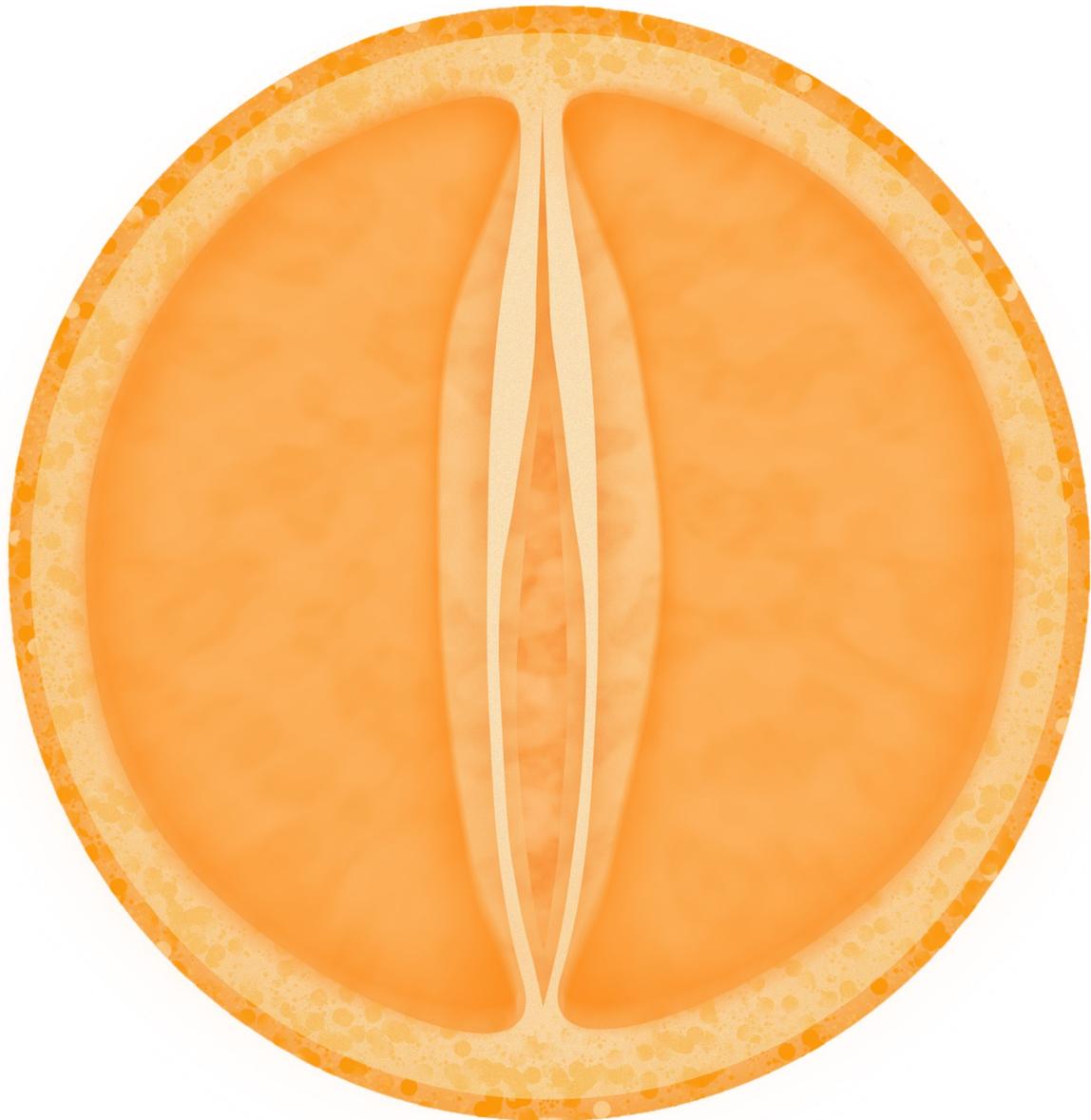


RiSS·IjHS

Volume 8, Numéro 1 | Issue 1
Winter 2019 | Hiver 2019



University of Ottawa | Université d'Ottawa

Revue interdisciplinaire
des sciences de la santé
Interdisciplinary Journal
of Health Sciences

La revue interdisciplinaire des sciences de la santé
The Interdisciplinary Journal of Health Sciences

Une revue académique libre d'accès | An Open-Access Academic Journal
Université d'Ottawa | University of Ottawa

ISSN : 1920-7433

www.riss-ijhs.ca

Table des matières | Table of Contents

Comité éditorial Editorial Board	5
Avant-propos Foreword	6
La Nécessité Des Approches Intersectionnelles en Santé: Le Cas de L'allaitement Maternel Annick VALLIÈRES	8
Sortir de la Prostitution de Rue au Canada: L'approche Transdisciplinaire du Modèle Intégré en Santé des Populations Émilie LESSARD	15
D'un Accès Pour Tous à un Accès Restreint: L'évolution Des Services de Procréation Assistée au Québec Andréanne CHAUMONT	21

Comité Éditorial | Editorial Board

Rédactrice en chef | Editor-in-Chief :

Julie Boucher

Éditeurs et éditrices seniors | Senior Editors :

Cara Elliott
Meghan McGee
Karen Mezher

Éditeurs et éditrices associées | Associate Editors :

Emmanuelle Arpin
My-An Auprix
Helena Bleeker
Nicole Haywood
Cendra Kidjo
Stephen Kutcher
Dominique Menard
Ayah Nayfeh
Rachel Pietersma
Alex Truyens

**Éditeur exécutif et superviseur académique |
Executive Editor and Academic Supervisor :**

Dr. Raywat Deonandan

Graphiste | Graphic Designer :

Carlos Pastrana

Traductrice | Translator :

Jessica Simoneau

Avant-propos

Julie Boucher

Rédactrice en chef

Sexual and reproductive health is more than just a health issue; it is a human rights and gender equality issue. It is an integral aspect of human development and maturation that encompasses biological sex, gender role and identity, and sexual orientation. It influences family planning decision-making and shapes how we interact with others, approach romantic relationships, and express affection and intimacy.

Unfortunately, achieving universal sexual and reproductive health and rights is a complex process fraught with challenges. Pervasive sociocultural, legal, political, health-system, and economic barriers not only impede access to adequate care, but also perpetuate discrimination and stigmatization. Even when care is readily available, individuals may not have the necessary education to understand their options, the freedom to make an informed decision, and the support of impartial health care providers.

Investing in sexual and reproductive health is one of the surest and most effective ways to achieve equitable and sustainable health for all people. It pays dividends in saved lives, averted suffering, and reduced health care spending. While the direct medical benefits are evident (e.g. prevented unplanned pregnancies, improved maternal health, treated sexually transmitted infections), the social value, although harder to quantify, is just as significant.

This special issue of the Interdisciplinary Journal of Health Sciences (IJHS) only scratches the surface of sexual and reproductive health issues; however, we hope it will shed light on some of the ways in which these issues manifest in the broader context of people's lives.

This issue of the IJHS was a collaborative effort, made possible by a group of dedicated editors, assiduous peer reviewers, and a supportive faculty advisor, Dr. Raywat Deonandan, all of whom were generous with their time and are heartily thanked. I would also like to thank Jessica Simoneau, our translator, and Carlos Pastrana, our graphic designer, who have been invaluable to the production of this issue. Last but certainly not least, thank you to the authors for your contributions, and to the readers for your continued support.

It is now just over 3 years since I took over editorship of the IJHS. As I look back, I am filled with mixed emotions. Above all, pride, to have had the honor and privilege to lead such an outstanding team. I am pleased that despite the number of platforms available to researchers, the IJHS has held its own and continues to be a forum for budding health scientists and authors to share their work with a wide audience.

As my tenure comes to an end, the future of the IJHS holds further promise. It is my pleasure to hand over the editorship to my friend and colleague, Meghan McGee. I am confident that during her mandate, we will witness this journal grow to the next level of excellence.



Julie Boucher, MSc

Foreword

Julie Boucher

Editor-in-Chief

La santé sexuelle et reproductive ne se résume pas à une question de santé; il s'agit également d'une question de droits de la personne et d'égalité des sexes. Elle est un aspect intégral du développement et de la maturation et englobe le sexe biologique, l'identité et les rôles de genre ainsi que l'orientation sexuelle. Elle influence la prise de décisions liée à la planification familiale et façonne la manière dont nous interagissons avec les autres, abordons des relations amoureuses, exprimons de l'affection et vivons des moments intimes.

Malheureusement, assurer l'universalité de la santé et des droits sexuels et reproductifs est complexe et présente de nombreux défis. Non seulement les obstacles omniprésents socioculturels, juridiques, politiques, économiques et du système de santé limitent-ils l'accès à des soins adéquats, mais ils perpétuent la discrimination et la stigmatisation. Même lorsque les gens ont facilement accès aux soins, ils n'ont pas toujours l'éducation qu'il faut pour comprendre leurs options, la liberté de prendre une décision éclairée ni l'appui de fournisseurs de soins sans parti pris.

Investir dans la santé sexuelle et reproductive est l'une des manières les plus sûres et efficaces d'assurer la santé équitable et durable de tous. Les bienfaits se traduisent par des vies sauvées, de la souffrance épargnée et des dépenses réduites en matière de soins de santé. Les bienfaits médicaux directs sont évidents (p. ex. prévention des grossesses non planifiées, amélioration de la santé maternelle, traitement des infections transmises sexuellement), mais la valeur sociale, bien qu'elle soit difficile à quantifier, est tout aussi importante.

Ce numéro spécial de la Revue interdisciplinaire des sciences de la santé (RISS) ne fait qu'effleurer la question de la santé sexuelle et reproductive, mais nous espérons qu'il réussira à faire la lumière sur certaines des manières par lesquelles cette question se manifeste dans la vie des gens en général.

Ce numéro est le fruit de la collaboration entre un groupe d'éditeurs dévoués, de réviseurs assidus chargés de l'évaluation par les pairs et un conseiller, le professeur Raywat Deonandan. Je les remercie chaleureusement d'avoir si généreusement donné de leur temps. Je souhaite également remercier Jessica Simoneau, traductrice, et Carlos Pastrana, graphiste, dont l'apport a été d'une valeur inestimable à ce numéro. Enfin, je remercie les auteurs de leurs contributions et les lecteurs de leur soutien continu.

Je suis devenue rédactrice en chef de la RISS il y a un peu plus de trois ans. En me remémorant cette période, mes sentiments sont partagés. Avant tout, je suis fière d'avoir eu l'honneur et le privilège de mener une équipe remarquable. Malgré le nombre de plateformes à la disposition des chercheurs, la RISS se distingue et continue de servir de forum pour permettre aux jeunes chercheurs et auteurs en santé de faire part de leurs travaux à un vaste auditoire.

