part in the project and her expected role have been explained and understood.
- () The participant understands that the information derived from this project will serve two purposes:
 1. The joint production and proposal of an action plan that the team at Stella could refer to for the development and implementation of activities which could help protect downtown sex workers from HIV.
 2. A study in the context of a doctoral thesis in Public Health undertaken by the person in charge of the project at the Department of Social and Preventive Medicine of the Faculty of Medicine at the University of Montreal.
- () The person in charge discussed with the participant the anticipated process and the potential but not guaranteed benefits for the participant and for others and answered all questions pertaining to the project to the satisfaction of the participant. The participant understands that the research process in which she is involved entails unanticipated developments, as the evolution of the project depends on group decisions made by the participants over time.
- () The participant is aware of the duration of her involvement in the project.

- () The participant knows she can refuse to participate or withdraw from the project at any time with no negative effects for herself. It is not necessary for the participant to unveil information she prefers to keep secret.
- () The participant knows and understands that she does not give up any of her legal rights.
- () The participant understands that all the collected information is processed so as to ensure confidentiality and to preserve the anonymity of all the participants. Tape recordings carried out during meetings will be transcribed within one week. Tapes will be kept secure in a locked cabinet and will be destroyed upon completion of the transcription. During the transcription, any identifying information will be erased and participant names, if used by other persons during the recordings, will be substituted to ensure anonymity.
- () Participation is voluntary.
- () The participant provides voluntary consent.
- () The participant is provided with a telephone number to reach the person in charge of the project. The person in charge remains available to provide any additional information concerning the project or the participant's involvement.
- () A copy of this document filled out in due form is given to the participant.

Person in charge of the project:

**Sylvie Gendron
Tel.: 875-1854 (Stella's)**

Signature of the person in charge attesting that voluntary and informed consent was obtained from the participant:

_____ **Date:** _____

Name of witness (please print name): _____
(N.B. The witness must not be a research collaborator)

Witness signature: _____ **Date:** _____

All data collected in the course of this project could be submitted, upon request, to the Stella ethics committee to ensure that they have been obtained following accepted standards for research with human subjects. The ethics committee will be called upon for each major development in the course of the project to obtain its counsel and assent.

ANNEXE 27

**RÉPONSES SOUMISES AUX QUESTIONS
DU COMITÉ D'ÉTHIQUE**

Projet vulnérabilité femmes

Sylvie Gendron, personne responsable

Sylvie Caron et Manon Galipeau, collaboratrices

Réponse au comité d'éthique de Stella réuni le 15 octobre 1996

Les membres du comité d'éthique ont formulé des recommandations et demandé des modifications ou spécifications concernant cinq aspects explicités dans le procès-verbal de la rencontre tenue le 15 octobre dernier. Les informations suivantes tentent de répondre aux exigences du comité.

1. Ajouts au formulaire de consentement

L'utilisation qui sera faite des informations tirées des rencontres et des activités de recherche est énoncée au deuxième paragraphe dans la partie comprenant les sections à cocher à l'intérieur du formulaire de consentement. Ce paragraphe se lit comme suit :

- () La participante comprend que les informations issues de ce projet serviront à deux fins :
1. La coproduction et la soumission d'un plan d'action que l'organisme Stella pourra considérer dans sa mise en œuvre d'activités visant à aider à protéger les travailleuses du sexe du quartier du VIH ;
 2. Une réflexion dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat en Santé publique entreprise par la responsable du projet au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

De plus, une dernière phrase est ajoutée au paragraphe d'introduction du formulaire de consentement : La thèse portera sur le déroulement et la contribution de la recherche de nature participative dans le cadre de la pratique de la santé publique.

Enfin, une autre spécification est apportée à la septième phrase du paragraphe d'introduction du formulaire de consentement : Par la suite, les participantes du groupe pourront contribuer activement à la mise sur pied des activités proposées *et entérinées par l'organisme* si elles le désirent.

Par ailleurs, le comité recommande qu'il soit fait mention de la nature imprévisible de la recherche de nature participative dans le formulaire de consentement. Une phrase est maintenant ajoutée au troisième paragraphe de la partie comprenant les sections à cocher dans le formulaire de consentement : La participante comprend que le processus de recherche auquel elle collabore comprend des imprévus, étant donné que le déroulement du projet dépend des décisions du groupe de participantes tout au long du projet.

À noter que le cinquième paragraphe de la partie comprenant les sections à cocher fait référence au fait que les participantes demeurent libres en tout temps de cesser leur participation si elles le désirent.

Tous ces changements sont apportés aux versions française et anglaise du formulaire de consentement.

2. Le recrutement des participantes

Il s'agit de donner plus de détails concernant le processus de recrutement des participantes : Les participantes sont recrutées directement chez Stella par le biais d'interactions personnelles avec les travailleuses de liaison collaborant au développement du projet et la personne responsable du projet. Des affiches décrivant le projet et apposées aux murs des locaux de Stella ainsi que la présence régulière de la responsable du projet chez Stella s'avèrent être les moyens les plus efficaces pour susciter une discussion avec les femmes présentes chez Stella, décrire le projet plus en détail et identifier des personnes intéressées à participer. Une fois un intérêt exprimé de la part d'une personne, la responsable du projet s'entretient avec elle pour établir son éligibilité : la participante doit être une travailleuse du sexe, fréquenter régulièrement Stella, être à l'aise pour discuter du VIH et être disponible une fois par semaine pour participer à des rencontres de groupe (ces critères sont spécifiés au paragraphe d'introduction du formulaire de consentement).

La participation se fait sur une base volontaire et les travailleuses du sexe ne reçoivent aucune rémunération ou autre traitement de faveur pour leur participation. Cette approche irait à l'encontre des capacités financières et matérielles de ce jeune organisme communautaire qui cherche à susciter la participation des travailleuses du sexe à différents niveaux de son organisation. Les travailleuses de liaison estiment que l'offre d'une rétribution en échange de la participation à ce projet rendrait encore plus difficile l'intégration de participantes à des projets ultérieurs. Enfin, il s'avère que la possibilité de prendre part à une activité pouvant orienter la programmation de l'organisme serait vue par les participantes comme étant un privilège important pour elles.

3. L'activité comprenant la prise de photos

Les buts et les modalités de déroulement de cette activité demandent à être clarifiés :

i. Quel est le but de prendre des photos ?

Il s'agit de capter des scènes du quotidien des travailleuses du sexe qui illustrent ou symbolisent des conditions ou des situations les rendant vulnérables à l'acquisition du VIH. Cette approche est inspirée de celle de l'éducateur brésilien Paulo Freire qui consiste à préparer des "codes" ou images reflétant des aspects de la réalité des gens et qui servent de base à un processus d'analyse critique. À partir des codes ou images, les participants sont amenés à 1) réfléchir sur leur réalité ; 2) identifier ensemble les problèmes ou situations qui entravent leur qualité de vie et leur mieux-être ; 3) examiner la source de ces problèmes et leurs implications et conséquences ; et 4) développer un plan d'action pour faire face au problème et à ses causes sous-jacentes sur une base collective. Ainsi, les photos servent d'outil pour stimuler une réflexion sur les différents aspects de la vulnérabilité des travailleuses du sexe du centre-ville de Montréal au VIH. Suite à cette réflexion, le groupe sera en meilleure position pour formuler un plan d'action visant la prévention du VIH parmi les travailleuses du sexe du centre-ville.

ii. Comment les photos seront-elles utilisées ?

Chaque photo sera présentée au groupe de réflexion par la participante qui en est l'auteure. Elle pourra, dans un premier temps, expliquer en quoi la photo illustre la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH. Ensuite, les autres membres du groupe de réflexion pourront

ajouter leurs idées ou commentaires. Ainsi, à partir de chaque photo il sera possible de générer de multiples sens et plusieurs thèmes pourront être dégagés en lien avec la vulnérabilité au VIH. À la fin, il est fort possible qu'il y ait plus de thèmes dégagés que de photos étant donné que de multiples idées peuvent émerger à partir d'une photo et des discussions qui s'ensuivent. Bref, les photos servent à stimuler la réflexion et à illustrer différentes facettes de la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH.

iii. Qui prend les photos ?

Toutes les participantes du groupe de réflexion qui consentent à cette phase de l'activité prennent des photos. Ceci inclut la personne responsable du projet, qui est participante active au groupe de réflexion. Il est possible que des participantes refusent de prendre des photos mais qu'elles prennent part à la réflexion et aux analyses subséquentes.

iv. Où les photos sont-elles prises ?