Bien que mes fonctions se terminent, l'avenir de la RISS est prometteur. Je suis heureuse de confier le rôle de rédactrice en chef à mon amie et collègue, Meghan McGee. Je suis persuadée que, durant son mandat, la revue atteindra un haut niveau d'excellence.



Julie Boucher, MSc

La Nécessité Des Approches Intersectionnelles en Santé: Le Cas de L'allaitement Maternel

Annick VALLIÈRES* ¹

¹ Étudiante, Université de Montréal, Canada

* *Auteur(e) correspondant* | *Corresponding author* : annick.vallieres@umontreal.ca

Abstract:
(translation)

Intersectionality is a concept that describes the various ways multiple forms of oppression or privilege are interconnected. Today, the concept also applies to the interconnection of different determinants of health in the study of health inequalities. This article describes the concept of intersectionality and how it relates to determinants of health by stating the factors that drive researchers to focus on intersectionality within the scope of determinants of health. It also explains how treating interconnected inequalities as multiple determinants affects people's health, and how intersectionality can fill the gaps in knowledge surrounding the health of marginalized groups and the general population. The example of breastfeeding is used to show how the intersectional analysis framework could benefit the advancement of knowledge on a specific topic. In conclusion, the article addresses the methodological challenges that are left to overcome to advance the knowledge in this area.

Keywords:

Intersectionality, determinants of health, inequalities, breastfeeding, methodology

Résumé :

L'intersectionnalité renvoie à des expériences différenciées en fonction de l'articulation de multiples formes d'oppressions ou de privilèges. Le concept est également repris aujourd'hui pour l'étude des inégalités en santé, le plus souvent en se basant sur l'intersection de différents déterminants de la santé. Dans ce texte, l'auteure présente tout d'abord brièvement le concept d'intersectionnalité, puis fait le lien avec les déterminants de la santé. Pour ce faire, l'auteure aborde les raisons qui poussent les chercheur(e)s à se concentrer sur l'intersectionnalité dans le domaine des déterminants de la santé. L'article explique comment le fait de considérer l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé; ainsi que comment l'intersectionnalité peut combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et de la population en général. De plus, l'auteure utilise l'exemple de l'allaitement maternel pour montrer de quelles manières le cadre d'analyse intersectionnelle pourrait être bénéfique pour l'avancement des connaissances sur un sujet précis. Pour conclure, l'auteure aborde les défis méthodologiques qu'ils restent à relever pour faire avancer les connaissances dans ce domaine.

Mots-clés :

Intersectionnalité, déterminants de la santé, inégalités, allaitement, méthodologie

Introduction

L'intersectionnalité peut être considérée à la fois comme une théorie, un cadre d'analyse et une praxis politique émancipatoire. Ce concept est repris aujourd'hui pour l'étude des inégalités en matière de santé, le plus souvent en utilisant l'intersection de différents déterminants sociaux de la santé comme base. Dans ce texte, nous aimerions tout d'abord présenter brièvement le concept d'intersectionnalité, puis faire le lien avec les déterminants de la santé. Pour ce faire, nous aborderons les raisons qui poussent les chercheur(e)s à accorder une importance à l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé. Nous verrons comment l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé et comment l'intersectionnalité peut venir combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et celle de la population en général. De plus, nous présenterons, à l'aide de l'exemple de l'allaitement maternel, de quelles manières les études sur les disparités dans les pratiques d'alimentation du nourrisson pourraient bénéficier d'un cadre d'analyse intersectionnelle, et ce, de façon concrète. Pour conclure, nous aborderons les défis méthodologiques qu'il reste à franchir pour faire avancer les connaissances dans ce domaine. L'objectif de ce texte est de faire découvrir la perspective intersectionnelle. Ainsi, nous n'identifierons pas d'emblée un déterminant de la santé puisque, comme nous le verrons, cette perspective appelle justement à aller bien au-delà de l'analyse d'un seul déterminant. Nous espérons ainsi susciter davantage de réflexions critiques face aux enjeux de la recherche en santé chez les lecteurs et les lectrices.

Les déterminants de la santé: Apports de l'intersectionnalité

L'intersectionnalité en tant que principe théorique renvoie à des expériences différenciées en fonction de l'articulation de multiples formes d'oppressions ou de privilèges. L'intersectionnalité tente ainsi de penser, dans leur co-construction, les catégories sociales de genre, de « race » [1], de classe, de statut de citoyenneté, de nationalité, d'âge, de sexualité, d'ethnicité, de capacité, et autres caractéristiques qui composent le positionnement social spécifique d'un individu ou d'un groupe. L'approche intersectionnelle permet de montrer qu'une femme, par exemple, n'est pas opprimée en tant que femme de la même façon selon qu'elle est noire ou blanche, riche ou pauvre, lesbienne ou hétérosexuelle (Carde, Bernheim, Bernier et Giguère, 2015). C'est à l'intersection de chacune de ces positions sociales qu'elle se trouve située dans l'espace social comme étant plus ou moins désavantagée par rapport à des femmes ou des hommes localisé(e)s différemment au sein des hiérarchies sociales. L'intersectionnalité est également comme objectif la justice sociale (Collins et Bilge, 2016; Rogers et Kelly, 2011; Christoffersen et Hanvisky, 2008) et tente de changer les situations pour les groupes marginalisés et opprimés en agissant, entre autres, sur les causes fondamentales des inégalités de santé (Link et Phelan, 1995), c'est-à-dire des injustices structurelles qui se trouvent en amont des individus. En résumé, la perspective intersectionnelle permet de postuler l'interaction des rapports sociaux « dans la production

et la reproduction des inégalités sociales » (Bilge, 2009a, p. 70), plutôt que d'analyser un seul rapport ou de les voir comme additionnés ou multipliés (Hancock, 2007).

La recherche sur les inégalités sociales connaît un changement majeur depuis les années 1980, avec l'élaboration d'une perspective intersectionnelle. Plusieurs chercheur(e)s tentent d'utiliser cette perspective spécifiquement pour analyser les inégalités en matière de santé, le plus souvent en utilisant l'intersection des déterminants sociaux de la santé comme base analytique (Mikkonen et Raphael, 2010; Marmot et Commission on Social Determinants of Health, 2007; Commission on Social Determinants of Health, 2009). La prémisse de ces chercheur(e)s est que l'articulation des inégalités en termes de « déterminants multiples » affecte la santé des populations de manière spécifique. Par exemple, une femme n'aurait pas la même qualité de vie, de santé ou de bien-être, qu'elle soit noire ou blanche, riche ou pauvre; c'est en interdépendance avec les autres déterminants que chacune de ces positions sociales contribue à la situer dans l'accès aux soins et aux ressources ainsi qu'à des conditions sociales favorables ou défavorables pour la santé (Carde, Bernheim, Bernier et Giguère, 2015). Dans cette section, nous tenterons de présenter les raisons pour lesquelles il s'avère essentiel d'accorder une plus grande importance à l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé.

Le champ des déterminants de la santé a déjà bien démontré comment le statut socio-économique, le niveau d'instruction et les conditions de travail influencent le gradient de santé (Marmot, 2004). Par contre, d'un point de vue intersectionnel, ces études sont insuffisantes. Il y a encore peu d'études qui explorent comment les « déterminants multiples » s'inscrivent dans le corps. La plupart des études réalisées sur les déterminants de la santé reconnaissent que le système de santé reproduit les inégalités sociales et les discriminations structurelles. On parle surtout d'inégalités en matière d'accès aux soins de santé ou bien d'inégalités de genre et de classe en matière d'état de santé (Lyer, Östlin et Sen, 2008), mais encore beaucoup d'efforts restent à faire pour bien comprendre l'« incorporation du social » (Fassin, 2000). Le temps semble être venu d'aller au-delà des analyses univariées et d'analyser les interactions pour mieux comprendre les sujets situés et comment ces interactions influencent la santé de manière positive ou négative. La perspective intersectionnelle appliquée à la santé reste un domaine d'études très récent qui peine encore à opérationnaliser les principes théoriques pour les appliquer à des recherches empiriques. Tout comme le fait le champ de recherche sur les déterminants de la santé, la perspective intersectionnelle tente de comprendre comment différents déterminants (le revenu et la situation sociale, l'emploi, les conditions de travail et le niveau d'instruction, par exemple) se croisent pour produire des effets atténuants ou aggravants pour la santé. Autrement dit, les études intersectionnelles en santé tentent de comprendre la façon dont la santé des individus est constituée par des forces structurelles (Mullings et Schulz, 2006).

L'intersectionnalité peut venir combler des lacunes sur les connaissances de la santé des groupes marginalisés et de la population en général. Le fait de reconnaître l'importance

de multiples catégories de l'identité sociale et de ne pas présumer *a priori* de la supériorité d'une catégorie sur une autre permet aux chercheur(e)s investis dans une perspective intersectionnelle de prendre en compte les intersections. Il peut en résulter une attention particulière portée aux groupes marginalisés. Ce nouveau regard a un grand potentiel pour apporter de nouvelles connaissances à la recherche sur les déterminants de la santé. L'idée est que l'on acquière une connaissance plus complète des processus déterminant la santé de groupes spécifiques en étudiant, par exemple, les femmes hispaniques pauvres, qu'en étudiant les femmes, les Hispaniques et les pauvres séparément.

Ensuite, on doit reconnaître que l'intersectionnalité va plus loin que la plupart des théories qui prétendent que les effets sur la santé peuvent être causés par un certain nombre de facteurs. En réalité, l'intersectionnalité affirme que de nombreux facteurs sont toujours en jeu. D'ailleurs, c'est pourquoi la méthodologie d'une approche intersectionnelle ne fait pas qu'ajouter des déterminants ou des variables aux recherches, mais cherche à conceptualiser l'aspect articulé, complexe et synergique des désavantages ou des avantages en matière de santé (Christoffersen et Hanvisky, 2008). Finalement, comme l'un des grands principes fondateurs de l'intersectionnalité est la justice sociale, cela nécessite un engagement de la part des chercheur(e)s à identifier et éliminer les inégalités (Rogers et Kelly, 2011). On peut affirmer qu'en cherchant à identifier les causes fondamentales des inégalités sociales de santé (Link et Phelan, 1995), cela permet d'orienter plus efficacement les services et les interventions pour les éliminer ou du moins, les atténuer. Pour illustrer l'apport de la pensée intersectionnelle pour l'étude des déterminants de la santé, nous utiliserons, dans la prochaine section, l'exemple de l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel au prisme de l'intersectionnalité

L'Organisation mondiale de la santé recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois postpartum. Cette norme de santé publique se fonde sur une série d'études démontrant les bénéfices pour la santé de l'enfant allaité ainsi que pour celle de la mère allaitante. La littérature suggère des disparités raciales, ethniques et classistes persistantes dans les pratiques d'allaitement maternel (initiation, durée et exclusivité). En effet, des écarts dans les taux d'allaitement maternel selon différents déterminants de la santé tels que le niveau d'éducation et le revenu par exemple, sont constatés (Belanoff, McManus, Carle, McCormick et Subramanian, 2012; Guttman et Zimmerman, 2000; Heinig et al., 2006; Milligan, Pugh, Bronner, Spatz et Brown, 2000; Smith, Hausman et Labbok, 2012) et interprétés par les autorités de santé publique comme des inégalités de santé. La littérature sur le sujet nous semble assez complète si l'on souhaite analyser les pratiques d'allaitement maternel selon différents déterminants de la santé, mais on en sait encore très peu sur l'articulation de ces déterminants.