Cette décision est laissée à la personne qui prend les photos. Elles peuvent être prises dans le quartier où se trouvent Stella et la majorité de sa clientèle et dans les lieux que les travailleuses du sexe fréquentent. Elles peuvent également être prises au domicile de la participante, où elle fait des montages pour symboliser des situations qui ont un potentiel d'accroître la vulnérabilité au VIH (par exemple : une table remplie de bouteilles d'alcool vides). Par contre, il ne s'agit pas de prendre des risques et de se mettre en danger, c'est-à-dire d'aborder intentionnellement des lieux violents ou criminalisés.

v. Est-ce que cette activité comporte des dangers ? Quelles sont les consignes de sécurité afin d'éviter ces dangers ?

Cette activité peut comporter des dangers, tout dépendant des lieux où la personne choisit de prendre des photos. Les milieux dans lesquels évoluent les travailleuses du sexe sont non sans danger, ce qui, dans les faits, contribue à accroître leur vulnérabilité au VIH. L'expérience de vie des participantes du groupe de réflexion témoigne des multiples dangers auxquels sont confrontées les travailleuses du sexe. Il fut entendu de prendre des photos dans des endroits familiers, de ne pas photographier intentionnellement des gens, de sortir le jour de préférence et de se faire accompagner pour prendre des photos si possible. Par ailleurs, les participantes devraient avoir en leur possession une carte de membre de Stella et un feuillet explicatif décrivant le *Projet vulnérabilité femmes* et incluant le numéro de téléphone de la personne responsable du projet. Ainsi, toute requête concernant la présence ou les activités de la photographe devrait être traitée pour clarifier les raisons pour lesquelles les photos sont prises et l'utilisation que nous en ferons.

Il est à noter que malgré les dangers potentiels, cette activité fut tout de même retenue par les participantes. Elle est novatrice, permet un plus grand contrôle des participantes sur l'agenda de la recherche et facilite l'amorce d'une réflexion à partir d'illustrations concrètes.

vi. Quelles sont les consignes à suivre afin d'obtenir le consentement d'une personne que l'on veut photographier ?

Tel que spécifié plus haut, il fut entendu de ne pas photographier intentionnellement des personnes.

vii. Quelles sont les mesures prises au cas où des personnes apparaîtraient sur les photos ?

Il est toujours possible qu'il y ait des passants photographiés à une certaine distance et figurant accessoirement sur les photos. Il fut entendu de cacher à l'aide d'un stylo feutre indélébile tout signe ou toute marque permettant de reconnaître une personne sur une photo (par exemple : visage, tatous, cicatrices, bijoux). Par ailleurs, d'autres indicateurs tels les numéros de licence des automobiles devront être cachés.

viii. Que fait-on des négatifs des photos ?

Il fut entendu de détruire et de disposer des négatifs des photos dès leur réception chez Stella des laboratoires de développement. De plus, les photos sont développées en un seul exemplaire.

ix. Qui a la responsabilité des photos et des négatifs pendant toute la durée du projet ?

Les négatifs seront détruits par la personne responsable du projet. Par ailleurs, les photos sont gardées par les participantes du groupe de réflexion, dans un endroit désigné et sécuritaire chez Stella. Les photos ne circulent pas à l'extérieur des locaux de Stella pendant la durée du projet.

x. Est-ce que les photos et les négatifs, en tout ou en partie, seront conservés ou détruits à la fin du projet ?

Tel que spécifié plus haut, les négatifs sont détruits dès leur réception chez Stella. En ce qui concerne les photos, les participantes du groupe de réflexion souhaitent conserver les photos chez Stella. Dans un premier temps, il s'agit de présenter à l'équipe de Stella et les autres participantes le fruit de leurs réflexions (photos et thèmes afférents) sur un poster affiché chez Stella afin de susciter des commentaires et autres réflexions. Ensuite, tout dépendant du plan d'action préparé par le groupe de réflexion et entériné par le comité responsable de l'utilisation et de la diffusion de résultats émanant de projets de recherche chez Stella ainsi que le Conseil d'administration de l'organisme, il est possible d'envisager que les photos servent d'appui à des interventions visant la prévention de l'acquisition du VIH chez les travailleuses du sexe du centre-ville de Montréal. Dans l'éventualité où les différents comités de l'organisme ne peuvent s'entendre sur l'utilisation éventuelle des photos, le Conseil d'administration devra trancher. Il n'est pas exclu de faire appel au Comité d'éthique de Stella si les administratrices jugent qu'il est nécessaire d'obtenir son avis. Bref, il est entendu de garder les photos chez Stella à la fin du projet tout en contrôlant l'utilisation qui pourra en être faite.

xi. Est-ce que les photos seront publiées ?