Certaines études américaines analysant plusieurs facteurs laissent sous-entendre que les déterminants de l'alimentation du nourrisson pourraient s'influencer. Ces études nous offrent quelques pistes pour penser aux pratiques

d'allaitement maternel sous le prisme de l'intersectionnalité. Dans un contexte où certaines femmes font face à l'impossibilité de se prévaloir de congés de maternité, payés ou non, sur une période prolongée et compte tenu des contraintes associées à la combinaison de l'allaitement maternel et de l'emploi salarié, la ségrégation professionnelle par « race » et genre nous semble être un bon exemple dans lequel les rapports sociaux s'imbriquent. Les normes du marché du travail conçues sur l'expérience des travailleurs masculins (Gatrell, 2007) ne favorisent généralement pas l'allaitement maternel ou l'extraction du lait sur le lieu de travail. Plusieurs facteurs institutionnels tels que l'inflexibilité des horaires de travail, le nombre limité d'endroits appropriés pour extraire ou conserver le lait en toute intimité, et l'absence de garderie en milieu de travail, sont différents obstacles aux pratiques d'allaitement des femmes, et plus particulièrement les femmes racialisées. En effet, elles sont sous-représentées dans les postes haut placés, et ont ainsi moins accès à des lieux de travail ayant des conditions favorables à l'allaitement ou à l'extraction du lait. Les femmes dans les postes les plus défavorisés sur le marché du travail sont plus limitées en ce qui concerne le choix de la méthode d'alimentation du nourrisson que les femmes dans des postes haut placés. Ces dernières tendent à avoir un meilleur accès à des ressources matérielles sur le lieu de travail permettant d'intégrer l'allaitement ou l'extraction ainsi qu'un plus grand pouvoir de négociation pour demander ces ressources, en fonction de leur position dans l'entreprise. Selon Lucas et McCarter-Spaulding (2012), les différences socioéconomiques et raciales en emploi sont des facteurs contributeurs importants aux écarts raciaux et socioéconomiques dans les taux d'allaitement. D'ailleurs, le modèle théorique basé sur un cadre d'analyse socioécologique suggère que la « race », le statut socioéconomique, les caractéristiques d'emploi et les politiques publiques aux États-Unis interagissent pour créer une structure qui aide certaines femmes à combiner emploi rémunéré et allaitement, mais exclut les moins privilégiées, ce qui a pour effet d'exacerber les inégalités sociales dans l'initiation et la durée de l'allaitement. D'ailleurs, d'une façon similaire, Lubold et Roth (2012) ont confirmé dans leur étude, l'hypothèse selon laquelle les différences dans les taux d'allaitement selon la « race », l'ethnicité, l'état matrimonial, le statut socioéconomique et l'éducation étaient associées aux différences dans les milieux de travail des mères, tels que l'accès des mères à leur bébé durant les heures de travail et la possibilité d'avoir du temps et un espace pour extraire et conserver le lait maternel au travail. Ces auteures concluent que les politiques d'allaitement aux États-Unis avantagent certaines femmes tout en désavantagent d'autres femmes. Ici, on constate que les rapports inégalitaires de sexe, le niveau de revenu, le statut social, le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail sont plusieurs déterminants de la santé qui agissent en co-construction sur les privilèges et contraintes des pratiques d'allaitement. La perception par des femmes à faible revenu que l'allaitement maternel est un privilège de classe revient dans plusieurs études (Chin et Dozier, 2012; Lucas et McCarter-Spaulding, 2012; Chin et Solomonik, 2009; Guttman et Zimmerman, 2000).

En revanche, on constate dans d'autres études que les femmes de classe privilégiée, ayant des professions libérales, peuvent vivre elles aussi des expériences négatives avec l'allaitement maternel et faire face à d'autres types d'obstacles, mais que leur vécu a été négligé dans les

recherches (Avishai, 2007). L'analyse de Gatrell (2007) sur l'expérience de l'allaitement chez 20 femmes diplômées et retournant à une profession libérale ou un poste de gestion (avant un an post-partum) — soit un groupe de mères réputé pour avoir les taux d'initiation à l'allaitement les plus élevés — est l'une des études remédiant à cette lacune dans la littérature. Les résultats indiquent que la majorité des mères ont été obligées, en raison d'un environnement de travail hostile à l'allaitement maternel, à allaiter et extraire leur lait en secret dans les toilettes, ou encore, malgré leurs aspirations à continuer d'allaiter, de cesser totalement.

Quelques études américaines se sont intéressées à des groupes de femmes marginalisées à faible revenu dans différents secteurs des États-Unis, sans toutefois utiliser une perspective intersectionnelle. Par exemple, l'étude de Kaufman, Deenadayalan et Karpati (2010), bénéficierait d'une analyse sous le regard intersectionnel, mais arrive tout de même à des résultats intéressants pour nous permettre de voir certains enjeux qui pourraient être spécifiques en termes d'obstacles à l'allaitement. Cette étude porte sur les pratiques d'allaitement chez 28 familles afro-américaines et portoricaines à faible revenu des quartiers nord et central de Brooklyn. Cette étude permet de constater que les difficultés avec l'allaitement en public sont fortes dans cet échantillon pour lequel l'exposition des seins durant l'allaitement est vue comme un acte sexuel, immoral et décadent. L'allaitement en public est perçu si négativement que les femmes se sentent « séquestrées » à la maison puisqu'elles ne peuvent pas intégrer leur allaitement maternel dans leurs routines quotidiennes, ce qui le rend difficile à maintenir. Toutefois, ce qui s'avère spécifique est que la séquestration elle-même devient problématique et impraticable puisque plusieurs de ces femmes à faible revenu rapportent vivre dans des appartements dans lesquels il manque des portes et où le partage de chambre à coucher avec d'autres membres de la famille est courant. Ici, on constate que les rapports de sexe s'entremêlent avec la culture, les inégalités de revenus et le faible soutien social de la communauté par rapport à l'allaitement maternel. L'intimité impossible en raison de la précarité économique s'ajoute à la sexualisation des seins qui fait de l'allaitement devant les autres un acte inapproprié. Malheureusement, ce type d'étude se concentrant uniquement sur un groupe précis ne nous permet pas de comparer avec les pratiques et les discours des femmes blanches et/ou de classe sociale supérieure.

Nous supposons que les résultats de ces études non seulement nous donnent des informations sur les contextes sociaux différenciés dans lesquels les femmes allaitent, mais nous indiquent également les possibilités offertes aux différents groupes de femmes dans notre société qui peuvent contraindre ou faciliter leurs comportements maternels. L'application d'une perspective intersectionnelle à l'étude des pratiques d'allaitement maternel permettrait de combler les lacunes théoriques sur l'articulation des différents rapports sociaux inégalitaires à l'œuvre dans les contraintes à l'allaitement. En effet, envisager l'allaitement au prisme des théories intersectionnelles nous amène à le conceptualiser comme produit par un ensemble d'inégalités sociales articulées les unes aux autres. Cette approche permettra ainsi d'outrepasser les limites de l'approche univariée qui caractérise la plupart des études portant sur les inégalités sociales dans la pratique de l'allaitement.

Quelques considérations méthodologiques

Passons maintenant aux défis et enjeux méthodologiques qu'implique une perspective intersectionnelle pour les recherches sur les inégalités sociales de santé. Les défis méthodologiques constituent l'un des obstacles majeurs pour l'avenir de la recherche intersectionnelle en santé. Il faut déterminer comment transformer une perspective qui a été conçue principalement comme un cadre analytique en une approche qui peut examiner empiriquement les interactions multiples des déterminants de la santé. Soulignons d'emblée que peu d'auteur(e)s se sont penchés sur les enjeux méthodologiques pour l'étude de l'intersectionnalité (Bauer, 2014; Bilge, 2009b; Bowleg, 2008; Cuadraz et Uttal, 1999; Dubrow, 2013; McCall, 2005; Spierings, 2012; Maillé, 2015).

Dans la littérature, on constate que l'intersectionnalité a une tradition de recherches largement ancrées dans les méthodologies qualitatives (Hunting, 2014). Toutefois, nous observons également que, depuis quelques années, le nombre d'études quantitatives augmente sensiblement (Rouhani, 2014). Il y a une petite, mais grandissante, littérature qui utilise des techniques statistiques sur les enquêtes de données nationales et transnationales (Dubrow, 2013). Les méthodes mixtes de recherche, quant à elles, restent encore peu utilisées dans les recherches intersectionnelles (Grace, 2014; Perry, 2009). Pourtant, l'intersectionnalité et la mixité des méthodes en recherche ont des principes en commun. Le sociologue Garry K. Perry (2009) souligne les similarités entre les positions fondamentales des théories intersectionnelles et la tradition des méthodes mixtes en recherche. Il met en évidence les points communs sur lesquels les postulats fondamentaux des traditions de l'intersectionnalité et des méthodes mixtes en recherche sont enracinés, tels que l'engagement face à une enquête holistique et l'interaction entre l'agentivité et les structures systémiques. La vision partagée met également de l'avant la critique, d'un côté, des approches à méthode unique, et de l'autre côté, des analyses d'un seul axe d'oppression (plutôt que de considérer les catégories de genre, de « race », de classe et autres caractéristiques dans leur co-construction) comme étant insuffisantes.

Il faut également souligner que l'application de l'intersectionnalité à l'analyse quantitative pose certains défis. D'abord, certains auteurs croient que les sondages et les données d'enquête sont, de manière inhérente, incapables de rendre compte des intersections, de la complexité et des nuances dans les expériences vécues des inégalités sociales de santé. Certains auteurs affirment que les méthodes quantitatives renforcent le statu quo en partant d'un paradigme positiviste et d'un biais androcentrique (Harding, 1991). Comme le souligne l'expression célèbre d'Audre Lorde : « master's tools will never dismantle the master's house » (1984, p. 111), les bases des méthodes quantitatives ne reflètent pas les hypothèses de l'intersectionnalité. Par contre, la sociologue Sharlene Nagy Hesse-Biber nuance en distinguant la méthode et la méthodologie et en rappelant que les méthodes sont au service des méthodologies (2010). Pour cette auteure, une méthode n'est pas en soi féministe ou androcentrique; c'est l'utilisation qui en est faite, en lien avec les objectifs de la recherche, qui détermine si une méthode est féministe ou intersectionnelle. La méthodolo-

gie est envisagée comme un pont théorique qui connecte un problème de recherche avec une méthode particulière de recherche. Une perspective méthodologique précise conduit le chercheur à poser certaines questions de recherche et à prioriser des enjeux et des objectifs de recherche qui lui apparaissent importants. Sharlene Nagy Hesse-Biber (2010) affirme donc qu'une même méthode quantitative peut à la fois être utilisée pour promouvoir la justice sociale et le changement social ou maintenir le statu quo selon les convictions méthodologiques des chercheur(e)s et les buts de la recherche. Dans une étude intersectionnelle, la combinaison des méthodes permet de discerner les voix des femmes ou des personnes minorisées en interrogeant les différences possibles entre les résultats qualitatifs et quantitatifs. Ces différences démontrent que les connaissances sont partielles et situées socialement. Bref, sans être « meilleure » ou « plus féministe », chaque méthode apporte, à notre avis, un différent « knowledge standpoint » qui peut être pertinent pour une étude intersectionnelle (Hesse-Biber, 2010). De ce fait, il ne s'agit pas d'exclure complètement les outils du maître, mais bien de se les approprier et de ne pas jouer en quelque sorte le jeu de ses outils. Notamment en évitant de s'appuyer sur l'argument de la reconnaissance pour argumenter l'utilisation des méthodes quantitatives (ou mixtes).

En effet, plusieurs auteurs (Dubrow, 2013; Spierings, 2012; Hesse-Biber, 2010) utilisent la reconnaissance comme argument pour encourager les chercheur(e)s travaillant sur les enjeux touchant les femmes ou les groupes minorisés à mobiliser des méthodes quantitatives ou mixtes. Ces auteurs affirment que l'ajout d'une méthode quantitative donnerait plus de crédibilité, de valeur et même de légitimité à ces études. Ce type d'argument, pour faire valoir l'utilisation des méthodes quantitatives ou des méthodes mixtes dans le champ de l'intersectionnalité, est en soi problématique puisqu'il se base sur une vision particulière, réductrice et biaisée de la production et la valorisation des savoirs scientifiques. Bref, il est possible d'utiliser les outils du maître sans jouer le jeu du maître, et en restant critique et réflexif face à ceux-ci.

De plus, il y a un écart entre les principes théoriques de l'intersectionnalité et les méthodes quantitatives. Les méthodes quantitatives elles-mêmes renferment des contraintes ne permettant pas de bien rendre compte de l'intersectionnalité. En termes de statistiques, les méthodes d'analyse quantitative requièrent habituellement l'usage des effets d'interaction qui vont au-delà du modèle additif linéaire (McCall, 2005). Cependant, les méthodes quantitatives souhaitent adopter une perspective intersectionnelle font souvent face au problème du trop petit nombre de cas (Bowleg, 2008; Dubrow, 2013; Spierings, 2012). En effet, plus il y a d'intersections entre les variables incluses dans le modèle, moins il y a de nombre de cas correspondants à cette combinaison de variables, ce qui peut avoir un effet sur la puissance statistique (Rouhani, 2014, p. 12). Ceci pose un problème puisque les interactions sont tributaires de la taille des effets principaux de l'analyse conduite en premier lieu. Comme la signification des termes d'interaction influe, en partie, selon la taille des effets principaux, augmenter la taille de l'échantillon peut améliorer les chances de découvrir une signification statistique de termes d'interaction (Rouhani, 2014). Ainsi, Rouhani

(2014) conseille de limiter le nombre d'interactions et le contenu des intersections, c'est-à-dire créer des modèles utilisant seulement des catégories d'interactions qui ont une taille suffisante pour analyser des tableaux croisés, des corrélations et d'autres procédures statistiques utiles. Bref, pour conduire une recherche sous une perspective intersectionnelle, on constate que des précautions méthodologiques et des stratégies d'analyse s'avèrent nécessaires pour les recherches quantitatives, mais c'est également le cas pour les recherches mixtes et qualitatives (Bilge, 2009b; Cuadraz et Uttal, 1999; Hunting, 2014).

Conclusion

Pour conclure, on constate qu'il n'y a pas de façon unifiée et prédéfinie pour mener des recherches sur l'intersectionnalité dans le champ des déterminants de la santé. En fait, la littérature illustre plutôt l'éventail des façons dont une perspective intersectionnelle peut être appliquée. Malgré l'apport de la théorie de l'intersectionnalité dans le domaine des recherches en santé depuis une dizaine d'années, il s'agit d'un cadre d'analyse relativement sous-utilisé. Cette sous-utilisation n'est bien entendue pas étrangère aux défis méthodologiques qui freinent l'avancement des connaissances dans ce champ d'études. Comme le montre l'exemple de l'allaitement maternel, la perspective intersectionnelle qui permet d'explorer l'interaction des déterminants de la santé amène une nouvelle façon d'envisager les inégalités sociales de santé qui va au-delà de la simple addition ou multiplication des facteurs influençant la santé d'un individu. Nous pensons que ce changement de perspective peut permettre d'orienter le débat vers le système social qui échoue à soutenir les femmes allaitantes ainsi que vers les obstacles qui les empêchent de réaliser leurs objectifs d'allaitement. Force est de constater que les approches intersectionnelles permettent de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé en pensant aux manières dont leur interdépendance produit des effets atténuants ou aggravants pour la santé. Nous avons espoir que l'introduction du concept d'intersectionnalité peut apporter davantage de réflexivité à la recherche en santé.

Références

- Avishai, O. (2007). Managing the lactating body: The breast-feeding project and privileged motherhood. *Qualitative Sociology*, 20(2), 135-152.
- Bauer, G. (2014). Incorporating intersectionality into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science and Medicine*, 110, 10-17.
- Belanoff, C. M., McManus, B. M., Carle, A. C., McCormick, M. C., et Subramanian, S. V. (2012). Racial/ethnic variation in breastfeeding across the US: A multilevel analysis from the National Survey of Children's Health, 2007. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), S14-S26.
- Bilge, S. (2009a). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 225, 70-88.

- Bilge, S. (2009b). *Smuggling intersectionality into the study of masculinity: Some methodological challenges*. Presented at the Feminist Research Methods: An International Conference, University of Stockholm.
- Bowleg, L. (2008). When Black + lesbian + woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59(5-6), 312-332.
- Carde, E. (2011). La race, de la catégorie sociale à l'objet d'étude épidémiologique. Dans G. Canselier et S. Desmoulin-Canselier (dir.), *Les catégories ethno-racialisées à l'ère des biotechnologies. Droit, sciences et médecine face à la diversité humaine*, (vol. 24, p. 77-88). Paris, France: Société de législation comparée.
- Carde, E. Bernheim, E., Bernier, D. et Giguère N. (2015). L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires: Intersectionnalité, inégalités sociales et santé. *Revue du CREMIS*, 8(2), 22-27.
- Chin, N. et Dozier, A. M. (2012). The dangers of baring the breast: Structural violence and formula-feeding among low-income women. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 64-73). New-Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Chin, N. P. et Solomonik, A. (2009). Inadequate: A metaphor for lives of low-income women? *Breastfeeding Medicine*, 4(suppl. 1), S41-S43.
- Christoffersen, A. et Hankivsky, O. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283.
- Collins, P. H. et Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Marmot, M., Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Cuadraz, G.H. et Uttal L. (1999). Intersectionality and in-depth interviews: Methodological strategies for analyzing race, class, and gender. *Race Gender Class*, 6(3), 156-181.
- Dubrow, J. (2013). Why should we account for intersectionality in quantitative analysis of survey data? Dans V. Kallenberg, J. Meyer et J. M. Müller (dir.), *Intersectionality und Kritik* (p. 161-177). Wiesbaden, Germany: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, France: Karthala.
- Gatrell, C. J. (2007). Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science and Medicine*, 65(2), 393-404.
- Grace, D. (2014). *Intersectionality-informed mixed methods research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Guttman, N. et Zimmerman, D. R (2000). Low-income mothers' views on breastfeeding. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1457-1473.
- Hancock, A. M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79.
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hausman, B. L., Smith, P. H., et Labbok, M. (2012). Introduction: Breastfeeding constraints and realities. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 1-11). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Heinig, M. J., Follett, J. R., Ishii, K. D., Kavanagh-Prochaska, K., Cohen, R., et Panchula, J. (2006). Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *Journal of Human Lactation*, 22(1), 27-38.
- Hesse-Biber, S. N. (2010). *Mixed methods research: Merging theory with practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Hunting, G. (2014). *Qualitative intersectionality-informed research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Jones, C. P. (2001). Race, racism, and the practice of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 154(4), 299-304.
- Kaufman, L., Deenadayalan, S., et Karpati, A. (2010). Breastfeeding ambivalence among low-income African American and Puerto Rican women in north and central Brooklyn. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 696-704.

- Link, B. G. et Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- Lorde, A. (2007). The master's tools will never dismantle the master's house [1984]. Dans A. Lorde et C. Clarke, *Sister outsider: Essays and speeches* (p.110-114). Berkeley, CA: Crossing Press.
- Lubold, A. M. et Roth, L. M. (2012). The impact of workplace practices on breastfeeding experiences and disparities among women. Dans P.H. Smith, B.L. Hausman et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 157-166). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Lucas, J. C. et McCarter-Spaulding, D. (2012). Working out work: Race, employment, and public policy. Dans P. H. Smith, B. L. Hausman, et M. Labbok (dir.), *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities* (p. 144-156). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Lyer, A., Östlin, P., et Sen, G. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3(S1), 13-24.
- Maillé, C. (2015). Approche intersectionnelle, théorie post-coloniale et questions de différences dans les féminismes anglo-saxons et francophones. Dans A. Maillé et N. Hamrouni (dir.), *Le sujet du féminisme est-il blanc? Femmes racisées et recherche féministe* (p. 1-29). Montréal, Canada: Éditions Remue-Ménage.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York, NY: Henry Holt and Company.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771-1800.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes*. Toronto, Canada: York University.
- Milligan, R. A., Pugh, L. C., Bronner, Y. L., Spatz, D. L., et Brown, L. P. (2000). Breastfeeding duration among low income women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 246-252.
- Mullings, L., et Schulz, A. J. (2006). Intersectionality and health: An introduction. Dans A. J. Schulz et L. Mullings (dir.), *Gender, Race, Class and Health: Intersectional Approaches* (p. 3-15). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Poiret, C. (2011). Les processus d'ethnisation et de raci (ali)sation dans la France contemporaine: Africains, Ultramarins et « Noirs ». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 27(1), 107-127.
- Perry, G. K. (2009). Exploring occupational stereotyping in the new economy: The intersectional tradition meets mixed methods research. Dans M. T. Berger et K. Guidroz (dir.), *The intersectional approach: Transforming the academy through race, class and gender* (p. 229-245). Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Rogers, J. et Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397-407.
- Rouhani, S. (2014). *Intersectionality-informed quantitative research: A primer*. Vancouver, Canada: The Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.
- Spierings, N. (2012). The inclusion of quantitative techniques and diversity in the mainstream of feminist research. *European Journal of Women's Studies*, 19(3), 331-347.
- [1] Par « race », nous désignons le produit d'une catégorisation sociale, et aucunement naturelle, basée sur des phénotypes qui entraîne des différences profondes en termes de chances et de privilèges dans la société (Carde, 2011; Jones, 2001). La « race » désigne en fait l'identité socialement imposée, c'est-à-dire le résultat du processus de construction des catégories : la racialisation. Les sociologues utilisent donc le terme individu ou groupe « racialisé » ou « racisé » pour faire référence à ce processus de catégorisation sociale (Poiret, 2011).