Encore une fois, il s'agit de décisions qui devront être prises par le groupe de réflexion et le comité responsable de l'utilisation et de la diffusion de résultats émanant de projets de recherche chez Stella et entérinées par le Conseil d'administration de l'organisme. Par exemple, si les diverses instances sont d'accord, il est possible que des copies de quelques photos soient intégrées dans le rapport que constitue la thèse de doctorat à titre d'illustration.

4. Le rôle du Comité d'éthique

Une dernière clause est ajoutée au formulaire de consentement : Le Comité d'éthique sera consulté à chaque fois qu'un développement majeur est apporté au projet afin d'obtenir son avis et son approbation.

5. La diffusion des résultats de la recherche

Ce projet étant considéré comme faisant partie du champ de la programmation de Stella, les membres de l'équipe et du Conseil d'administration de l'organisme sont informés de son développement sur une base régulière tant par les collaboratrices du projet que par la personne qui en est responsable. Un rapport final décrivant la démarche suivie pour le développement et l'implantation du projet, les différentes facettes des conditions suscitant la vulnérabilité des travailleuses du sexe au VIH et les pistes d'action suggérées par le groupe de réflexion sera préparé par la personne responsable du projet à l'intention de l'équipe de Stella et des membres du Conseil d'administration dans un format jugé acceptable par les collaboratrices et les travailleuses du sexe impliquées. Avant un dépôt final de ce document, celui-ci sera toutefois soumis au comité composé de membres du comité d'évaluation et du comité des relations publiques de Stella qui a pour mandat d'examiner les résultats des activités de recherche entreprises au sein de l'organisme et de formuler des recommandations en ce qui concerne leur utilisation et leur diffusion. Ainsi, les modalités d'utilisation et de diffusion des résultats émanant de ce projet feront l'objet de discussions tant au niveau du groupe de réflexion que du comité de Stella responsable de cette tâche. La diffusion de ce rapport à d'autres instances et le format que devra prendre sa présentation lors de communications scientifiques feront également l'objet de discussions au sein de l'organisme. Enfin, le rapport de la thèse de doctorat sera rendu disponible et présenté à l'organisme lorsque terminé.

31 octobre 1996

ANNEXE 28

LETTRE D'APPROBATION ÉTHIQUE

CURRICULUM VITAE

CURRICULUM VITAE

Sylvie Gendron

4145 Melrose
Montréal (Québec)
H4A 2S5

☎ maison : (514) 487-9952

Courriel : sylvie.gendron@umontreal.ca

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Née à Montréal, le 24 octobre 1962
Langues parlées et écrites : français et anglais
Mariée et mère d'une fillette de 4 ans

SCOLARITÉ :

1984 Baccalauréat en Sciences infirmières (Mention de grande distinction) - Université McGill
1987 Diplôme d'études supérieures en santé communautaire - Université de Sherbrooke
1992 Maîtrise ès Sciences, Épidémiologie et biostatistiques (Mention d'honneur) - Université McGill
2001 Doctorat en Santé publique (Option promotion de la santé) - Université de Montréal (grade postulé)

PRIX ET BOURSES :