Sortir de la Prostitution de Rue au Canada: L'approche Transdisciplinaire du Modèle Intégré en Santé des Populations

Émilie LESSARD* ¹

¹ Étudiante, Université d'Ottawa, Canada

* *Auteur(e) correspondant* | *Corresponding author* : eless005@uottawa.ca

Abstract:
(translation)

This article examines the influence of social determinants of health on the entry into, the continuance in, and the exit out of street-level prostitution in Canada. The complexity of street-level prostitution in young women creates multiple challenges in implementing a theoretical model to identify issues affecting the health of prostituted women. Street-level prostitution, being closely linked to substance abuse and homelessness, leads to increased health risks associated with drug dependence, sexually transmitted and blood-borne infections, mental health problems, increased exposure to physical, emotional and sexual abuse, and a high mortality rate. It is imperative to establish a transdisciplinary theoretical model to understand the entry, the continuance and the exit mechanisms of prostitution to better target preventative interventions and better support women wishing to leave street-level prostitution. The transdisciplinary approach also aims to provide courses of intervention for leaving the prostitution system and for guiding future research.

Keywords:

Street prostitution, young women, street youth, social determinants of health, Canada

Résumé :

Cet article examine l'influence des déterminants sociaux de la santé sur les trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution de rue au Canada. La complexité de la problématique de la prostitution de rue chez les jeunes femmes entraîne de multiples défis quant à la mise en place d'un modèle théorique permettant de cerner les enjeux relatifs à la santé des femmes prostituées. La prostitution de rue étant fortement liée à la toxicomanie et à l'itinérance, entraînant une augmentation des risques de problèmes de santé associés à l'abus de substance, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, à des problèmes de santé mentale, une exposition accrue à la violence physique, émotionnelle et sexuelle et à un taux de mortalité élevé. Il est impératif d'établir un modèle théorique transdisciplinaire permettant de saisir les mécanismes d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution, afin de mieux cibler les interventions en matière de prévention et pour mieux soutenir les femmes désirant quitter la prostitution de rue. De plus, l'approche transdisciplinaire vise à fournir des pistes d'interventions pour promouvoir la sortie du système prostitutionnel et pour guider les recherches futures.

Mots-clés :

Prostitution de rue, jeunes femmes, jeunes de la rue, déterminants sociaux de la santé, Canada

Introduction

La prostitution de rue connaît un regain d'activité parmi les jeunes femmes en situation d'itinérance au Canada, où la prostitution se définit par le fait d'échanger une faveur sexuelle contre de l'argent, des cadeaux, de la nourriture, un abri, des vêtements ou de la drogue (UNAID, 2014; Provencher, Côté, Blais et Manseau 2013). Par conséquent, on note une augmentation des risques de problèmes de santé associés à l'abus de substance, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, à des problèmes de santé mentale, une exposition accrue à la violence physique, émotionnelle et sexuelle, et à un taux de mortalité élevée (Chettiar, Shannon, Wood, Zhang et Kerr, 2010). La population des jeunes de 15 à 24 ans en situation d'itinérance au Canada a été estimée à 150 000 en 1985 et depuis, aucun recensement complet de cette population n'a été effectué (Agence de la santé publique du Canada, 2006; DeMatteo et al., 1999). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2006), il y aurait entre 12% et 32% des jeunes de la rue ayant recours au travail du sexe comme moyen de subsistance. En plus des risques pour la santé mentionnés ci-haut, la prostitution de rue chez les jeunes femmes entraîne une marginalisation sociale, une perte du capital social, un plus faible taux de scolarisation, une diminution des opportunités d'emplois et entraîne de profonds stigmas sociaux (Chettiar et al., 2010). D'ailleurs, l'étude de cohorte prospective menée auprès des jeunes de 14 à 26 ans entre 2005 et 2007 à Vancouver, démontre que 11% des jeunes femmes ont été initiées à la prostitution de rue entre l'âge de 14 et 17 ans (Chettiar et al., 2010). Vu leur très jeune âge, l'entrée dans la prostitution et l'itinérance peuvent avoir de graves répercussions sur la santé de ces jeunes femmes, et ce, pour la durée de leur vie. Cet article discutera des déterminants sociaux à la base des trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution, avec un accent sur le genre féminin comme construction sociale et le capital social. Finalement, un modèle théorique transdisciplinaire pour l'étude de la trajectoire de sortie de la prostitution sera proposé.

Problématique

La problématique de la prostitution est complexe, car les causes sont multifactorielles incluant la toxicomanie, la pauvreté, les dynamiques familiales et la santé mentale. De plus, plusieurs déterminants sociaux de la santé (DSS) sont en lien avec cette problématique tels que: le genre, la culture, l'éducation, la littératie en santé, les habitudes de vie, le capital social, l'environnement physique, le développement de l'enfant et les capacités d'adaptation. Pour ces raisons, les coûts associés à la problématique de la prostitution sont difficilement quantifiables, étant donné ses liens avec les problématiques de toxicomanie, de pauvreté et d'itinérance entre autres. Par contre, il est possible d'imaginer un lourd impact socioéconomique en tenant compte des ressources mobilisées pour les soins de santé, les programmes sociaux, le système judiciaire et les prisons. Farley, Lynne et Cotton (2005) rapportent des chiffres inquiétants concernant la santé et la sécurité des femmes confrontées à la problématique de la prostitution de rue au Canada, indiquant l'urgence d'agir pour les jeunes femmes qui s'adonnent à cette forme de prostitution. Bien que les données présentées concernent autant les femmes autoch-

tones que les femmes non autochtones du Canada, dont la moyenne d'âge est de 28 ans, elles fournissent un aperçu de l'avenir des jeunes femmes entrant dans la prostitution de rue. Sur les cent femmes interviewées, 95% affirment vouloir quitter la prostitution, 90% ont été agressés physiquement, 78% ont été agressés sexuellement dans le cadre de leur travail, 72% satisfont les critères du DSM-IV pour le syndrome du stress post-traumatique et 88% affirment vouloir cesser de consommer de la drogue (Farley, Lynne et Cotton, 2005). Les travaux de Pheterson (1996) dressent une liste des problèmes de santé des femmes prostituées qui comprend: de l'épuisement, des maladies virales fréquentes, des infections transmises sexuellement, des infections vaginales, des maux de dos et de tête, de l'insomnie, des maux d'estomac et des troubles alimentaires. Finalement, le tableau est complété par un taux de mortalité quarante fois plus élevé chez les femmes prostituées comparativement à la moyenne nationale canadienne (Farley, Lynne et Cotton, 2005).

Pour les besoins de cet article, seul le travail du sexe chez les jeunes femmes de la rue sera examiné. Pour ce faire, l'application du modèle théorique intégré pour l'étude des mécanismes d'entrée et de sortie de la prostitution sera proposée. Il est impératif d'établir un modèle théorique transdisciplinaire permettant de saisir les mécanismes d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution, afin de mieux cibler les interventions en matière de prévention et pour mieux soutenir les femmes désirant quitter la prostitution de rue. De plus, l'approche transdisciplinaire vise à fournir des pistes d'interventions pour promouvoir la sortie du système prostitutionnel et pour guider les recherches futures.

Les trajectoires d'entrée et de sortie de la prostitution

D'abord, le travail du sexe chez les jeunes femmes de la rue s'impose comme une stratégie de survie dans un contexte de grande précarité économique (Provencher et al., 2013). Cette stratégie de survie n'est pas exclusive aux femmes, mais les probabilités d'avoir recours à la prostitution comme stratégie de survie sont beaucoup plus grandes chez les jeunes femmes et cela représente une inégalité sociale propre au genre féminin (Chettiar et al., 2010; Maher, 2000; Shannon, Kerr, Allinott, Chettiar, Shoveller et Tyn-dall, 2008). C'est dans cette perspective que seront examinées les trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution de rue.

Les trajectoires d'entrée

Par ailleurs, le concept des trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution est essentiel pour analyser les liens entre les déterminants sociaux de la prostitution et le modèle théorique intégré qui seront discutés dans la prochaine section. L'étude de Provencher, Côté, Blais et Manseau (2013) établit deux possibilités conduisant à la trajectoire d'entrée dans la prostitution: i) la sortie forcée du nid familial causé par des conflits, de la violence ou de l'abandon et ii) l'attirance envers la marginalité, qui s'explique par un besoin d'autonomie, d'émancipation et par la

quête d'une expérience identitaire. Plusieurs études font le constat que la grande majorité des femmes prostituées ont été victimes d'agressions sexuelles à de multiples reprises durant l'enfance, ce qui est perçu comme un des mécanismes d'entrée dans la prostitution (Farley, Lynne et Cotton, 2005). Par exemple, l'anthropologue Rose Dufour (2005) estime que 85% des femmes prostituées ont été abusées sexuellement durant l'enfance au Québec, tandis que l'étude de Farley, Lynne et Cotton (2005) établit ce nombre à 82% au Canada, affirmant le lien entre l'inceste, l'abus sexuel, le viol et la prostitution. Ces données expliquent en grande partie la sortie forcée du nid familial, qui est la trajectoire menant à la prostitution la plus empruntée. Néanmoins, les deux possibilités de la trajectoire d'entrée ont en commun un passage obligé dans l'itinérance, qui entraîne des conditions de vie précaires et une absence de moyens de subsistance qui influencent le choix de la prostitution comme stratégie de survie (Provencher et al., 2013). L'étude de Provencher, Côté, Blais et Manseau (2013) rappelle que l'entrée dans la prostitution est influencée par la disponibilité et l'efficacité économique de cette stratégie et que plus le séjour dans la rue des jeunes femmes est long, plus les risques de recourir à la prostitution sont grands. Pour ces raisons, nous pouvons considérer l'inceste, les agressions sexuelles subies durant l'enfance et l'attirance envers la marginalité comme des mécanismes de production de la prostitution. À leur tour, ces mécanismes prennent racine dans les DSS: le genre, l'âge, le développement de l'enfant, le statut socioéconomique, l'éducation, l'environnement physique et la culture.

Les trajectoires de sortie

En ce qui concerne les trajectoires de sortie, l'étude de Provencher, Côté, Blais et Manseau (2013) a pour but de « décrire l'articulation entre les trajectoires d'entrée et de sortie de la prostitution chez les jeunes femmes en situation de rue » (p.96), par des récits de vie recueillis auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans fréquentant les ressources d'hébergement à Montréal. Pour ce qui est de la trajectoire de sortie, ils ont repéré plusieurs thèmes communs aux récits de vie permettant d'établir des éléments d'analyse. Les auteurs mettent de l'avant une prise de conscience de la part des jeunes femmes, leur permettant de constater que les avantages de la prostitution sont plus faibles que les désavantages occasionnés (Provencher et al., 2013). Chez les jeunes femmes qui ont cessé de se prostituer, on remarque un événement-clé permettant de rompre avec les conditions de vie qui ont marqué leur entrée dans la prostitution: une rupture avec le partenaire amoureux ou le proxénète, une rencontre significative avec un intervenant ou un médecin, un nouvel amoureux, ou un arrêt de consommation (Provencher et al., 2013). Étant donné le peu d'études concernant les trajectoires de sortie de la prostitution, malgré le besoin justifié par les nombreux problèmes de santé et de sécurité des femmes prostituées, un modèle d'étude des trajectoires de sortie de la prostitution sera proposé pour pallier à ce manque (Figure 1).

Modèles théoriques en santé des populations

Kindig et Stoddart (2002) définissent la santé des populations comme l'étude de l'état de santé d'un groupe d'indi-

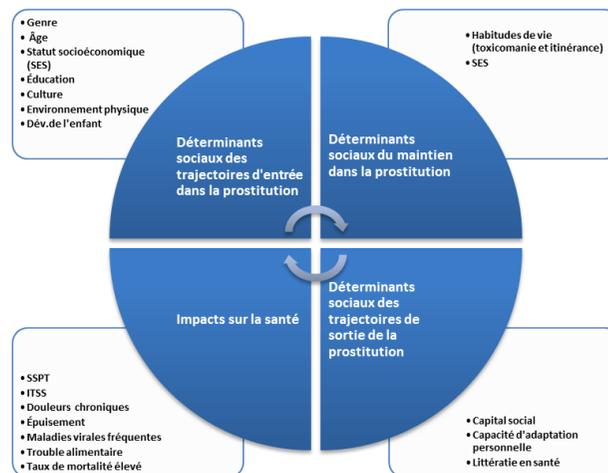


Figure 1

Schématisme conceptuelle de l'influence des déterminants sociaux de la santé sur les trajectoires d'entrées, de maintien et de sorties de la prostitution et les impacts sur la santé.

vidus, incluant la distribution de l'état de santé à l'intérieur de ce groupe. La complexité de la problématique de la prostitution constitue un défi pour l'application des cadres théoriques existants en santé des populations. Afin d'étudier la prostitution et ses impacts sur la santé, il faut examiner les liens entre les DSS et leurs influences dans la trajectoire d'entrée et de sortie de la prostitution, dans le but d'établir des politiques de prévention et des interventions visant à soutenir la sortie du système prostitutionnel. L'absence d'un cadre théorique pour étudier les trajectoires de sortie de la prostitution peut expliquer pourquoi elles sont peu étudiées, et par le fait même, justifie l'orientation du cadre théorique vers cet aspect de la problématique.

Pour tenir compte de la complexité et des obstacles à la trajectoire de sortie, Baker, Dalla et Williamson (2010) proposent un modèle intégré en six phases, fruit d'une synthèse de quatre modèles théoriques empruntés à la santé publique et aux études de la prostitution (Figure 2). En combinant le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1992), le modèle du rôle de sortie (exit role) de Fuchs Ebaugh (1988), qui s'applique aux rôles hautement stigmatisants, le modèle du Matthew Effect de Vanwesenbeeck (1994) et la typologie de la transition de Sanders (2007), les auteurs proposent d'examiner la trajectoire de sortie par une synthèse des modèles discutés (Baker, Dalla et Williamson, 2010).

En partant du modèle transthéorique, le modèle intégré ajoute plusieurs couches de complexité pour tenir compte des facteurs et des obstacles spécifiques à la sortie de la prostitution (Baker, Dalla et Williamson, 2010). Les auteurs ont remplacé la phase de la précontemplation par la phase d'immersion, qui est le point de départ du modèle, faisant référence au fait que la femme est totalement immergée dans le milieu de la prostitution, sans aucun désir ou conscience du besoin de changer (Baker, Dalla et Williamson, 2010).

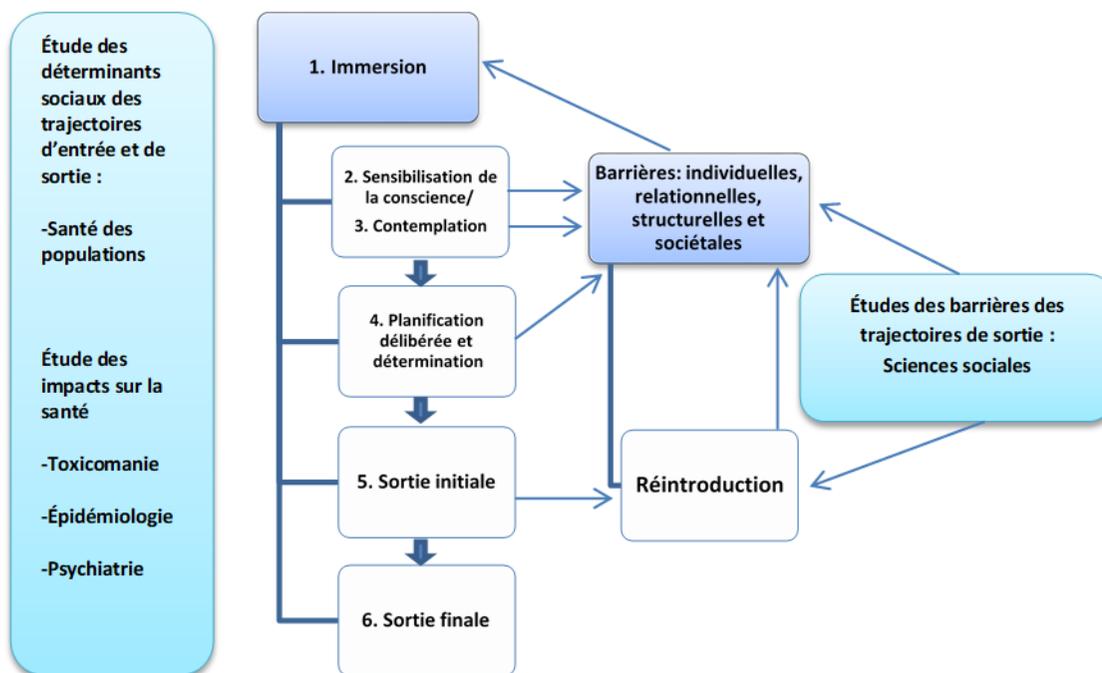


Figure 2

Proposition du modèle théorique intégré transdisciplinaire pour l'étude des trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution en santé des populations. Adaptée avec permission de « Exiting prostitution: An integrated model, » par L. M. Baker, R. L. Dalla et C. Williamson, 2010, *Violence against Women*, 16(5), p. 591. © SAGE Publications, 2010.

En premier lieu, les stades du processus de changement du modèle transthéorique comprennent les six stades initiaux établis par Prochaska et DiClemente (1992) : i) pré-contemplation: inconscience du problème et résistance à reconnaître ou modifier le comportement; ii) contemplation: la conscience du problème émerge et le changement de comportement est envisagé; iii) préparation: de petits changements avec l'intention d'agir dans un avenir rapproché sont observés; iv) action: ajustement du comportement, des expériences ou de l'environnement pour agir sur la problématique avec atteintes des objectifs; v) maintien (après 6 mois): le but est de conserver les acquis du changement de comportement pour éviter une récurrence. La résilience correspond à la sixième phase, où la personne n'a plus de tentations envers le comportement problématique (Nutbeam, Harris et Wise, 2010).

Ensuite, le modèle du rôle de sortie de Fuchs Ebaugh (1988) implique un processus social qui s'effectue dans le temps, se déclinant en quatre phases qui sont superposées aux stades du modèle transthéorique: i) les premiers doutes: ils se manifestent par une insatisfaction envers le rôle occupé et par la conscience que les désavantages sont plus nombreux que les avantages. Une recherche d'aide et de soutien est amorcée et un accueil positif permet de renforcer le désir de changement; ii) la recherche d'alternatives: la personne commence à s'identifier aux valeurs, aux normes et aux attentes du groupe auquel elle désire se joindre; iii) moment décisif: un événement spécifique ou une culmination d'événements qui justifient la sortie de la prostitution (arrêt de consommation, maternité, nouvel amoureux, etc.). Cette phase a pour fonction de mobiliser les ressources émotionnelles et sociales pour compléter la sortie; iv) la création

d'une nouvelle identité: une distance émotionnelle est entreprise face à l'ancien rôle (ex-prostituée) et la construction d'une nouvelle identité débute (Baker, Dalla et Williamson, 2010). Il importe de miser sur cette étape, en renforçant les mesures et en fournissant des moyens permettant la construction d'une nouvelle identité.

Les éléments retenus du modèle du Matthew Effect de Vanwesenbeeck (1994) sont relatifs aux interactions favorables ou défavorables entre l'individu et son environnement. C'est -à-dire comment les facteurs individuel, relationnel et structurel tels que le travail, l'éducation, le logement, et le réseau social peuvent influencer positivement ou négativement la trajectoire de sortie des femmes (Baker, Dalla et Williamson, 2010). Le Matthew Effect mise sur l'analyse du soutien social, particulièrement celui du conjoint et des enfants, dans la mise en œuvre du plan d'action de la trajectoire de sortie, identifiant de même coup les faiblesses relatives au manque de capital social (Baker, Dalla et Williamson, 2010).

Finalement, la typologie de la transition de Sanders (2007) n'est pas un modèle en soi, mais ajoute une dimension descriptive des différentes trajectoires de sortie de la prostitution. Sanders (2007) identifie quatre types de trajectoires de sortie: i) la voie réactionnaire répondant à un événement positif ou négatif significatif; ii) la planification graduelle survenant sur une période plus ou moins longue de temps, délaissant graduellement la prostitution jusqu'à l'arrêt; iii) la progression naturelle: impliquant un moment décisif suite aux nombreux échecs des traitements de désintoxication causant des allers-retours dans la prostitution,

l'historique de violence et le constat que le choix de vie ne convient plus; iv) l'effet yoyo: impliquant de fréquents mouvements d'entrées et de sorties principalement dus à la consommation de drogue et aux incursions dans le milieu carcéral.