1981 - 1984 Bourses d'études Frank P. Jones. Association des universités et collèges du Canada (6 300\$)
1983 Prix J.W. McConnell (Faculty Scholar). Université McGill (500\$)
1984 McGill Alumnae Society Prize for Highest Academic Standing (100\$)
1986 - 1987 Bourse d'études Frank P. Jones. Association des universités et collèges du Canada (1 600\$)
1988 - 1990 Bourses d'études Frank P. Jones. Association des universités et collèges du Canada (5 000\$)
1988 - 1991 Bourse de formation en recherche. Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé et Bien-être social Canada (39 600\$)
1992 Prix du jeune chercheur. Association canadienne de recherche sur le VIH/sida (2 000\$)
1995 - 1999 Bourse de spécialisation en recherche sociale. Conseil québécois de la recherche sociale (64 000\$)
1996 Bourse d'aide à la réalisation d'un projet de recherche. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (1 500\$)
1996 - 1998 Bourse de formation en recherche. Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada (36 300\$; bourse déclinée)
1998 Prix du jeune chercheur. Association canadienne de recherche sur le VIH/sida (Mention d'honneur)
1999 Bourse de doctorat. Faculté des études supérieures, Université de Montréal (3 000\$)
2000 Support financier équipe FCAR - Les approches communautaires en promotion de la santé. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (4 000\$)
2000 Bourse de Ph.D. en Santé publique. Université de Montréal (5 000\$)
2001 - 2004 Bourse post-doctorale. Instituts canadiens de recherche en santé (115 500\$)

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL CLINIQUE ET DE RECHERCHE :

1984 - 1986 Infirmière (médecine et psychiatrie) - Hôpital de Montréal pour enfants
1987 - 1996 Attachée de recherche - Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Unité maladies infectieuses
1994 Consultante en recherche VIH/sida - PNUD, Programme VIH et développement, Impact socio-économique du VIH/sida en Afrique subsaharienne
Depuis 1997 Consultante en recherche participative

ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT :

- 1990 Assistante d'enseignement – Cours d'épidémiologie aux étudiants de première année de médecine, Université McGill
- 1993 Supervision – Étudiants de première année de médecine en stage de recherche en santé communautaire, Université McGill
- 1996 - 1997 Auxiliaire d'enseignement – Recherche qualitative en santé, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal
- 1998 - Chargée de cours – Recherche qualitative en santé, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

PUBLICATIONS :**Publications avec comités de pairs :**

- Hankins, C., **Gendron, S.**, Rouah, F., Cyr, D., Lai Tung, M.T., Racine, L., Charlebois, A.M., & Handley, M. (1993). Le programme d'échange de seringues de CACTUS-Montréal : description du service et profil comportemental de la clientèle. *Revue sexologique*, 1(1), 57-75.
- Hankins, C., **Gendron, S.**, Handley, M., Richard, C., Lai Tung, M.T., & O'Shaughnessy, M. (1994). HIV and women in prison : Assessment of risk factors using a non-nominal methodology. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1637-1640.
- Gendron, S.** (1996). L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé : vers une complémentarité transformatrice. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3(2), 158-172.
- Hankins, C., **Gendron, S.**, Tran, T., Lamping, D., & Lapointe, N. (1997). Sexuality in Montreal Women Living with HIV. *AIDS Care*, 9(3), 261-271.
- Gendron, S.** (1998). La recherche participative : un cas d'illustration et quelques réflexions pour la santé publique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2), 180-191.

Chapitre de livre :

Gendron, S. (2001). Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion : Principles and perspectives* (pp. 107-122). Copenhagen : WHO.

Autres publications : 12 publications sans comités de pairs et rapports de recherche, dont :
 Hankins, C., **Gendron, S.**, Richard, C., & O'Shaughnessy, M. (1989). Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes-Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 15(33), 168-170.

Hankins, C., **Gendron, S.**, Handley, M., & Rouah, F. (1991). Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés - Québec. *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 17(43), 233-35.

Gendron, S., & Hankins, C. (1995). *Prostitution et VIH au Québec : Bilan des connaissances*. Centre québécois de coordination sur le sida, Ministère de la santé et des services sociaux.

Gendron, S., Hankins, C., Tran, T., & Lamping, D. (1998). *The HIVIS-W : A Scale to Measure HIV-Related Psychological Distress in Women*.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES (AVEC COMITÉS DE PAIRS) : 40+ communications depuis 1989

IMPLICATION COMMUNAUTAIRE :

Membre, Comité PAFS (Prévention-action-femmes-sida) de Montréal. Janv. 1992 à sept. 1994
 Membre fondatrice, Stella, un OSBL destiné aux travailleuses du sexe. Depuis janvier 1995

VARIA :

Membre de comités pour l'évaluation de projets de recherche (PNRDS ; fondations privées)
 Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1984-)
 Membre de l'association québécoise pour la recherche qualitative (1998-)