Disparité du savoir

Le modèle intégré retient les forces des modèles mentionnés et en améliore les faiblesses pour être en mesure de saisir et de comprendre les mécanismes spécifiques des trajectoires de sortie de la prostitution. Ce modèle transdisciplinaire permet de prendre en compte la complexité de la trajectoire de sortie en tenant compte des obstacles et en ajoutant une dimension cyclique au modèle transthéorique. Le modèle intégré a pour contrainte de se limiter uniquement aux femmes et à la prostitution de rue et il limite la compréhension des multiples facteurs qui conduisent une femme à pratiquer la prostitution. Cependant, le modèle intégré laisse place à la transdisciplinarité et c'est dans cette optique que l'étude des trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution se doit d'être étudiée.

La contribution des sciences sociales (études féministes, sexologie, psychologie, sociologie et anthropologie) et des sciences de la santé (santé des populations, psychiatrie, toxicomanie et épidémiologie) permettrait de contourner les limites du modèle intégré et de s'adresser à la complexité de la problématique dans la recherche de solutions et la diminution de risques pour la santé associés à toutes les formes de prostitution.

Discussion

Les trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution de rue sont fortement liées aux DSS. Au cœur des mécanismes de production de la prostitution, nous retrouvons la violence physique et sexuelle, l'abandon parental ou des conflits familiaux précédant l'entrée des jeunes femmes dans l'itinérance et la prostitution de rue. Cela démontre que les inégalités liées au genre sont centrales dans les mécanismes de production de la prostitution. D'ailleurs, les déterminants sociaux de l'âge, du développement de l'enfant (impacts des agressions sexuelles), du statut socioéconomique (pauvreté), de l'éducation (plus faible taux de scolarisation) et de manière plus large l'environnement physique (la rue) et la culture (hypersexualisation, société de consommation et patriarcat) viennent se greffer autour du genre pour compléter le tableau. Tel que rapporté par Rose Dufour (2005), les violences sexuelles subies durant l'enfance sont intériorisées en s'ancrant dans l'identité de ces jeunes femmes, ce qui influence fortement l'entrée et le maintien dans la prostitution. Ce faisant, l'intériorisation des violences sexuelles participe à la construction du genre féminin comme objet sexuel, ce qui contribue à normaliser le recours à la prostitution comme stratégie de survie.

Les habitudes de vie (toxicomanie et itinérance) se retrouvent au centre des trajectoires d'entrée et de sortie du système prostitutionnel, puisqu'elles déterminent son maintien ou son arrêt, ainsi que les impacts réels ou éventuels

sur la santé. Finalement, les déterminants sociaux de la santé ont un grand rôle à jouer en ce qui concerne la trajectoire de sortie de la prostitution. En effet, le succès de la trajectoire de sortie dépend de la disponibilité du capital social (réseau de soutien), des capacités d'adaptation personnelle (résilience) et de la littératie en santé (connaissances des ressources d'aides existantes), tel que le rapporte Provencher, Côté, Blais et Manseau (2013). Le développement d'un cadre théorique transdisciplinaire, où la mise en commun de cadres conceptuels et d'une méthodologie partagée entre les différentes disciplines, apparaît essentiel pour la compréhension des mécanismes de production de la prostitution, mais surtout pour la mise en œuvre de solutions permettant d'augmenter le capital social des femmes désirant sortir de la prostitution de rue.

Conclusion

Par le modèle intégré et la nature transdisciplinaire du cadre théorique proposé, l'étude des liens entre les DSS et les trajectoires d'entrée, de maintien et de sortie de la prostitution offre une vision complexe de la problématique, permettant de contourner les limites des modèles existants. La combinaison de l'expertise des sciences sociales et des sciences de la santé fournit l'occasion de mettre en relation le rôle des DSS, les facteurs de risques pour la santé et les obstacles individuels, relationnels et sociaux qui conduisent et maintiennent les jeunes femmes dans la prostitution de rue. À partir des données probantes des recherches futures, il sera possible de mettre en place des mesures préventives auprès des jeunes femmes de la rue et de concevoir des ressources d'aide et d'hébergement qui placent la problématique de la prostitution de rue au cœur des préoccupations, au lieu qu'elle soit traitée de façon secondaire aux problèmes de toxicomanie et d'itinérance.

L'étude des obstacles de la trajectoire de sortie de la prostitution de rue permettrait d'envisager des interventions agissant sur ces obstacles, par le renforcement des déterminants sociaux associés à la capacité de s'en sortir, soit en misant sur les capacités d'adaptation personnelle, le capital social et la littératie de la santé. L'approche transdisciplinaire du modèle intégré permet de répondre à plusieurs besoins identifiés par les études antérieures, en plus d'offrir une occasion de comprendre en profondeur les causes et les solutions sous l'angle des inégalités sociales. Finalement, le modèle théorique proposé invite les chercheurs des disciplines concernées à unir leurs forces pour l'avancement des connaissances des trajectoires de sortie de la prostitution de rue et pour l'amélioration des conditions de vie des femmes prostituées au Canada et ailleurs dans le monde.

En dernier lieu, à la suite de l'adoption de la loi C-36 en novembre 2014, qui a pour objectif de réduire la demande pour la prostitution, le Ministère de la Justice fédéral a lancé un appel de proposition pour des initiatives luttant contre la prostitution (Ministère de la Justice, 2014). De plus, la table de Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle du Québec s'est réunie en octobre 2015, afin de réfléchir sur les services à mettre en place pour aider les femmes à sortir de la prostitution (CLES, 2015).

Références

Agence de santé publique du Canada. (2006). *Les jeunes de la rue au Canada : constatations découlant d'une surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003* (Publication n° HP5-15/2006). Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf

Baker, L. M., Dalla, R. L. et Williamson, C. (2010). Exiting prostitution: An integrated model. *Violence against women*, 16(5), 579-600. doi:10.1177/1077801210367643

Concertation des Luttres contre l'Exploitation Sexuelle (CLES). (2015). *Soirée publique "Sortir de la prostitution : enjeux et défis"*. Repéré à <http://www.lacles.org/soiree-publique-sortir-de-la-prostitution-enjeux-et-defis>

Chettiar, J., Shannon, K., Wood, E., Zhang, R. et Kerr, T. (2010). Survival sex work involvement among street-involved youth who use drugs in a Canadian setting. *Journal of Public Health*, 32(3), 322-327. doi:10.1093/pubmed/fdp126

DeMatteo, D., Major, C., Block, B., Coates, R., Fearon, M., . . . Read, S. E. (1999). Toronto street youth and HIV/AIDS: Prevalence, demographics, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 25(5), 358-366. doi:10.1016/S1054-139X(99)00059-2

Dufour, R. (2005). *Je vous salue... Marion, Carmen, Clémentine, Eddy, Jo-Annie, Nancy, Jade, Lili, Virginie, Marie-Pierre: le point zéro de la prostitution*. Sainte-Foy, Québec : Éditions MultiMondes.

Farley, M., Lynne, J. et Cotton, A. J. (2005). Prostitution in Vancouver: Violence and the colonization of First Nations women. *Transcultural Psychiatry*, 42(2), 242-271. doi:10.1177/1363461505052667

Kindig, D. et Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383. doi:10.2105/AJPH.93.3.380

Maher, L. (2000). *Sexed work: Gender, race and resistance in a Brooklyn drug market*. Oxford, Royaume-Uni : Clarendon Press.

Ministère de la Justice. (2013, 20 décembre). *Projet de loi C-36: loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation*. Repéré à <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/protect/p1.html>

Pheterson, G. (1996). *The prostitution prism*. Amsterdam, Pays-Bas : Amsterdam University Press.

Provencher, M. A., Côté, P. B., Blais, M. et Manseau, H. (2013). La prostitution en situation de rue: Une analyse qualitative des trajectoires d'entrée et de sortie chez les

jeunes femmes à Montréal. *Service social*, 59(2), 93-107. doi:10.7202/1019112ar

Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shoveller, J. et Tyndall, M. W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*, 66(4), 911-921. doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.008

UNAIDS. (2014). *The legal status of sex work: Key human rights and public health considerations*. Repéré à http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/sexwork_brief-21feb2014.pdf

D'un Accès Pour Tous à un Accès Restreint: L'évolution Des Services de Procréation Assistée au Québec

Andéanne CHAUMONT* ¹

¹ Étudiante, Université d'Ottawa, Canada

* Auteur(e) correspondant | Corresponding author : achau096@uottawa.ca

Que savez-vous des lois entourant la procréation assistée du Ministère de la Santé du Québec? Débuté par le projet de loi no23 en 2010, le programme de procréation assistée a été sujet de grands débats aux seins du corps médical et médiatique québécois dès sa genèse. Sa couverture médiatique est revenue en force en 2014 avec l'adoption de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (loi no20) dans le cadre de la réforme du système de santé québécois (Gouvernement du Québec, 2015). Le texte ici-bas offre un survol de la couverture médiatique de l'évolution aux services de procréation assistée au Québec (SPA) jusqu'à aujourd'hui.

Instaurée en 2010 par le gouvernement Charest, le programme québécois de procréation assistée a été un pionnier dans le cadre de l'assistance aux couples infertiles en Amérique du Nord. Au Québec, le nombre moyen d'enfants par femme s'élève à 1,59 (Institut de la statistique du Québec, 2017). Il s'agit d'un taux nettement inférieur au seuil requis pour le remplacement des générations. La baisse du nombre moyen d'enfants par femme est due à de multiples facteurs; certes, le nombre et la capacité de tomber enceinte (fertilité) des femmes en âge de procréer est à la baisse. D'ailleurs entre 10 à 15% des couples canadiens, soit plus de 300 000 couples, sont infertiles ou souffrent d'une diminution de la fertilité. Le Programme de Procréation Assistée fut donc mis sur pied afin de favoriser l'accès à la parentalité chez les couples infertiles en plus de maximiser le taux de fertilité de la population québécoise. Jusqu'en 2015, le Québec était la seule province canadienne à avoir développé un modèle universel de services de procréation assistée dans le cadre d'un système de santé public (Radio-Canada, 2015). Toute personne, sans égard à son âge, son orientation sexuelle, sa condition médicale, sa situation sociale ou encore la raison motivant l'utilisation de tels services, était éligible au programme (Téléjournal, 2014). Les propositions de cette loi assuraient donc un accès égalitaire à la parentalité. Ce constat était surtout vrai pour les individus à faible revenu, puisqu'un seul cycle de fécondation in vitro (FIV), la méthode la plus dispendieuse, certes la plus efficace, s'élève à des frais entre 8000\$ et 10000\$. À titre comparatif, la province du Manitoba offre un crédit d'impôt de 40% jusqu'à 8000\$.

La couverture médiatique québécoise en lien avec la procréation assistée a débuté bien avant que la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée proposé par le ministre Philippe Couillard (Projet de loi no 23) entre en vigueur. En effet, l'influente Julie Snyder, vedette québécoise, a été en 2008 une militante pionnière pour la gratuité des services de procréation assistée pour tous. Madame Snyder et son conjoint de l'époque

Pierre-Karl Péladeau (actionnaire majoritaire et président de Québecor) ont fait recours aux services de FIV. À de nombreuses reprises, comme lors du documentaire Ça pourrait nous arriver, Madame Snyder dénonça l'injustice que les contraintes financières peuvent avoir sur l'accessibilité aux SPA pour certains des patients, ou couples infertiles. Dans ce même documentaire, la célèbre Céline Dion témoigna de son expérience touchante avec la fécondation in vitro où 6 cycles de fécondation in vitro furent requis afin qu'elle soit enceinte (Productions J, 2008). À l'époque, il est incontestable que la présence du couple Snyder-Péladeau, en plus du contexte démographique québécois où le taux de naissance est à la baisse depuis 2014 (Institut de la statistique du Québec, 2017) ont joué en faveur du débat social et éthique afin de définir le projet de loi no23. La vedette Snyder a témoigné lors de la Commission sur les affaires sociales de l'Assemblée Nationale du Québec afin de soutenir la cause des couples infertiles de la classe moyenne (Vigile.Quebec, 2008; Snyder, 2008). Hors de tout doute, le succès des témoignages de Madame Snyder et de Madame Dion et la forte couverture médiatique qui s'en sont suivis, ont suscité plusieurs discussions parlementaires en faveur de la création du Projet de loi des SPA.

Évidemment, l'introduction d'un financement aussi généreux d'une intervention médicale par l'État ne passe pas sous le silence des contribuables et de la communauté médicale. Dès sa mise en place, les opposants au Projet de loi no 23 ont tenté d'amender ce dernier. Des journaux comme *LaPresse*, *Radio-Canada* et *LeSoleil* ont couvert les divers arguments des opposants, comme ceux venant de la Fédération des médecins spécialistes, du Centre hospitalier universitaire de Montréal et de la Fédération du Québec pour le planning des naissances. Les principaux arguments de ces derniers étaient le manque de balises sur les critères d'inclusion et les implications financières causées par la popularité du programme (Lussier, 2014). En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être, Robert Salois, jugeait impératif qu'il y ait un resserrement sur la question des critères d'accès. Dans cette même lancée, Joël Legendre, une autre personnalité québécoise très médiatisée, a su raviver les inquiétudes des opposants quant à l'implication financière face à l'universalité du programme. À cet égard, l'animateur homosexuel avoua sur son compte Facebook en avril 2014 que lui et son conjoint attendaient des jumelles grâce à une mère porteuse dont la FIV a été subventionnée par l'État (Leduc, 2014). Le débat de l'infertilité dite «sociale», qui inclut les couples homosexuels en comparaison à l'infertilité associée à des causes médicales (p. ex. dysfonction ovulatoire, endométriose), éclata dans les médias québécois (Téléjournal, 2014). À titre d'exemple d'arguments du camp des opposants, une étude dirigée par le Dr. Neal Mahutte du

Centre de fertilité de Montréal indiquait que l'âge de la future mère devrait être considérée parmi les critères d'éligibilité. Il y a une association claire entre l'âge maternel et la fertilité. Tel que cité par la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada, la fertilité d'une femme décroît drastiquement après l'âge de 35 ans (Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada, 2017). De plus, être enceinte à un âge maternel avancé augmente les risques de complications de grossesse comme des fausses-couches, des grossesses extra-utérines, du diabète gestationnel et d'accouchement par césarienne. Ces grossesses imposent aussi des risques au fœtus comme un faible poids à la naissance, des anomalies chromosomiques et/ou des malformations du tube neural.

Suite à l'explosion de critiques et de recommandations de nombreux experts médicaux et politiques, le projet de loi n°20 du Ministre Barrette modifia en 2014 considérablement les SPA, en limitant l'accès universel des SPA par le resserrement des critères d'admissibilité (Auger, 2014). À ce jour, seuls les traitements d'insémination artificielle sont pleinement couverts par l'État. La couverture des services SPA est alors remplacée par un crédit d'impôt basé sur le revenu de la patiente (ou du couple). En plus, seules les femmes âgées de 18 à 42 ans sont éligibles. Enfin, bien que les données démontrent que plus d'un cycle de fécondation *in vitro* soit requis pour mener à la réussite de l'établissement d'une grossesse (souvent de 5 à 6 cycles sont requis), à ce jour, seul un cycle ovarien de fécondation *in vitro* est couvert sous le projet de loi 20. Un total de 3 cycles était couvert sous le projet de loi 23. Il s'agit de mesures quelques peu discriminatoires pour les couples infertiles n'ayant pas les ressources financières pour payer les frais associés aux services et traitements des cliniques de fertilité. Il s'agit là d'un recul par rapport aux acquis en matière d'accès aux services de fertilité étant offert à la population québécoise depuis 2010.

Les nouvelles mesures en matière de procréation assistée du projet de loi 20 furent mises en place en novembre 2015. Les couples infertiles ciblés doivent maintenant se conformer aux modifications des dispositions législatives et les messages de détresse ont fulminés sur les réseaux sociaux comme Facebook (Bonenfant, 2015). Plusieurs vivent dans l'ambiguïté tant qu'au remboursement des traitements débutés avant la date butoir ou encore à l'avenir du programme pour les patients à faible revenu (Mercier & Sabourin, 2015). Certains experts croient même que le ministre aurait dû s'inspirer du nouveau modèle ontarien, certes moins discriminatoire, puisqu'un cycle est couvert pour tous (Radio-Canada, 2015, Radio-Canada, 2014). Bref, il est déshonorable que les services comme l'avortement soient totalement couverts par la RAMQ alors que les services favorisant la procréation se voient visés par les réformes budgétaires du gouvernement actuel. Une fois de plus, les couples qui profiteraient de ce soutien financier et des SPA seront le plus durement touchés.

Références

Auger, S. (2014). *Procréation assistée: Barrette met fin à la gratuité*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/le-soleil/>

actualites/sante/201411/28/01-4823376-procreation-assistee-barrette-met-fin-a-la-gratuite.php?utm_categorieinterne=trafficedrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4823734_article_POS1

Bonenfant, A. (2015). *Procréation assistée au Québec: Les couples ne savent plus à quel saint se vouer*. Repéré à <http://ici.radiocanada.ca/regions/ottawa/2015/11/19/007-programme-procreation-assistee-fecondation-in-vitro-couple-infertile-quebec-ontario.shtml>

Gouvernement du Québec. (2018). *Portal santé mieux-être: Services de procréation assistée*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-de-procreation-assistee/>

Institut de la Statistique du Québec. (2017). *Le bilan démographique du Québec*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2017.pdf#page=31>

Lacoursière, A. (2015). Procréation assistée: Des couples anéantis par le projet de loi 20. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201511/12/01-4920383-procreation-assistee-des-couples-aneantis-par-le-projet-de-loi-20.php>

Leduc, L. (2014). *Le Recours à une mère porteuse par Joël Legendre sème la Controverse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/201404/23/01-4760129-le-recours-a-une-mere-porteuse-par-joel-legendre-seme-la-controverse.php>

Le Téléjournal Grand Montréal. (2014). *Débat relancé sur la procréation assistée*. Repéré à http://ici.radio-canada.ca/emissions/telejournal_18h/2013-2014/Reportage.asp?idDoc=335883

Lussier, J. (2014). *L'aide à la procréation au Québec*. Montréal, Québec : VLB éditeur.

Mercier, J., et Sabourin, B. (2015). *Après l'anxiété, une leur d'espoir*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/le-droit-politique/politique-quebecoise/201511/19/01-4922710-apres-lanxiete-une-leur-despoir.php>

Savoie, D., et Couture, B. (conceptualisation) et Labelle, S. (réalisatrice). (2008). *Ça pourrait nous arriver* [Film documentaire]. Montréal, Québec : Productions J.

Quebecor. (2008). *Présentation de Pierre Karl Péladeau au Forum Technologique*. Repéré à <http://www.quebecor.com/fr/comm/node/1262>

Radio-Canada. (2015). *L'Ontario devient la deuxième province à financer la procréation assistée*. Repéré à <http://ici.radiocanada.ca/regions/ontario/2015/10/01/002-procreation-assistee-nouveau-programme-ontario-details->

reactions.shtml

Radio-Canada. (2014). *Le programme de procréation assistée doit être resserré, dit le Commissaire à la santé*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2014/06/06/002-procreation-assistee-commissaire-rapport-quebec.shtml>

Radio-Canada. (2014). *Procréation assistée: L'Ontario remboursera une tentative*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/regions/ontario/2014/04/10/005-remboursement-traitements-fertilite-annonce.shtml>

Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada. (2017). *Age and fertility*. Repéré à <http://pregnancy.sogc.org/fertility-and-reproduction/age-and-fertility/>

Snyder, J. (2008). *La couverture par le Régime d'assurance maladie du Québec des traitements liés à l'infertilité*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CAS/mandats/Mandat-4171/memoires-deposes.html>

Vigile Québec. (2008). *Julie Snyder rappelle le ministre Couillard à l'ordre*. Repéré à <https://vigile.quebec/articles/julie-snyder-rappelle-le-ministre-couillard-a-l-ordre>

APPEL À CONTRIBUTIONS

Les critères de soumission se basent sur les douze déterminants de la santé, tels que définis par Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada. Idéalement, toute personne qui souhaite soumettre un manuscrit à la RISS devrait clairement identifier quel déterminant de la santé est associé à sa recherche, ainsi que la nature de cette relation : *de quelle façon le sujet à l'étude est-il relié à la santé humaine, à travers le déterminant de la santé choisi ?*

Nous acceptons des soumissions tout au long de l'année, incluant le printemps et l'été. Vous serez informé(e) lorsque le Comité éditorial commencera la révision de votre soumission.

Vous trouverez de plus amples informations sur notre site web : www.riss-ijhs.ca

CALL FOR PAPERS

Submission criteria are based on the twelve determinants of health as outlined by Health Canada and the Public Health Agency of Canada. Ideally, anyone who wishes to submit their original work to the IJHS should clearly identify which determinant of health is associated with their paper and the nature of the relationship: *how is the subject related to human health through the chosen determinant of health?*

We accept submissions year round, including spring and summer. You will be informed once the Editorial Committee begins to review your submission.

You will find more information on our website: www.riss-ijhs.ca



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution 3.0 non transposée.
This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/).

